70 AÑOS DE SUICIDIO EN URUGUAY:
7 DISCIPLINAS, 7 ENTREVISTAS, 7 ENCUENTROS

70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros

Cristina Larrobla, Pablo Hein, Gabriela Novoa, Alicia Canetti, Cristina Heuguerot, Víctor González, María José Torterolo, Leticia Rodríguez (Comp.)

Art.2
"Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General"

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY
CSIC

Facultad de Ciencias Sociales
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables
COMPRENSIÓN Y PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA

Año VII

Colección Artículo 2

A efectos de cumplir con el mandato contenido en la Ley Orgánica a través de su Artículo Segundo la Comisión Sectorial de Investigación Científica ha creado el *Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General*, cuyo objetivo es financiar proyectos en torno a temas de relevancia nacional e interés público.

La colección Artículo 2 difunde en esta edición los resultados del llamado correspondiente al año 2015.

Una comisión evaluadora compuesta por Alicia Fernández, Javier Alonso, Adela Pellegrino y Omar Macadar fue la encargada de seleccionar las propuestas financiadas.

La presente publicación reúne bajo el título "70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros", los resultados del proyecto desarrollado por los docentes Pablo Hein y Cristina Larrobla.

© CSIC - Universidad de la República

Jackson 1301-1303
CP 11200 Montevideo - Uruguay
Teléfono: (598) 2402 2367
Fax: Administración 2402 2366 - Unidad Académica 2408 7121
Correo electónico: comision@csic.edu.uy

1ª edición, 2017
© Pablo Hein - Cristina Larrobla

Edición gráfica y corrección de estilo: Claudio Ortiz (claudioysumac@gmail.com)

Imprenta Rojo SRL
Tte. Cnel. Euclides Salari 3472
Montevideo - Uruguay
Tels.: 2215 1812 - 2215 2428
Depósito Legal XXX.XXX

Comisión del Papel
Edición amparada al Decreto 218/96

DERECHOS RESERVADOS
Queda prohibida cualquier forma de reproducción, transmisión o archivo en sistemas recuperables, sea para uso privado o público por medios mecánicos, electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, total o parcial, del presente ejemplar con o sin finalidad de lucro, sin la autorización expresa de los editores.

ISBN: 978-9974-91-528-2

Índice

La Universidad al servicio del interés general
Roberto Markarian 7

Introducción general
Pablo Hein - Cristina Larrobla 11

Suicídio nas Américas
Um problema para a saúde pública e para a sociedade
Maria Cecília de Souza Minayo 15

Adolescencia y suicidio: su abordaje como fenómeno complejo desde el Sector Salud
Cristina Larrobla, Silvana Contino, Ma. José Torterolo 31

Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay
Aproximación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud
Cristina Heuguerot, Elizabeth Díaz, Rossana Lucero, María de los Ángeles Paris, Viviana Porto 47

A comienzos de siglo XXI, suicidio en adulto mayor en Uruguay
Pablo Hein - Víctor Hugo González 61

Autopsia psicológica: experiencias nacionales aplicadas al estudio del suicidio de niños y adolescentes
Irene García, Hugo Rodríguez Almada, Alejandro Garbarino, Irene Maggi, Calíope Ciriacos 75

Cuídate de ti mismo
Pablo Hein - Leticia Rodríguez 87

Salud mental y privación de libertad: suicidios en cárceles
Apuntes sobre el trabajo realizado desde la Oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario
José Pedro Rossi 97

La conducta suicida desde la perspectiva psiquiátrica
Una revisión de la situación en Uruguay
Alicia Canetti 107

Conducta suicida en la adolescencia desde la mirada de la psicología
Silvana Contino; Cristina Larrobla, María José Torterolo 135

Suicidio y poder a fines del siglo XIX en Uruguay
Un aporte histórico para comprender el fenómeno actual del suicidio en el país
Cristina Heuguerot 153

El suicidio en Uruguay
Pablo Hein - Víctor Hugo González 169

Efectos edad, período y cohorte en evolución de la mortalidad por suicidio en uruguay (1950-2014)
Pablo Hein y Leticia Rodríguez 195

Suicidio en el Uruguay: la violencia del silencio
Nicolás Guigou 211

Neurobiological risk factors for suicide
Gustavo Turecki 221

Relatoría de los encuentros nacionales de debate público 247

Anexo 261

La Universidad al servicio del interés general

Las propias bases del llamado que dio lugar a estas publicaciones, realizado en 2015, indicaban que "La Ley Orgánica de la Universidad de la República (UdelaR) define entre sus fines (Artículo 2), el de 'contribuir al estudio de los problemas de interés general y propender a su comprensión pública'.

Los problemas de interés general se integran a las agendas concretas de investigación de múltiples formas: en la salud, en las áreas tecnológicas, agrarias, sociales, humanísticas, y las vinculadas con el arte." "El programa financia propuestas de trabajo cuyos resultados serán volcados en el caudal de la información ciudadana a través de publicaciones, eventos, o producción audiovisual, promoviendo debates informados."

En esta ocasión el llamado incluyó ocho temáticas posibles:

1. Sistema nacional de cuidados: perspectivas y desafíos
2. Redes sociales: usos, legislación, educación, privacidad
3. Aspectos culturales y sociales de la violencia en el deporte: protagonistas directos e indirectos (medios de comunicación, dirigentes, clubes, hinchas, deportistas, encargados de la seguridad, etc.)
4. Seguridad vial: aspectos socioeconómicos, culturales y de salud
5. ¿Cómo se constituyen los precios en el Uruguay?
6. Medicamentos de alto costo: aspectos médicos, éticos, jurídicos y económicos
7. Conocimiento y goce efectivo de los derechos de las personas con discapacidad
8. Tema libre

Hecha la evaluación de las propuestas presentadas para el llamado de 2015, se escogieron las siguientes:

- *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Investigadores responsables: Pablo Hein, Leticia Rodríguez, Víctor

González, Cristina Heuguerot, Alicia Canetti, Cristina Larrobla, María Torterolo.

- *Entre lo público y lo privado en la red. Subjetividades en juego y marcos legales.* Investigadores responsables: María Julia Morales González, Dayana Curbelo, Gabriel Gómez Sena, Ana Laura Rivoir.
- *Políticas de refugio, Estado y sociedad. Aportes para la comprensión de los procesos de refugio y reasentamiento de población refugiada en el Uruguay contemporáneo*. Investigadores responsables: Pilar Uriarte Bálsamo, Lelio Nicolás Guigou Mardero, Lucía Masci, Karina Verónica Boggio Paredes, Gianni Di Palma.
- *Cerrar la brecha entre el cuidado sanitario y el cuidado social en el adulto mayor dependiente: un desafío para el plan nacional de cuidados*. Investigadores responsables: Fernando Bertolotto Vega, Miriam Costabel García, Ítalo Enrique Savio Quevedo, Esther Angélica Lacava Salvo, Teresa Isabel Dornell Regueira.
- *Derecho a la educación y mandato de obligatoriedad en la Enseñanza Media. La igualdad en cuestión*. Investigadores responsables: Adriana Cristóforo Fonsalías, María Noel Míguez Passada, Pablo Eduardo Martinis López, Nilia Viscardi Etchart.
- *Múltiples miradas a los medicamentos de alto costo: hacia una comprensión integral del tema*. Investigadores responsables: Gustavo Alberto Tamosiunas, Juan Carlos Ceretta Campón, Gianella Bardazano Gradin, María Noelia Speranza Mourine, Maynés López Pampín, Hugo Rodríguez Almada.
- *Desmitificando conocimientos sobre cambio climático en la sociedad*. Investigadores responsables: Martín García Cartagena, Rocío Guevara.
- *Análisis de las discursividades en torno a la violencia en el deporte.* Investigadores responsables: Rafael Bayce Lagos, Luciano Jahneka, Marcelo Rossal Núñez.
- *Escuela, convivencia y ciudad. Aportes al desarrollo de experiencia y empatía con la Arquitectura y el Paisaje*. Investigadores responsables: Cecilia Andrea Leiro Salamano, Constance Zurmendi Dibarboure, Ana Cecilia Basaldúa, Rita Susana Soria González, María Inés Sánchez Chiancone, Mónica Nieto Alegre, Agustina Daniela Tierno Larroque.
- *Coproducción de conocimiento para la comprensión y actuación en torno a los recursos hídricos en Uruguay*: Marila Lazaro Olaizola, Cristina Zurbriggen, Isabel Bortagaray Sabarrós.

En el anterior prólogo a esta colección escribió el Rector Rodrigo Arocena: El Fondo Universitario para la comprensión pública de temas de interés general, "apunta a promover el estudio de temas relevantes y frecuentemente polémicos, poniendo a disposición de los ciudadanos interesados elementos de juicio que permiten la elaboración de opiniones informadas y propias."

Por ello, la Universidad fiel a su compromiso de diversidad, de polémica y de aporte al conocimiento avanzado, divulga, a través de visiones distintas, análisis y propuestas que pueden colaborar en los debates ciudadanos y seguramente enriquecerán los saberes de los uruguayos que queremos construir una patria más culta e independiente.

Febrero de 2017

Roberto Markarian

Rector de la Universidad de la República

Introducción general

Hablar de suicidio en los tiempos actuales remite necesariamente a poner sobre la mesa uno de los temas que en pleno siglo XXI persiste, no solo como tabú, sino que además existen un enigma y un estigma que nos lleva a cubrirlo con un manto que lo oculta, lo silencia y lo condena. Este hecho se debe a una conjunción de dimensiones que, de forma individual y aislada, son más fáciles de rebatir, pero amalgamadas en la trama social conjugan un prisma que se torna difícil tanto su deconstrucción como su observación.

En primer lugar, todo lo concerniente a la propia muerte, desde sus aspectos morales, religiosos, éticos e históricos, es una de las dimensiones mencionadas; otra la conjuga la perspectiva individual, familiar y social. En esta última dimensión, también podríamos señalar el hecho filosófico de la decisión de seguir o no seguir viviendo. Otra cara de ese prisma es el tema médico-sanitario, sea por la pérdida de una vida o por el escaso poder sobre la individualidad. Desde lo sanitario, la idiosincrasia nos lleva a festejar la baja de un punto porcentual de la mortalidad infantil (que bien vale ese festejo), pero no repara en cuántos jóvenes-adultos se pierden por suicidio. También se podría nombrar, desde los puntos de vista social y cultural, las excusas o falsas interpretaciones locales, donde se sigue solapando el tema bajo la justificación de los fríos inviernos nacionales y la tristeza que impera, cuando las evidencias empíricas indican todo lo contrario. Por último, el silencio protector (al decir de Pérez Jiménez) que se autoimpone la sociedad, amparada por las cuasi teorías de 1790, donde el efecto contagio cobró vida, sustentado por un poder primero religioso y luego médico-farmacéutico.

Partiendo de la situación descrita, se conformó y comenzó a trabajar en la temática un Grupo de investigación de carácter interdisciplinario (Facultades de: Medicina, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Educación y Ciencias de la Comunicación de la UdelaR) e intersectorial (UdelaR-ASSE, Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables), que desde el año 2009 comenzó a desarrollar intervenciones y talleres, para luego tornar en investigaciones tanto locales como nacionales. Uno de los propósitos centrales del Grupo es visualizar "la punta del iceberg" con la finalidad de sensibilizar y aportar insumos para futuras políticas eficientes y eficaces en materia de prevención y, por qué no, para futuros debates sobre el suicidio a nivel nacional y regional desde una perspectiva integral. De esta forma la articulación de las visiones, acciones y metodologías generan conocimien-

tos que, junto con la experiencia que se acumula, entendemos que deben permanecer abiertos a la demanda a través de una adecuada información pública, facilitándose de esta forma la participación de todos los actores en los distintos programas que tengan como objetivo el desarrollo, la igualdad y la integración social del país.

Este libro que presentamos en esta oportunidad ***"70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros",*** condensa en primer lugar, la importancia de tener en cuenta la multiplicidad de miradas que surgen desde la interdisciplinariedad, poniendo el foco en temáticas prioritarias que se construyen sociohistóricamente y que deben integrarse de acuerdo a las particularidades regionales. En segundo lugar, es un aporte a que todos los actores, desde los más académicos, los comunicadores, los operadores y toda la sociedad civil y organizaciones sociales, tengan a su alcance miradas escritas con un lenguaje claro, sin las rígidas "ataduras" que impone la ciencia.

Esta es la segunda publicación del Grupo bajo la edición de este Fondo Universitario, lo cual nos permite nuevamente llegar a un conjunto importante de la sociedad. Este libro reúne una idea simple y clara que fue tomar siete disciplinas, hacer siete entrevistas y siete encuentros nacionales, para apoyar e incentivar una mirada y posterior reflexión colectiva donde cada uruguaya y uruguayo pueda comenzar a comprehender y pensar este fenómeno o contribuir con su actitud a tratar de revertir este flagelo nacional. Para las autoridades impone un signo de interrogación a la temática e intenta contribuir, modestamente, al "pienso" o rediseño, de las débiles políticas existentes, que a veces se tornan erráticas.

El libro comienza con un texto general sobre una mirada desde Brasil y también para toda nuestra Latinoamérica de la investigadora Dra. María Cecília de Souza Minayo, el cual nos plantea que el suicidio no es simplemente un problema de salud, incluye una dimensión social. La autora, mediante cifras, definiciones y algunas consideraciones, nos despeja y sitúa el tema, no solo en la esfera sanitaria sino que nos lleva a las dimensiones social y cultural.

Desde el apartado de las disciplinas, son siete investigadores quienes nos escriben desde sus saberes particulares para así contribuir a la generación de una cosmovisión propia de este fenómeno complejo. De este modo la Dra. Alicia Canetti, desde la perspectiva de la psiquiatría, nos muestra el universo de investigaciones en diferentes niveles que se desarrollaron y desarrollan en nuestro país y la región. Por otro lado, aportando elementos disciplinares desde la simplicidad solicitada. Desde la antropología, el Dr. Nicolás Guigou nos sitúa ante una mirada o perspectiva cruda y dura no solo del suicidio, sino de la muerte misma y cómo antropológicamente la sociedad uruguaya manejó y maneja la temática. Desde la historia, la Dra. Cristina Heuguerot presenta el lugar y la forma que ha tenido y han sido comunicados el suicidio y los intentos de suicidio en la prensa escrita en los siglos

XIX y XX, las diferentes perspectivas según las publicaciones y valoraciones de los periodistas de la época, dejando en evidencia la ausencia del tratamiento del tema ya desde esas épocas. Desde la sociología, los Mags. Pablo Hein y Víctor González nos plantean, a partir del primer trabajo sociológico en la materia del Dr. Robertt, una puesta a punto de los datos y una discusión actualizada en la materia. Desde la perspectiva de la psicología, la Mag. Silvana Contino, la Dra. Cristina Larrobla y la Lic. Ma. José Torterolo contextualizan las implicancias del ser adolescente en los tiempos actuales y cómo los distintos escenarios pueden transformarse en factores de riesgo para la conducta suicida, fundamentalmente en una persona que está en pleno proceso de desarrollo psíquico y físico, por ende, de mucha vulnerabilidad. Desde la demografía, el Mag. Pablo Hein y la Lic. Leticia Rodríguez plantean, a partir de las estadísticas vitales, el crecimiento demográfico y las variaciones epidemiológicas, cómo influyen o intervienen tres variables clásicas, como lo son el sexo, el período y la cohorte. El último artículo, del Dr. Gustavo Turecki, desde su centro de investigación en psiquiatría y biología nos pone en unas breves páginas toda la actualidad en la materia tanto a nivel estadounidense como mundial. Este texto se optó por publicarlo inglés, si bien el Grupo cuenta con una versión traducida.

Las contribuciones temáticas intentan, desde una mirada rápida, mostrarnos diferentes realidades nacionales, desde ejes específicos. Se profundiza la perspectiva preventiva, considerando el enfoque forense, las características diferenciales de poblaciones de riesgo y las particularidades en cuanto al género y la edad. Este apartado aporta pequeñas miradas y/o análisis a esta cruda realidad.

Los encuentros que se expresan o condensan en relatorías, traen un análisis minucioso de los resultados obtenidos en los diferentes talleres que se realizaron en el país. Intenta reflejar y mostrar la sensibilidad que hay hacia esta temática en y a través de una amplia y diversa participación de instituciones, profesiones y colectivos de la sociedad civil y política. Todos reunidos con una voluntad de comprender el fenómeno desde su perspectiva local que incluye una mirada social, local y territorial. Por otro lado, se expresan necesidades, opiniones y experiencias locales, que nos mostraron y nos muestran la voluntad para mejorar lo hecho hasta el momento y continuar realizando cambios. En definitiva, los encuentros trasparentan la necesidad de hablar, comunicar y vivenciar las experiencias del tema desde lo local para lo nacional.

Las siete entrevistas, que conjugan el poder de la imagen, condensan la mirada de expertos en sus temáticas que nos brindan sus perspectivas y opiniones para que todos tengamos diversas visiones que se integren en un caleidoscopio. De esta forma, el lector y espectador se encontrará con las voces de profesores universitarios como Carlos Demassi (Historiador), Nicolás Guigou (Antropólogo) y Rafael Bayce (Sociólogo), profesionales con años de experiencia en sus materias, como el

Director Nacional de la Policía Científica José Azambuya, el Dr. Guido Berro (Médico Forense), la Lic. Natalia Uval (Periodista) y el Dr. Horacio Porciúncula (Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE). Todos ellos nos hablan, nos cuentan, desde los más recónditos lugares de su experiencia, memoria y saberes, que no todo es como lo pensamos, que el tema tiene sus certezas e incertezas, pero que en definitiva se debe hablar, socializar y debatir.

Por último, nos resta agradecer a los investigadores y entrevistados que aportaron su entusiasmo y su tiempo de forma desinteresada. También a las instituciones: en primer lugar la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la UdelaR, por el apoyo y financiamiento de esta propuesta; a las Facultades que integran el Grupo por el apoyo sostenido e incondicional; a los Centros universitarios del interior del país que nos brindaron su logística en los encuentros; a ASSE y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables por reafirmar su permanente apuesta a un trabajo intersectorial entre la UdelaR y los responsables de las políticas públicas; al Ministerio del Interior, en especial a la Policía Científica y todo su personal y al Ministerio de Salud por su comprensión y apoyo. Sin toda esa colaboración no hubiera sido posible la edición de este libro.

Pablo Hein - Cristina Larrobla

Suicídio nas Américas

Um problema para a saúde pública e para a sociedade

Maria Cecília de Souza Minayo[1]

Resumo. Neste texto apresentam-se definições e informações quantificadas sobre o suicídio no mundo, na região das Américas e, em particular da América do Sul; a descrição dos principais fatores de risco e uma reflexão sobre esse fenômeno e as possibilidades de prevenção. O suicídio fatal é um grave problema de saúde pública. Em 2012, foram registradas pelos 172 Estados membros da Organização Mundial de saúde 804.000 mortes autoinfligidas, representando uma taxa anual de 11.4/100.000, sendo 15/100.000 de homens e 8.0/100.000 de mulheres. Os índices de suicídio consumados estão distribuídos de forma desigual globalmente, dentro dos países, segundo sexo e segundo faixas etárias. A taxa de mortalidade é maior na Ásia (17,7/100 mil habitantes), vindo a seguir na Europa (12/100 mil habitantes). As Américas apresentam taxa de mortalidade de 7,3/100 mil habitantes (WHO, 2014). Os fatores de risco são classificados como de ordem médica, psiquiátrica e psicológica, microssocial, social e ambiental. A história da ocorrência de suicídios no mundo mostra que é possível preveni-los e reduzir as taxas de incidência. Para isso é necessário investimento que leve em conta diagnósticos locais e atuação multidisciplinar. *Dada à delicadeza do problema e aos tabus que o cercam*, a rede de proteção às pessoas em risco para o suicídio precisa estar constantemente em processo de formação e ação, pois pesquisas nacionais e internacionais mostram que pelo menos dois terços dos indivíduos que tentaram ou cometeram suicídio haviam comunicado, de alguma maneira, para amigos, familiares, conhecidos ou a profissionais de saúde sua intenção de se matar.

Palavras-chave: suicídio fatal; tentativas de suicídio; ideação suicida; fatores de risco; prevenção.

Introdução

Neste capítulo introdutório, faz-se uma descrição do fenômeno das mortes autoinfligidas no mundo, na região das Américas e, em particular, na América do Sul. O suicídio é aqui definido como uma violência contra si mesma, cometida por uma pessoa em intenso sofrimento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2002; 2003; 2014) o considera um grave problema de saúde no mundo. Este texto, além de definir os termos que nominam esse fenômeno, organiza-se da seguinte

1 Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz, Coordenadora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde/ENSP/FIOCRUZ.

forma: (1) contextualização no mundo, na região das Américas e na América do Sul; (2) descrição dos principais fatores de risco; (3) considerações e propostas de prevenção.

A morte autoinfligida, também denominada *suicídio,* é vista como um ato intencional para acabar com a própria vida. Comportamentos suicidas não fatais aparecem sob a forma de *ideação suicida*, quando há pensamentos que fomentam o desejo de dar fim à existência e se agrava quando acompanhados de um *plano suicida* para o autoaniquilamento. A *tentativa de suicídio* envolve condutas voltadas para se ferir ou lesionar com intenção de se matar. Ela pode resultar em lesões ou morte. Se a tentativa de suicídio tem a morte como consequência passa a ser definida como suicídio. A literatura tem utilizado o termo *comportamento suicida*, para se referir a um tipo de conduta da pessoa que pensa em se matar ou planeja fazê-lo. Em geral, as fronteiras entre *autonegligência, ideação suicida, comportamento suicida e suicídio consumado* são tênues, uma vez que, de um lado, uma tentativa pode ser interrompida e se fixar como ideia ou intenção, enquanto um pensamento pode eclodir com angústias e ansiedades avassaladoras e explodir em forma de um ato contra a vida. De outro lado, nem todo o *pensamento sobre a morte* ou o desejo de morrer é evidência de algum risco (Krug et al.; 2002; WHO, 2003; Minayo, 2005; Cavalcante & Minayo, 2012; 2015). Essa variedade de definições indica que quase sempre uma morte autoinfligida é pensada, preparada e antecedida por tentativas, embora, menos frequentemente existam mortes autoinfligidas por impulso. Neste texto se abordam apenas os dados sobre suicídios consumados.

Este não é um texto que provém de pesquisa original. A reflexão aqui presente se baseia em vários documentos da OMS (WHO, 2002; 2003; 2013; 2014) particularmente do mais recente denominado *Preventing suicide: a global imperativa* (WHO, 2014) e pelo também recente Informe da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2014) que trata da situação das Américas. Também se utilizam resultados de investigação de vários autores, dentre os quais, do grupo de pesquisa de origem dessa autora.

I. Contextualização do suicídio e de comportamento suicida no mundo

Segundo um estudo recente da OMS (WHO, 2014), o *suicídio fatal* se encontra entre as dez principais causas de óbito no mundo, atingindo principalmente jovens e jovens adultos, o que tem impacto social, econômico, familiar, comunitário e nas sociedades. Nos países mais ricos o suicídio é responsável por 81% das mortes violentas entre homens e mulheres. E nos países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, por 44% dos óbitos masculinos e 70% dos femininos também por causas violentas. A OMS alerta que todos os países são afetados por esse fenômeno. E apesar das taxas serem mais reduzidas nas nações menos desenvolvidas, 75% das

mortes autoinfligidas no mundo ocorrem nessas regiões onde vive grande parte da população global (De Leo et al., 2013).

O *suicídio fatal* é um grave problema de saúde pública. Em 2012, foram registradas pelos 172 Estados membros da OMS 804.000 mortes autoinfligidas, representando uma taxa anual de 11.4/100.000, sendo 15/100.000 de homens e 8.0/100.000 de mulheres. Os índices de suicídio consumados estão distribuídos de forma desigual globalmente e dentro dos países. A taxa de mortalidade é maior na Ásia (17,7/100 mil habitantes), vindo a seguir na Europa (12/100 mil habitantes). As Américas apresentam taxa de mortalidade de 7,3/100 mil habitantes (WHO, 2014).

Embora as mortes autoinfligidas sejam os eventos violentos numericamente mais relevantes no mundo, em dados absolutos ele tem diminuído (registraram-se 883.000 mortes em 2000 e 804.000 em 2012), o que leva a OMS (WHO, 2014) a ressaltar, de forma imperativa, mais uma vez, que é possível preveni-lo. No entanto, os padrões dessa variação são diferentes segundo as regiões: observa-se um crescimento de 38% na África e uma queda de 47% na Região do Pacífico Ocidental. Entre os 172 Estados Membros da OMS, 85 (48,4%) tiveram descenso de cerca de 10%; 29 (16,9%) aumentaram suas taxas acima de 10%; e 58 (33,7%) apresentaram poucas mudanças no período de 2000-2012. Os motivos da queda em 48,4% dos países membros ainda não estão totalmente claros, mas a Organização sugere a hipótese de maior consciência das populações sobre os riscos e as possibilidades de atuação para preveni-los, assim como a melhoria dos serviços de saúde no tratamento primário e secundário.

Ainda que se tomem em conta as elevadas cifras registradas e, embora o suicídio seja um problema social serio e até considerado ilegal em alguns países, sabe-se que, em todas as sociedades, as informações sobre esse fenômeno são subnotificadas. Mesmo nos que têm bons sistemas de registro, muitos eventos são classificados como acidentes ou como outra causa de morte. Diversos estudos científicos ressaltam que por cada suicídio consumado ocorrem de 10 a 20 ou mais tentativas (WHO, 2014). Mas na maioria dos países não há informações confiáveis, por falta de um adequado sistema de vigilância. Recente pesquisa realizada no Brasil por Pinto et al. (2015) encontrou taxas de tentativas de mortes autoinfligidas em pessoas idosas muito mais baixas do que as de suicídio consumado, o que definitivamente não corresponde à realidade e demonstra o elevado nível de subnotificação.

Para cada óbito por suicídio, cinco ou seis pessoas, em média, são afetadas do ponto de vista emocional, social e econômico. E além dos efeitos negativos que um evento suicida gera para a família, a comunidade e para a sociedade, seu impacto psicológico é intenso mesmo para os que não têm ligação direta com a pessoa que morreu (Minayo et al, 2006; Minayo & Cavalcante, 2010; Cavalcante & Minayo,

2012; 2015). Do ponto de vista dos custos econômicos, milhões de dólares são gastos –aproximadamente o equivalente a 1,8% do dispêndio total com doenças no mundo ou ao custo operacional de uma guerra– com as consequências do suicídio consumado, das tentativas e das ideações (WHO, 2003).

Sexo, faixa etária, cultura e etnia têm implicações importantes na epidemiologia do suicídio. As taxas globais evidenciam vulnerabilidade para dois picos de idade: 15 a 35 anos e de 75 anos ou mais. Os índices por faixa etária variam de 0,9/100.000 no grupo de 5 a 14 anos a 66.9/100.000 entre pessoas com mais de 75 anos (WHO, 2003). Nos países mais ricos, os homens se infligem a morte três vezes mais que as mulheres. Na região das Américas, a proporção é em média de 4:1 conforme a faixa etária. No mundo, a exceção da razão entre os sexos ocorre na região oeste do Pacífico, onde existe quase uma equivalência entre homens (17,6%) e mulheres (16,6%), atingindo particularmente a população de 15 a 29 anos e representando, nessa idade, a primeira causa de morte para ambos os sexos (WHO, 2014). Observação importante quanto à etnia, segundo estudos de Krug et al. (2002) é que os caucasianos apresentam taxas elevadas e similares em vários países do mundo. No caso brasileiro, por exemplo, é no sul, onde se localiza a relevante colonização de origem alemã que se encontram as mais elevadas taxas de suicídios do país. Não menos importante, é a situação entre os indígenas como um todo, grupo no qual elas atingem (18,1/100.000) (Pinto et al., 2012).

2. Contextualização dos suicídios nas Américas

Dados gerais. O continente americano tem uma taxa de suicídio (7,3 por cada 100.000 habitantes) menor que a média mundial (11,4 por 100.000) e inferior à de todas as outras regiões. Mesmo assim, no relatório denominado *Mortalidad por suicidio en las Américas* (OPAS, 2014) que se baseia nos dados de 48 países e territórios do continente, a Organização Pan-Americana de Saúde ressalta, fazendo coro com a OMS, que o suicídio é um problema de saúde relevante e uma das principais causas de morte prevenível no continente.

São cerca de 65 mil óbitos anuais por suicídio (cerca de 7 eventos por hora), com taxa de mortalidade ajustada segundo a idade de 7,3/100.000 no período 2005-2009, intervalo de tempo para o qual há informações consolidadas. Esse fenômeno ocupa o 36ª lugar no perfil de mortalidade geral da população do continente americano, sendo a 21ª entre os homens e a 46ª entre as mulheres. Entre pessoas de 20 a 24 anos, é a terceira principal causa de morte; e, entre as de 10 a 19 anos e de 25 a 44 anos, ocupa a quarta posição. Segundo a OMS (WHO, 2014) de 1990-2009 as taxas de mortalidade por suicídio na região, ajustadas segundo a idade, permaneceram relativamente estáveis, tendo havido um ligeiro descenso na América do

Norte entre 2005-2009 e incremento nas taxas totais e segundo sexo na América Latina e Caribe.

No período estudado, há diferenças nas situações dos vários espaços geográficos: destacam-se a América do Norte (10,1/100.000) e o Caribe não hispânico (7,4/100.000) com as taxas mais elevadas. Já os índices mais baixos se observam na América Central, no Caribe hispânico e México (5,3/100.000) e na América do Sul (5,2/100.000). O suicídio representou entre 2005-2009, 12,4% das mortes por causas externas nas Américas, embora com diferenças entre as sub-regiões: 19,5% na América do Norte e 7,9% na América do Sul.

Observando-se por países (tabela 1), e com taxas ajustadas por idade e sexo, as mais altas das Américas se encontram na Guiana (26,18/100 mil habitantes), em Suriname (23,34/100.000), no Uruguai (14,22), no Chile (11,15), nos Estados Unidos (10,11) em Trinidad e Tabago (10,72), em Cuba (9,98), Canadá (9,69) em El Salvador (8,35), e na Nicarágua (7,3) segundo a OPAS (2014). Todos esses países se localizam nos estágios que a Organização Mundial de Saúde considera níveis "alto ou médio alto".

Atendo-se apenas à América do Sul e com ajuste por idade e sexo para o período de 2005 a 2009, a primazia continua com Guiana (26,18/100.000) e Suriname (23,34) países com taxas consideradas elevadas. Vindo a seguir, Uruguai (14,24) Chile (11,15), Argentina (7,47) e Equador (7,04), países que também apresentam taxas médias altas. Pela ordem, estão Colômbia (5,06), Brasil (4,63) Paraguai (4,27), Venezuela (3,40) e Peru (1,34). Bolívia não apresentou seus dados para esse período, o que impossibilita classificá-lo nesta listagem.

Tabela 1 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes e sexo nos países da América do Sul (2005-2009)

Países	Taxas Não Ajustadas			Taxas Ajustadas		
	T	H	M	T	H	M
Guiana	23,44	34,69	12,07	26,18	40,09	12,69
Suriname	22,79	34,64	10,86	23,34	35,26	11,18
Uruguai	16,04	26,01	6,74	14,24	23,1	5,94
Chile	11,68	19,27	4,26	11,15	18,29	4,12
Argentina	7,71	12,56	3,07	7,47	12,11	3,01
Equador	6,85	9,82	3,86	7,04	10,24	3,81
Colômbia	4,92	7,92	2,02	5,06	8,29	1,99
Brasil	4,84	7,5	1,91	4,63	7,47	1,89
Paraguai	3,96	5,58	2,31	4,27	6,13	2,32
Venezuela	3,24	5,26	1,20	3,40	5,54	1,22
Peru	0,98	1,29	0,68	1,01	1,34	0,67
Bolívia	–	–	–	–	–	–

Fonte: Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional, Washington, DC: OPAS, 2014.

Segundo sexo. Nas Américas, como quase em todas as partes do mundo, as taxas de suicídio em homens (11,5/100.000) continuam superiores às observadas entre as mulheres (3,0/100.000) e representam 79% de todas as mortes por essa causa. A razão de sexo, ajustada segundo a idade é de 3,8:1 na região como um todo e 4,0:1 na América do Sul. Observando-se por sexo e por idade concomitantemente, em todas as faixas etárias é notória a preeminência masculina, sendo que fica ainda mais evidente entre as pessoas com mais de 70 anos. A razão homem-mulher nesse grupo etário chega a ser de 7,9:1. Ao contrário, essa relação é de 2,2:1 na população de 10 a 19 anos. A idade de maior risco para as mulheres é de 20 a 24 anos na maioria dos países da região, menos na América do Norte e no Caribe não hispânico onde as mais vulneráveis são as de 45 a 59 anos.

Segundo idade. A maioria dos suicídios nas Américas ocorre entre pessoas com 25 a 44 anos (36,8%) e 45 a 59 anos (25,6%), ou seja, na população em plena idade produtiva. Entre os idosos (60 anos ou mais) o percentual é de 19,9%. No entanto, é nesse grupo que estão as mais elevadas taxas comparativamente às outras faixas de idade (12,4/100.000). Quando se observam juntamente idade e sexo, o maior risco para a população com mais de 60 anos está focalizado principalmente nos homens. E quando se destacam os dados por idade e por sub-regiões, a maioria apresenta as taxas mais elevadas entre idosos (60 anos ou mais), particularmente entre os homens, com exceção da América do Norte cujo grupo de maior risco é o

de 45 e 59 anos e o Caribe não hispânico, onde a preeminência está na faixa de 25 a 44 anos.

A seguir estão os dados dos países da América do Sul (2005 a 2009), onde os maiores índices se concentram na população idosa, porém há diferenciação entre eles como se pode observar na tabela 2. Encontram taxas muito elevadas para toda a população acima de 10 anos na Guiana e em Suriname, embora internamente os dados não sejam semelhantes. Na Guiana são particularmente significativas as que se referem aos idosos e no Suriname, os grupos mais afetados concentram-se entre 20 a 59 anos; no Uruguai, Argentina, Colômbia, Brasil e Venezuela, a faixa de 60 anos ou mais é a mais vulnerável; no Chile, o maior risco está entre as pessoas de 20 a 59 anos; no Equador e no Paraguai, entre os de 25 a 44 e de 60 anos ou mais. No Peru, as taxas são baixas em todas as idades. E não estão disponíveis os dados que se referem à Bolívia para o período estudado (OPAS, 2014).

Tabela 2 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes, por grupo de idade nos países da América do Sul (2005-2009)

Países	Ambos os Sexos						
	5-9	10-19	20-24	25-44	45-59	60-69	70+
Guiana	0,39	14,34	38,77	63,35	54,52	78,8	71,64
Suriname	0,75	12,38	51,85	51,75	59,53	42,07	49,70
Uruguai	0,13	6,50	18,52	17,77	22,02	23,08	33,27
Chile	0,95	6,26	16,22	15,83	15,66	14,71	14,47
Argentina	0,07	6,38	13,00	8,81	9,02	10,38	13,39
Colômbia	0,07	4,74	9,41	6,18	5,31	6,37	8,42
Equador	0,00	7,49	13,62	8,58	7,39	8,42	8,20
Brasil	0,03	2,12	6,00	6,50	7,04	7,19	7,23
Paraguai	0,03	4,23	7,44	5,08	4,61	5,86	6,94
Venezuela	0,03	2,47	5,26	4,44	4,00	4,72	6,63
Peru	0,07	1,09	1,91	1,17	1,21	1,18	0,98
Bolívia	-	-	-	-	-	-	-

Fonte: Organización Panamericana de la Salud. Mortalidad por Suicidio em las Américas. Informe Regional, Washington, DC:OPAS, 2014.

Segundo métodos de suicídio - A asfixia, particularmente por enforcamento (39,7%), as armas de fogo (33,3%) e o envenenamento (18,2%) são os principais meios utilizados pelas pessoas da região para dar cabo à sua vida. Porém existem diferenças dentro do continente. Na América do Norte, se observa proporção mais elevada de suicídios por armas de fogo (47,2%). Na América Central, no Caribe hispânico e México (64,3%) e na América do Sul (58,2%), ao contrário, a maioria

utiliza o enforcamento para se matar. No Caribe não hispânico, o método mais comum é o envenenamento, incluindo-se ingestão de drogas e pesticidas (47,3%) (OPAS, 2014).

Também existem diferenças por sexo na utilização dos meios para se autoinfligir a morte. Entre os homens da América Central, Caribe hispânico e México (68,1%) e América do Sul (61,5%) a preferência é o enforcamento. Já na América do Norte predominam as armas de fogo (52,5%) e no Caribe não hispânico, o envenenamento (44,4%). Entre as mulheres, o envenenamento e o enforcamento são os meios mais utilizados na Região (36,5% e 32,1%, respectivamente). Na América do Norte (39,7%), e no Caribe não hispânico, o envenenamento. E o enforcamento é o método mais usado pela população feminina da América Central, Caribe hispânico e México (48,3%) e América do Sul (46,0%), coincidindo com a escolha dos homens. Observa-se, ainda, um significativo percentual de mulheres que se atira de lugares elevados (2,2 vezes mais que os homens) e morrem queimadas (4,2 vezes mais que os homens).

Limitações dos estudos sobre suicídio **–** Os suicídios sempre representam uma porção desconhecida ou mal documentada das mortes em todo o mundo. Nos países da região, observa-se grande variação. Em geral, essas mortes se escondem nos óbitos por causas externas de intenção não determinada ou nas mortes classificadas inadequadamente, podendo ser homicídio, suicídio ou acidente, constituindo uma média de 7% do total. Apenas a América do Norte tem percentuais abaixo de 5%, segundo a OPAS (2014). Mas há também fatores culturais, religiosos e até legais que levam ao sub-registro de suicídio em muitos países, dentre os quais os das Américas (Wasserman et al., 2005; Pritchard & Hean, 2008; Kohn & Friedman, 2012).

3. Fatores de risco

Vários fatores de risco são reconhecidamente associados a distintas causas que interagem entre si, nos casos de suicídio. Dentre essas destacam-se: problemas biológicos, médicos, ambientais, psiquiátricos e psicológicos, filosófico existenciais e motivações sociais.

Entre os ***fatores biológicos***, algumas pesquisas mostram traços genéticos que predispõem pessoas de uma mesma família a comportamento autodestrutivo. Estudos que se debruçam sobre o conhecimento desses fatores revelam níveis alterados de metabólitos de seratonina no fluído neuroespinhal de pessoas que cometeram suicídio (Mann et al., 2005). No entanto, os estudos da OMS (2003) consideram que o comportamento suicida pode ser um transtorno psiquiátrico herdado, "uma herança psíquica", relativizando a explicação restrita de predisposição genética e introduzindo uma associação com elementos culturais.

Os ***fatores psiquiátricos* e os *psicológicos*** de risco mais comuns são: depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar, esquizofrenia, ansiedade e transtornos de personalidade, alcoolismo, desesperança, solidão e comorbidades. Doenças depressivas em sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica constituem o mais relevante fator de risco reconhecido pelos especialistas. O último documento da OPAS (2014) menciona um percentual de 90%, o que, parece ser necessário relativizar, pois, se é óbvio que quando uma pessoa tenta ou comete suicídio está em estado de insuportável sofrimento emocional, o conjunto de fatores associados a esse gesto desaconselha qualquer simplificação. Por exemplo, Minayo & Cavalcante (2006) encontraram, a partir de uma meta-análise de enfoque psicossocial e qualitativo a partir de informações oferecidas por 83 familiares de 60 idosos que haviam falecido por suicídio, uma interação de fatores precipitantes relevantes, dentre os quais se destacam a vivência de doenças graves, dependências e transtornos mentais conjuntamente, seguidas por depressão, conflitos familiares e conjugais. E o principal fator desencadeante encontrado foram as situações de isolamento social o que ocorre das mais diferentes formas como a invisibilidade e o menosprezo dentro das relações familiares, o afastamento dos familiares e particularmente dos filhos ou até o abandono em instituições de longa permanência.

Intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool constituem fatores predisponentes frequentes para o suicídio, e são agravantes quando o paciente se encontra deprimido. De todos esses elementos, o álcool é o mais significativo. Ao lado disso, medicamentos anticonvulsivantes também podem estar associados ao suicídio e às tentativas, quando há indicação de largo espetro para pacientes com problemas psiquiátricos com ou sem comorbidades psiquiátricas**.** Em 2008, a *Food and Drug Administratio*n dos EUA (FDA, 2010) publicou uma meta -análise incluindo dados de 199 estudos sobre administração controlada de placebos e de 11 anticonvulsivantes e concluiu: pacientes que usavam anticonvulsivantes apresentaram risco duas vezes maior para ideação e comportamento suicida (0,43 em 100) comparados com os que receberam placebo (0,22 em 100). Após o estudo, o FDA recomendou novo alerta sobre associação das várias medicações anticonvulsivantes com o comportamento suicida. Além disso, o suicídio pode ser também uma resposta do sujeito ao padecimento de doenças graves incapacitantes e muito dolorosas.

Dos ***fatores microssociais*** mais importantes para o desencadeamento das ideações, tentativas e suicídio consumado estão alguns acontecimentos da vida que afetam emocionalmente o indivíduo: perdas pessoais, violências, isolamento social, conflitos interpessoais, relacionamentos interrompidos ou perturbados, problemas legais ou de trabalho. Na infância e na adolescência pesam muito os abusos físicos e sexuais e problemas com a orientação sexual. Entre os jovens, autores apontam as dificuldades de relacionamento com pais, brigas com namorados e so-

lidão. Já entre idosos, Duberstein et. al. (2004), por exemplo, encontraram traços de personalidade hipocondríaca, fechada, tímida ou excessivamente dependente.

Em seu clássico livro "O suicídio" publicado em 1897, Durkheim (1996) ressalta as ***motivações sociais*** desse ato. Para esse autor, o suicídio é um sintoma da patologia social e de desintegração cultural. Mas seu estudo aprofunda a ideia de que não existe sociedade sem suicídio, embora as taxas difiram de país para país, de época para época, do ambiente urbano para o rural, embora em geral, embora sejam mais ou menos constantes no tempo para cada sociedade particular. No entanto, o autor sugere que determinados fenômenos históricos e socioeconômicos, a que denomina "correntes suicidógenas" podem provocar alterações nos índices rotineiros.

A OMS (2003) divide os ***fatores ambientais*** que se associam ao suicídio em três categorias: (1) estressores da vida: conflitos interpessoais, separações, rejeições, perdas, problemas financeiros e no trabalho, e vergonha por algo socialmente reprovado; (2) facilidade de acesso a meios que possibilitem o enforcamento, o afogamento, a queda de altura, o uso de arma de fogo, abuso de medicamentos e venenos; e (3) exposição a casos espetaculares, por efeito de vizinhança ou dos meios de comunicação.

4. Algumas considerações

As informações apresentadas neste capítulo mostram a magnitude do comportamento suicida no mundo e nas Américas. Na América Sul, a preeminência fica como a Guiana, Suriname, Uruguai, seguido de Chile, Argentina, Equador, Brasil, Paraguai, Venezuela e Peru. Não há informações atualizadas sobre Bolívia. Há algumas similaridades entre os países, por exemplo, a preeminência masculina nos atos de suicídio consumados e no enforcamento como o principal meio utilizado para dar cabo à vida para ambos os sexos. Como em todo mundo, na região das Américas e também na América do Sul, existe um nível bastante elevado de subnotificações. E as causas são múltiplas, como tabus religiosos, preconceitos familiares e da comunidade, conveniências religiosas e outras. Mas não se devem menosprezar as dificuldades de classificação das mortes por causas externas. Embora em vários países, e, também em alguns das Américas e da América do Sul observa-se uma tendência à melhoria na identificação das mortes por causas indeterminadas, o que pode ter como consequência o aparente aumento das taxas de suicídio, quando na verdade elas refletiriam apenas a melhoria na adequada classificação, permitindo uma análise mais fidedigna dessa forma de autoviolência.

Pelo fato das mudanças positivas havidas em várias partes do mundo em relação ao fenômeno, existe hoje consenso e evidência por parte da Organização Mundial de Saúde, da Organização Pan-Americana de Saúde (WHO, 2014; OMS, 2014) e de

vários profissionais que atuam no campo (Botega, 2015) de que é possível e se deve prevenir o suicídio. Para isso, os profissionais de saúde, os familiares e a sociedade em geral precisam estar atentos: (1) à complexidade do fenômeno que engloba fatores sociais, microssociais, psicológicos, médicos e ambientais, frequentemente combinados; (2) aos fatores predisponentes: doenças graves e degenerativas, dependência física, distúrbios e sofrimentos mentais, depressão severa, presença da vitimização por violência no curso da vida e isolamento social; e (3) diferenciação dos fatores de risco por gênero e idade.

Ou seja, os diagnósticos gerais ajudam a compreender o fenômeno numa perspectiva ecossistêmica ampliada, por exemplo, dentro da realidade de um país. Porém, para se atuar preventivamente frente ao suicídio, as análises precisam chegar ao nível local de forma contextualizada e levar em conta, variáveis importantes como gênero e grupo etário. Tomando apenas este último aspecto como exemplo, observam-se quão diferenciados são os diagnósticos e, em consequência, deveriam ser os cuidados em saúde.

Na *infância*, o comportamento suicida é raro na maioria das sociedades. A Organização Mundial de Saúde informa taxas mundiais de óbito de 1,7 por cem mil habitantes para meninos entre 5-14 anos e de 2/100.000 para meninas, no ano 2000 (Krug et al., 2002). Embora as ocorrências sejam poucas, a dimensão social subjacente aos motivos que levam pessoas em estágio de formação e em tão tenra idade a buscar a morte são impactantes. Destaca-se a importância de alguns fatores associados: problemas de relacionamento entre pais ou companheiros, mortes, separações, ambiente violento e em que faltam comunicação e expressão de sentimentos, isolamento social, vivência de problemas mentais, convivência em espaço doméstico em que há abuso de álcool e drogas, sofrer castigos corporais em casa e na escola, ainda que seja com intuito de "educar". Em geral, a convivência em ambiente familiar e comunitário comunicativo e afetivo, em que os direitos e sentimentos são respeitados protegem as crianças (Bruffaerts et al., 2010).

Na *adolescência*, o suicídio e as tentativas crescem significativamente, em relação ao período infantil, especialmente a partir dos 15 anos de idade. Os principais fatores de risco tanto para tentativas como para morte autoinfligida são: sofrer violência física e abuso sexual; sofrer ameaças de colegas ou de outras pessoas; ter depressão; ter problemas de identidade de gênero; vivenciar um amor não correspondido; isolar-se socialmente; ter problemas de desempenho escolar e de comunicação com professores e colegas; sofrer frustração emocional, familiar, social e cultural; ter contato com casos de familiares, vizinhos e colegas que se mataram (Evans et al., 2005; Werlang et al., 2005). Em geral, nas tentativas, a ingestão de medicamento é o meio mais utilizado e a idade de maior risco são os 14 anos.

Na *vida adulta,* os fatores de risco mais importantes para as mulheres são a violência conjugal, a violência sexual, a gravidez indesejada, a depressão e os transtornos mentais (Ceccon, 2013; Devries et al., 2011). Para os homens, os riscos maiores se associam ao mundo do trabalho (ao emprego estressante e sem sentido e ao desemprego que leva à depressão), ao alcoolismo, à solidão, ao isolamento e a problemas mentais (Ponce et al., 2008). Vinculados à atividade laboral são conhecidos os casos de intoxicação por pesticida entre agricultores (Pires et al., 2005); por medicamentos, entre médicos e estudantes de medicina (Melheiros, 1998); por arma de fogo entre policiais (Miranda, 2016) e por vários meios entre bancários (Finazzia, 2009).

Na *velhice,* os principais fatores associados são depressão severa, isolamento social, perda do sentido da vida, perdas de filhos e cônjuges; presença de doenças graves e degenerativas, privações econômicas e de afeto, inatividade e vivências de violências no passado e no momento presente da vida (De Leo et al., 2001, 2013; Beautrais et al., 2002; Conwell, 2015). Em recente estudo sobre suicídio de pessoas idosas no Uruguai, onde as taxas nessa faixa etária (e também na vida adulta) são muito relevantes, Fachola et al. (2015) assinalam, dentre os fatores associados a esse tipo de morte, dificuldades que as pessoas mais vulneráveis têm para falar de suas intenções de se matar, vergonha pelo fato de ser velho ou velha, problemas de vínculos familiares e afetivos e maior risco para os que alguma vez já tentaram. Seu estudo chama atenção para a importância das relações, dos cuidados, da qualidade de vida e assim como para os efeitos da institucionalização sobre a vivência de sofrimento mental por parte dos idosos.

Como forma de enfrentar o problema do suicídio e do comportamento suicida, entre as principais recomendações da OMS destacam-se: (1) estabelecer relação de confiança e ouvir com cordialidade; (2) tratar com respeito, ter empatia com as emoções e cuidado com o sigilo; reconhecer sinais (insinuação da intenção, sentimentos ambivalentes, demonstração de falta de energia e desesperança, e tentativas anteriores); (3) identificar pessoas em risco, ou seja, com história familiar de suicídio, tentativas anteriores, transtorno psiquiátrico, depressão, alcoolismo; (4) conversar com a pessoa em risco sobre o problema; e (5) compreender os graus baixos, médios e elevados de risco.

Por outro lado, a OMS também ressalta o que não deve ser feito frente a uma situação de tentativa de suicídio. Entre os comportamentos indesejados estão: ignorar a situação e os sinais da tentativa; ficar em estado de choque ou em pânico; falar que tudo vai ficar bem e fazer o problema parecer trivial; desafiar a pessoa a ir em frente; dar falsas garantias; jurar segredo e deixar a pessoa em alto risco sozinha.

No Brasil, o documento denominado "Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio" (ENPS) (Brasil, 2006) preconiza: (1) aumentar a informação e a sensibili-

zação social sobre o problema; (2) capacitar os serviços de saúde, com ênfase na atenção primária, em saúde mental, em urgência e emergência, e os que trabalham em hospitais gerais; (3) ampliar o acesso da população de maior risco aos serviços de saúde pública; (4) estimular estudos e pesquisas sobre o tema; (5) aprimorar a notificação sobre mortalidade e tentativas; (6) fomentar e apoiar programas de prevenção primária e secundária locais; e (7) reduzir o acesso a meios letais. O Ministério da Saúde também incentiva e apoia iniciativas da sociedade civil que realizam ações de proteção e prevenção do suicídio, como as desenvolvidas pelo Centro de Valorização da Vida (CVV). O CVV atua no território brasileiro desde 1962 oferecendo atenção às pessoas que se encontram em sofrimento por meio do telefone 141 e pelo site: www.cvv.org.br *(Santos, 2012)*.

Dada à delicadeza do problema e aos tabus que o cercam, a rede de proteção às pessoas em risco para o suicídio precisa estar constantemente em processo de formação e ação, pois pesquisas nacionais e internacionais mostram que pelo menos dois terços dos indivíduos que tentaram ou cometeram suicídio haviam comunicado, de alguma maneira, sua intenção para amigos, familiares, conhecidos ou a profissionais de saúde.

Finalizando é importante ressaltar que, mesmo com a disponibilidade de vários tipos de orientação, observa-se na avaliação dos serviços que os profissionais de saúde, na prática, estão ainda muito pouco preparados para atuar efetivamente na prevenção do comportamento suicida e assim evitar tantas mortes por lesões autoprovocadas. Portanto, é muito importante investir na formação dos agentes e na organização devida dos cuidados de atenção primária, de saúde mental e dos serviços especializados.

Nesse sentido, e*xistem vários materiais de orientação para os mais distintos profissionais atuarem na prevenção do suicídio, criados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002). Aqui são citados:* (1) um manual dirigido aos profissionais de saúde mental; (2) um manual dirigido a professores e educadores; (3) um manual para médicos clínicos gerais; (4) um manual para os que atuam na atenção primária; (5) um manual de orientação para a mídia; (6) um manual para os profissionais que atuam nas prisões e por fim (7) um manual que ensina como começar um grupo com sobreviventes de suicídio. Todo este material é de fácil compreensão e está acessível na internet, contribuindo para que, as pessoas em risco para o suicídio possam recobrar suas esperanças, suas energias e viver sua vida em plenitude!

Referências bibliograficas

Beautrais, A. L. (2002). A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide and Life Threatening Behaviour, 32*(1), 1-9.

Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: avaliação e manejo*. São Paulo: Editora Artmed.

Brasil. Ministério da Saúde (2006). *Portaria Nº 1.876/GM de 14 de agosto de 2006*. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio. Brasília: Ministério da Saúde.

Bruffaerts, R.; Demyttenaere, K.; Borges, G.; Haro, J. M.; Chiu, W. T.; Hwang, I. & Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *British Journal of Psychiatry, 197*(1), 20-27.

Cavalcante, F. G. & Minayo, M. C. S. (2015). Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(6), 655-1666.

Cavalcante, F. G. & Minayo, M. C. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(8),1943-1954.

Ceccon, R. F. (2013). *Mulheres que vivem com HIV: violência de gênero e ideação suicida* [Dissertação de Mestrado]. Escola de Enfermagem. Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Conwell, Y. (2015). Challenges to preventing suicide in later life. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(6), 1652-1653.

De Leo, D.; Padoani, W.; Scocco, P.; Bille-Grahe, U.; Arcsnman, E.; Bjerke, T. ... Faria S. (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 16*(3), 300-310.

De Leo, D.; Milner, A.; Fleischmann, Bertolote, J.; Collings, S.; Amadeo, S.; et al. (2013). The Who Start study: suicidal behaviors across different areas of the world. *Crisis, 34,* 156-163.

Devries, K.; Watts, C.; Yoshihama, M.; Kiss, L.; Schraiber, L. B.; Deyessa & García-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science and Medicine, 3*(1), 79-86.

Duberstein, P. R.; Conwell, Y.; Conner, K. R.; Eberly, S. & Caine, E. D. (2004). Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine, 34*(1), 137-146.

Durkheim, É. (1996). *O suicídio: estudo sociológico*. Porto, Editorial Presença.

Evans, E.; Hawton, K.; Rodham, K. C. & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: a Systematic Review of Population-Based Studies. *Life-Threatening Behavior, 35*(3), 239-250.

Fachola, M. C. H.; Lucero, R.; Porto, V.; Díaz, E. & Paris, M. A. (2015). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(6), 1693-1702.

Finazzi, M. (2009). *Patologia da Solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho.* [dissertação de Mestrado]. Brasília (DF): Universidade de Brasília.

Food and Drug Administration. US Departament of Health & Human Services. 2010. [acesso 2016 ago 12]; Recuperado de: http://www.fda.gov

Forsell, Y.; Jorm, A. F. & Winblad, B. (1997). Suicidal thoughts and associated factor in a elderly population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 95*(2), 108-111.

Fuhrmann L. *Programa diminui número de suicídios de policiais militares* [Internet]. Folhaonline 17/06/2000 [acesso 2010 ago 12]. Recuperado de: http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u2682.shtml

Holkup, P. (2003). Evidence-based protocol. Elderly suicide: secondary prevention. *Journal of Gerontological Nursing, 29*(6), 6-17.

Kohn, R. & Freidmann, H. Culture and suicide. (2012). In: Shrivastava, A.; Kibrell M.; Lester D. (eds.) *Suicide from a global perspective: vulnerable populations and controversies.* pp. 111-130. New York: Nova Science Publisher.

Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002) (eds.) *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.* Genève: OMS.

Mann, J. J.; Apter, A.; Bertolote, J.; Beautrais, A.; Currier, D.; Haas, A. & Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA, (294),* 2064-2074.

Melheiros, A. M. A. S. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Rev. Associação Medica Brasileira, 44*(2), 135-140.

Minayo, M. C. S. (2005). Suicídio: violência autoinfligida. In: *Brasil. Ministério da Saúde. Impactos da violência na saúde dos brasileiros.* Brasília, MS/OPAS/CLAVES.

Minayo, M. C. S.; Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, *44*(4), 750-757.

Minayo, M. C. S.; Cavalcante, F. G. & Souza, E. R. (2006). Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cadernos de Saúde Publica, 22*(8), 1587-1596.

Miranda, D. (2016). *Por que os policiais se matam?* Rio de Janeiro: Editora Mórula.

Organización Panamericana de la Salud (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. Washington, DC: OPAS.

Pinto, L. W, Silva, C. M. F. P, Pires, T. O.; Assis.; S. G. & Minayo, M. C. S. (2012). Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos Municípios Brasileiros no período de 2005-2007. *Cien Saude Colet, 17*(8), 2003-2009.

Pinto, L. W.; & Assis, S. G. (2015). Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000-2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, *20*(6), 1681-1692.

Pires, D. X.; Caldas, E. D. & Recena. M. C. P. (2005). Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública, 21*(2), 598-605.

Ponce J. C.; Andreuccetti, G.; Jesus, MDAS G Da S, Leyton, V. & Muñoz, D. R. (2008). Álcool em vítimas de suicídio em São Paulo. In: J. C. Ponce et al. *Rev Psiq Clín, 35*(Supl 1), 13-16.

Pritchard, C. & Hean, S. (2008). Suicide undetermined deaths among youths and young adults in Latin America. *Crisis, 29*(2), 1-9.

Richings, J. C.; Khara, G. S. & MacDowell, M. (1986). Suicide in young doctors. *Brazilian Journal of Psychiatry, (149),* 475-478.

Ross, M. (1973). Suicide among physicians a psychological study. *Dis Nerv Syst, (31),*145-150.

Santos, D. D. (2012). *Centro de Valorização da Vida: 50 anos ouvindo pessoas.* São Paulo: Editora Aliança.

Shneidman, E. S. (2001). *Comprehending suicide: landmarks in 20th-century suicidology.* Washington: APA.

Wasserman, D.; Cheng, Q. & Jiang, G. X. (2005). Global suicide rates among young people aged 15-19. *World Psychiatry, 4*(2), 114-200.

Werlang, B. S. G.; Borges, V. R. & Fensterseifer, L. (2005). Fatores de Risco ou Proteção para a Presença de Ideação Suicida na Adolescência. *Revista Interamericana de Psicología, 39*(2), 259-266.

World Health Organization (2007). Mental Health Suicide Preventtion (SUPRE). Genebra: WHO.

World Health Organization (2002). Multiple intervention study on suicidal behaviours (SUPRE-MISS). Genève: WHO.

World Health Organization (2013). Comprehensive mental health action plan 2013-2020. Genève: WHO.

World Health Organization (2003). Word Health Report: shaping the future. Genève: WHO.

World Health Organization (2014). Preventing suicide: a global imperative. Genève: WHO.

Adolescencia y suicidio: su abordaje como fenómeno complejo desde el Sector Salud

Cristina Larrobla[1], Silvana Contino[2], María José Torterolo[3]

Resumen. Existe consenso en cuanto a concebir a la adolescencia y la juventud como categorías construidas social, histórica y culturalmente. La finalidad del presente artículo es tener una visión general de la adolescencia frente al fenómeno del suicidio, considerado de prioridad sanitaria a niveles nacional e internacional. Este presenta en los últimos tiempos un incremento sostenido en la franja etaria comprendida entre los 10 y 24 años, siendo la cuarta causa de muerte. Cuando los adolescentes y jóvenes se suicidan truncan el pleno despliegue de sus potencialidades e interpelan a una sociedad que resulta incapaz de sostenerlos en un proyecto de desarrollo personal.

Una gran cantidad de "endofenotipos" de riesgo suicida convergen en el entorno de la emergencia, pero funciona como una puerta giratoria por la que los pacientes con conducta suicida salen y vuelven a entrar al sistema de salud. El trabajo de las emergencias médicas en Uruguay (Larrobla, 2011) confirma estos señalamientos y además pone en evidencia que estos ámbitos constituyen una importante puerta de contacto de los adolescentes con el sistema de salud. No obstante, también se observó que existen en estos servicios condiciones ambientales y socioculturales que no permiten hacer un uso apropiado para la prevención y detección de la conducta suicida de los adolescentes y jóvenes. Es imprescindible apuntar a una mayor y mejor formación de los recursos humanos en salud.

Introducción

Se observa un consenso en cuanto a concebir a la adolescencia y la juventud como categorías construidas social, histórica y culturalmente, las cuales se localizan entre la infancia y la edad adulta, modificándose y resignificándose permanentemente. Los sujetos sociales, inmersos en diferentes culturas de acuerdo a las distintas épocas, les atribuirán significaciones a dichas categorías que dependerán

1 Doctora en Salud Mental. Profesora Adjunta de la Unidad de Salud Mental en Comunidad (DT), Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina UdelaR. Responsable del Grupo Comprensión y Prevención Conducta Suicida, UdelaR-ASSE.

2 Magíster. Licenciada en Psicología. Profesora Adjunta del Instituto de Psicología Clínica. Integrante del Grupo Comprensión y Prevención Conducta Suicida, UdelaR-ASSE.

3 Licenciada en Psicología. Asistente de la Unidad de Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, UdelaR. Integrante del Grupo Comprensión y Prevención Conducta Suicida, UdelaR-ASSE.

de las representaciones y expectativas de cada lugar y momento histórico. Varios son los autores (Viñar, 2009; Koremblit, 2008; Espinosa, 2007; Dávila, 2004) que hacen referencia a una pluralidad de "adolescencias" como forma de referirse a cierto colectivo (adolescentes y jóvenes), contemplando de esa forma la heterogeneidad que presentan quienes lo integran.

Sin duda el tema que atañe al presente artículo es terreno de disputa de disciplinas disímiles. Pero, a su vez, esta diversidad genera un espacio de análisis enriquecedor y enriquecido por la conjunción de aportes esclarecedores para una mayor comprensión de este momento vital del desarrollo y su vinculación con la conducta suicida (CS). A pesar de estos esfuerzos disciplinares, con los cuales se pretende beneficiar en el diseño de nuevas políticas a los adolescentes y jóvenes, actualmente mueren 1,3 millones de ellos (WHO, 2015, 2014), encontrándose dentro de las primeras causas de estas defunciones fenómenos evitables. Entre ellas se destacan: accidentes, suicidios, violencia, complicaciones en el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables.

El suicidio en particular presenta en los últimos tiempos un incremento sostenido, en la franja etaria comprendida entre los 10 y 24 años, siendo la cuarta causa de muerte. Cuando los adolescentes y jóvenes se suicidan truncan el pleno despliegue de sus potencialidades e interpelan a una sociedad que resulta incapaz de sostenerlos en un proyecto de desarrollo personal

La finalidad del presente artículo es tener una visión general de la adolescencia frente al fenómeno del suicidio considerado de prioridad sanitaria a niveles nacional e internacional, para estimular futuras reflexiones que generen aportes para un mejor abordaje de esta problemática en este momento vital.

I. Adolescencia: diferentes conceptualizaciones a partir del contexto sociohistórico

A principios del siglo XX, para el psicólogo Stanley Hall (1904), la adolescencia era una etapa especialmente dramática y tormentosa en la que se producían innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encontraba dividido entre tendencias opuestas. Suponía un corte profundo con la infancia; era como un nuevo nacimiento (siguiendo ideas de Rousseau) en el que se adquirían los caracteres humanos más elevados (Delval, 1998).

Adentrado ya el siglo, Erikson (1971) se refería a ella como el resultado del desarrollo de la pubertad, con la consiguiente modificación del equilibrio psíquico que produce la vulnerabilidad de la personalidad. El despertar de la sexualidad, acompañado de la modificación de los lazos con la familia de origen, pudiendo independizarse de ella, la oposición a las normas, y las nuevas relaciones sociales

exogámicas cobran importancia en la construcción de una identidad y la crisis asociada. Piaget (1970) revelaba los cambios en el pensamiento de los adolescentes, los cuales tienden a centrarse en la elaboración planes de vida y cuestionamientos de la realidad imperante planteándose transformaciones sociales y afectivas, resultando la adolescencia del interjuego de lo social, individual y ambiental.

Por otro lado, Florenzano (1997) resalta que, desde los puntos de vista biológico y fisiológico, durante la adolescencia se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción. Es decir que esta etapa se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa. Si bien es correcta la afirmación de que existen factores biológicos y mecanismos fisiológicos universales en cualquier época y lugar, el peso que cobran los aspectos socioculturales asociados a la capacidad reproductiva es de tal magnitud e importancia que se superponen a los factores biológicos, contribuyendo de forma decisiva al concepto integral que se tiene hoy en día sobre estas etapas. En esta línea, Bourdieu (1998) hace referencia a ellas destacando el hecho de ser construcciones sociales, históricas, culturales y relacionales, que a través de las diferentes épocas han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes. De esta forma la juventud, así como la vejez, no estarían dadas, sino que se construyen socialmente entre la lucha de jóvenes y viejos. Se podría decir entonces que la adolescencia y juventud son etapas de la vida en las cuales se ponen en funcionamiento y se prueban nuevas habilidades, complejizándose las relaciones interpersonales y la vida social. En este sentido, los vínculos, y los familiares en particular, se ven afectados en tanto se transitan separaciones (búsqueda de pertenencia a grupos de pares como forma de probar independencia y búsqueda de identidad) para luego tener acercamientos a las figuras adultas y parentales desde lugares de mayor igualdad.

A su vez, en la segunda mitad del siglo XX, se asiste a un cambio de paradigma en el terreno jurídico en lo que respecta a la forma de concebir a los niños y adolescentes. En este momento se promulgan leyes de protección de los derechos de estos (Declaración de los Derechos del Niño - ONU, Convención Internacional de los Derechos del Niño –CDN[34], ratificada por Uruguay en 1989[35]– y el Código de la Niñez y la Adolescencia[36]). En ellas, se abandona la concepción de niñez como período que debe ser regido por las pautas sociales del mundo adulto y se introduce la noción de los niños como sujetos de derechos. Se reconoce la autonomía progresiva (opinar, ser escuchados, tenidos en cuenta y tomar decisiones de acuerdo a la capacidad de comprender sus consecuencias, etc.) para el ejercicio de sus derechos. Esto implicó reformular la regulación de las relaciones de los niños y adolescentes con sus padres o tutores responsables. Estos dejan de tener la tutela de sus hijos y pasan a tener la obligatoriedad de orientarlos y guiarlos en el ejercicio de sus derechos, destacándose la responsabilidad del adulto en caso de riesgo vital, ejercicio de puesta de límites que salvaguardan la vida de niños y adolescentes. Se establece

una doctrina de protección integral, una nueva concepción del niño, niña y adolescente y de sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado.

2. Fin de la vida: algunas causas y consecuencias

A nivel mundial, se estima que en el año 2013 fallecieron 1,3 millones de adolescentes. Entre las principales causas de mortalidad[4] se destacan los traumatismos causados por siniestros de tránsito, VIH y suicidio. Si se observa la región de las Américas, según informa OMS (2014), las causas de muerte de los adolescentes de entre 10 y 19 años se deben fundamentalmente a: violencia interpersonal, traumatismos por siniestralidad vial y suicidios, siendo la depresión es la tercera causa de enfermedad o discapacidad en dicha población. Este panorama ubica a la región en el cuarto lugar entre las seis regiones del organismo para la mortalidad adolescente (77,5 por 100.000 en 2012).

Es importante tener en cuenta que una de las características de la adolescencia y juventud es la rebeldía, ella se expresa, por ejemplo, a través de la tendencia a la desobediencia y ciertas actitudes desafiantes. Muchas veces éstas llevan a transgredir límites y normas establecidas tanto dentro de la familia como fuera de ella (normas sociales). Algunos autores (Sukiennik, 2000; Brooks, 1991) plantean que en estas etapas ciertas conductas, aparentemente no vinculadas entre sí, podrían expresar fuertes sentimientos de baja autoestima y patologías psiquiátricas de alto riesgo. Las actitudes de arrogancia y confrontación, por ejemplo, que en apariencia se vinculan a una fortaleza interior, en general se encuentran asociadas a pedidos de ayuda, límites, cariño, dudas y angustias. Estas conductas que atentan contra su integridad, los exponen a mayores riesgos tanto de índole vital como emocional. En este sentido, los síntomas depresivos y la ideación suicida tienen una alta prevalencia entre esta población, siendo esperables en tanto forman parte del proceso evolutivo y de la comprensión del sentido de la vida y la muerte que se tiene en ese momento. Sin embargo, no se puede perder de vista que el comportamiento suicida en esta etapa debe ser necesariamente analizado desde un contexto único y personal, razón por la cual no existiría una fórmula predictiva para tal acto (De Garbarino, 1992).

Dentro de las conductas de riesgo a las que se exponen los adolescentes mencionadas anteriormente, se hallan las denominadas como "equivalentes suicidas"

4 Las causas de muerte listadas por OMS (2014) son: a) Traumatismos causados por el tránsito; b) VIH/sida; c) Suicidio; d) Infecciones de las vías respiratorias inferiores; e) Violencia; f) Diarrea; g) Ahogamiento; h) Meningitis; i) Epilepsia; j) Trastornos endócrinos, hematológicos o inmunitarios. En cuanto a las causas de enfermedad y discapacitantes, se citan las siguientes: a) Depresión; b) Traumatismos causados por el tránsito; c) Anemia; d. VIH/sida; d) Lesiones autoprovocadas; e) Dolores en la espalda y el cuello; f) Diarrea; g) Trastornos de ansiedad; h) Asma; i) Infecciones de las vías respiratorias inferiores.

(Aramini, 2007), entre las cuales se encuentran el consumo de drogas (como caso extremo la sobredosis), los desafíos en las picadas callejeras, peleas entre bandas, etc.; donde lo que se intentaría sería desafiar la muerte. Moreno (2008) identifica estos comportamientos como conductas suicidas "enmascaradas" y destaca por ejemplo algunas sociopatías, trastornos de la conducta alimentaria, etc. Para Kovács (2002) estos comportamientos, conocidos como parasuicidios o suicidios inconscientes, son actos que no se expresan de forma explícita o manifiesta, sino que lo hacen de manera incompleta, desplazada o simbólica.

3. Los adolescentes en Uruguay: una situación preocupante

Según datos divulgados por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES, 2011) entre el período 2004-2009, 65% de las muertes adolescentes fueron causadas por suicidios, accidentes y homicidios. También se sabe que, en esos años, cada cuatro días se suicidaba un joven y otro moría en un accidente de tránsito, registrándose un total de 2.383 muertes de adolescentes y jóvenes comprendidos entre 10 y 24 años. De esas muertes, 18% fue por suicidio, y 22% en accidentes de tránsito.

Un estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell[5] (CHPR) (Martínez, 2009), destaca que durante el año 2008 se registraron un total de 596 interconsultas de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica solicitadas por el Departamento de Emergencia del hospital. Los resultados arrojaron que 23% fueron Intentos de Autoeliminación (IAE), los cuales tuvieron un seguimiento de dos años y, al cabo de ese período, un tercio realizaron un intento recurrente. Dicho estudio menciona que el comportamiento suicida presentado en los niños y adolescentes atendidos estaba relacionado con las siguientes características: pobreza, desempleo, pérdida de familiares o seres allegados, consumo de sustancias, familias disfuncionales, ruptura de vínculos amorosos y problemas jurídicos y/o laborales. Además, 30% presentaba un trastorno psiquiátrico; los que más se destacaban eran los trastornos del estado de ánimo, trastornos disruptivos y rasgos de personalidad, siendo que 60% de estos pacientes no se encontraba en tratamiento con especialista.

En la misma época de las publicaciones mencionadas anteriormente, el Programa de Salud del Adolescente del Ministerio de Salud, divulgaba cifras que alertaban acerca de la situación de salud de los adolescentes en el país (Grunbaum, 2012)[6]. En la sección referida a conducta suicida y violencia, se observaba que, para la franja entre 10 y 24 años, la tasa de mortalidad por suicidio era de 10 cada 100.000 habitantes. Esta situación presentaba diferencias entre la capital y el interior; Montevideo tenía una tasa de 8,3 cada 100.000 adolescentes y jóvenes y en el

5 El Centro es un hospital de referencia nacional para usuarios del sistema de salud público de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

6 Aclarar dimensión de la encuesta a X estudiantes y el marco internacional que ésta tuvo.

interior de 11 cada 100.000. Cuando los adolescentes y jóvenes fueron interrogados acerca de situaciones de violencia, 33% de ellos declaró haber tenido al menos una lesión grave[7] en el último año. Se observó que en varones (41%) la incidencia de éstas fue mayor que en mujeres (27%). La mayoría de las causas se debieron a: caídas (36%), accidentes de tránsito y golpearse con algo (8%), abuso o verse involucrado en una pelea o atacado por otra persona (3%). Acerca del comportamiento suicida, 12% del total de la muestra había considerado quitarse la vida en el último año previo a la encuesta; 11% había pensado un plan de cómo hacerlo y 10% ya había realizado un IAE en el año previo. Entre los adolescentes que presentaron mayor proporción de IAE en algún momento de su vida, se destacan los que refirieron haberse sentido en el último mes: triste, solo y no conforme con su forma de ser, los que presentaban consumo de alcohol habitual o abusivo, los que pasaron por situaciones de violencia sexual, haber sufrido *bullying* y los que pensaban que no iban a terminar sus estudios.

Dos años más tarde, el Departamento de Emergencia del CHPR publicó un trabajo realizado durante un período de doce meses (Pandolfo, 2011) donde se registraron 146 ingresos por IAE. Los autores destacan que: en relación al motivo, 57% de los casos fue por conflictos en las relaciones interpersonales, 17% por pérdidas afectivas y 11% por violencia física o abuso sexual, resaltando que en 21 de los casos se pudo identificar más de un factor precipitante. Al observar el método: 78% ingirió fármacos (45% benzodiacepinas, 25% múltiples fármacos, 13% otros psicofármacos y 17% otros fármacos); 7% se infligió herida de arma blanca; 6% semiahorcamiento, 4,5% precipitación, 3% exposición a tóxicos (incluidas drogas de abuso), 1% semiahogamiento y 0,5% utilizó arma de fuego. En dicho estudio se observó también que 43% de los pacientes presentaba síndrome presuicidario[8], 18% había planificado el IAE y 10% tuvo riesgo vital. En relación al lugar donde fue realizado el IAE se destaca que 77% había sido en domicilio y 23% en casa de amigos, vía pública, centro de estudios u hogar de menores.

Entre los años 2009 y 2010, se llevó a cabo una investigación (Larrobla, 2011) en la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU) ²Domingo Arena²[9] (zona de Piedras Blancas), con la finalidad de realizar un *screening* de factores de riesgo de con-

7 En dicha encuesta se consideró ²Lesión grave² cuando se pierde por lo menos un día completo de actividad habitual (liceo, deportes o trabajo) o requiere asistencia sanitaria.

8 Se entiende por *"Síndrome presuicidario"* quejas somáticas difusas, consultas médicas reiteradas, retracción social, ensimismamiento e inflexión escolar o abandono de los estudios.

9 El estudio fue descriptivo transversal y se utilizaron como herramientas de recolección de datos en su componente cuantitativo: Inventario de Depresión Beck (BDI); Escala de Desesperanza Beck (BHS); Escala de Ideación Suicida Beck (BSI); cuestionario autoadministrado que contemplaba los siguientes ítems: estructura familiar, nivel educativo, antecedentes familiares de enfermedades orgánicas, psiquiátricas, de suicidio e IAE, etc.; y 3 preguntas acerca del significado de la muerte y muerte violenta para los adolescentes y jóvenes.

ducta suicida en adolescentes comprendidos entre 14 y 19 años. En ella, de un total de 398 alumnos presentes en la institución (que involucraba a los 3 turnos), 87% consintieron participar (59% varones y 41% mujeres); 58% de varones y 42% de mujeres completaron un formulario con datos sociodemográficos en su totalidad. Se aplicaron 3 escalas, y en relación a ellas se destaca que, del total de alumnos que participaron del estudio, 305 completaron la Escala de Desesperanza de Beck (BHS); 289 el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y 287 la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI). Las causas en las diferencias numéricas y porcentuales se debieron al abandono de los cursos y no haber aprobado el módulo. La media de edad de los participantes fue de 16 años $\pm$ 1, más de la mitad de la población tenía entre 16 y 17 años.

Acerca de las características de los adolescentes y jóvenes encuestados se destaca que mayoritariamente convivían en el núcleo familiar con la madre (86%), con el padre (60%), con hermanos (82%, la variación es entre 1 y 13 hermanos), además con abuelos maternos y paternos **(**12% y 4% respectivamente) y 25% además vive con otras personas (padres sustitutos, parejas de la madre, primos, cuñados, sobrinos, tíos, suegros, tutor). En cuanto al rendimiento escolar, en ese momento, 57% había repetido algún año en la escuela (mayoritariamente 1 vez) y 63% lo hicieron entre 1 o 2 veces en secundaria. En cuanto al capital educativo parental se observó que 47% de las madres había cursado primaria, 41% secundaria, 11% UTU y 1% universidad; 44% de los padres había cursado primaria, 39% secundaria, 16% UTU y menos de 1% universidad. De la ocupación familiar se destacaba que: 69% de las madres, 82% de los padres y 31% de los hermanos que vivían en el hogar trabajaban; en 26% de los hogares donde había abuelos, estos también lo hacían y en 48% de las familias donde había otros integrantes también (especialmente padres sustitutos y cuñado/as).

De los propios adolescentes encuestados, 20% trabajaban, de los cuales 20% lo hacía entre 1 y 3 días a la semana, 12% entre 4 y 5 días y 50% entre 6 y 7 días. La carga horaria laboral se distribuía de la siguiente manera: 50% entre 1 y 4 horas, 40% entre 5 y 8 y 10% 9 horas o más. Los trabajos mayoritariamente citados fueron: pintura, feria, cuidado de caballos en hipódromo, construcción, carpintería, fletes y cuidado de personas.

Indagados acerca de las actividades desarrolladas en el tiempo libre, los adolescentes refirieron mirar televisión (76%), escuchar música (76%) y pasar con amigos (60%); se destaca que la mayoría de las veces lo hacían en casas y en menor medida en plazas o esquinas). Con menor frecuencia se mencionó la actividad física (33%), asistir a un cyber (15%) y acostarse y no hacer nada (14%). La mayoría de los que señalan otras actividades, se refieren a pasar tiempo en la computadora; salida con novios y/o pareja e hijos. Otra de las dimensiones exploradas fue la orientación sexual, en tanto se la identifica como un factor de riesgo, al respecto 92% se definió

heterosexual, 7% rehusó responder el ítem y apenas 1% se definió con orientación homosexual, bisexual o incierta. Sobre la religiosidad se destaca que 38% declaró tener creencias religiosas, sólo 12% de toda la población frecuentaban iglesias, en su mayoría católicas o evangélicas y 1% umbanda.

Sobre el soporte familiar y extrafamiliar se supo que 25% de los adolescentes reconocían las relaciones familiares como excelentes, 68% buenas y 7% las percibían como malas o muy malas. En cuanto a la relaciones intrafamiliares, destacaron que la relación con sus padres o responsables era en 87% de los casos buena o muy buena, 8% regular y 5% mala. El 80% declaró percibir mucho apoyo familiar, 17% poco y 3% nada.

Otras de las dimensiones exploradas fueron la percepción del entorno social (contar con amigos/confidentes) y áreas consideradas por ellos problemáticas. Acerca de la primera se observó que 56% declaraba tener algún soporte, 31% mucho soporte y 11% no contaba con ninguno. Dentro de los soportes más mencionados se identificaron: amigos y en menor grado: vecinos, novios, docentes, educadores y en algún caso profesionales (psicólogo). En cuanto a la segunda dimensión (incluyó problemas con amigos, estado de ánimo, consumo de sustancias, hábitos: alimentación, sueño e imagen corporal), las respuestas obtenidas mostraron que: 12% declaró tener problemas con la pareja, 28% con el estudio, 11% con amigos, 22% con el estado de ánimo, 8% con el consumo de sustancias, 42% presentaba problemas con las ganas de comer, 19% tenía alguna dificultad con el sueño y 24% refería tener algún problema con el cuidado o imagen corporal.

Sobre los antecedentes personales y familiares de enfermedades psiquiátricas e IAE se verificó que 17% de los adolescentes tenían familiares en tratamiento psiquiátrico (36% convivían con ese familiar), 19% familiares con IAE y 33% tenían algún conocido o allegado que había realizado IAE o se había suicidado teniendo conocimiento de los motivos, en 79% de los casos también sabían el método utilizado. En cuanto a los antecedentes personales de los alumnos encuestados se supo que 15% presentaban antecedentes de tratamiento psiquiátrico (76% lo recibieron por más de dos años) y 5% tuvieron internación previa. También se observó que 16% fue tratado por psiquiatra, 71% por psicólogo y 7% por médico general. Del 13% de los adolescentes que refirieron estar en el momento de la investigación en tratamiento, 37% lo hacía con psiquiatra, 62% con psicólogo y 11% con médico general.

En cuanto a la desesperanza (escala BHS), cerca de 42% de los estudiantes presentaron niveles por encima del puntaje mínimo (0,3% niveles severos, 8,9% moderados y 32,9% leve). En relación a la depresión (escala BDI), 13,6% superaban el punto de corte (4,5% presentaban niveles moderados o severos, 9,1% leve). En

cuanto a la ideación suicida (escala BSI), se destaca que 3,2% supera el puntaje de 10 puntos recomendado por Beck como indicador de alto riesgo suicida.

Acerca de las características de la ideación suicida en los alumnos, se observó que la mayoría se ubicó en los grados más leves; 79% mostró que las ideas son ocasionales y 60% poco frecuentes. Los motivos del deseo se distribuyen entre: llamar la atención/manipular (43%), 32% para salir de los problemas y ambos tipos en 25%. La mayoría no tenía un plan (86%), 79% no había pensado método, 86% no había escrito una carta y 61% no había pensado en sus consecuencias.

De los alumnos que presentaban IAE previos (21 en total), 7,3% lo realizó entre 1 y 2 veces (no se presentaron diferencias significativas entre varones –6%– y mujeres –8%–). En cuanto a los síntomas de desesperanza, depresión e ideación suicida, la frecuencia es similar en hombres y mujeres en las 3 escalas; los síntomas depresivos fueron más frecuentes en mujeres aunque en los varones son más severos. En el cruzamiento de algunas de las variables (ideación suicida y características sociodemográficas y psicosociales), es importante resaltar que las asociaciones significativas encontradas son comunes a ambos sexos y entre ellas destacaban: la percepción de un mal relacionamiento con los padres, escaso apoyo familiar, así como un clima de relaciones familiares conflictivo y problemas con amigos y en el ánimo. Sin embargo, la mayor asociación se observó con niveles moderados y severos de depresión e IAE. Se pudieron identificar algunas asociaciones específicas según el sexo: para los varones la ausencia de confidentes (aislamiento social), problemas con la pareja y la presencia de conocidos con IAE y, en las mujeres: la presencia de familiares con enfermedad física terminal (cáncer). Los resultados permitieron identificar 51 casos con factores de riesgo moderado y severo, de los cuales se entrevistaron 36 ya que 11 habían dejado de asistir a la institución al momento de las entrevistas, 6 casos fueron derivados al Equipo de Salud Mental de ASSE de la zona (dada la cobertura asistencial con la que contaban), el resto quedó en seguimiento con el psicólogo y los educadores de la institución.

Otro estudio (Larrobla, 2011), que entre sus objetivos tenía observar las características de los registros de los IAE de adolescentes y jóvenes entre 14 y 24 años en las emergencias de 4 Hospitales y 2 Centros de Salud públicos[10], también presenta datos preocupantes sobre la temática. De un total de 211.389 consultas registradas en las emergencia mencionadas, el mayor porcentaje corresponde a pacientes de la franja seleccionada (23%), seguidos de los 25 a 35 años con 16,3%. De ese 23% de consultas de adolescentes y jóvenes sólo en 0,8% se consignó (por el médico de la emergencia) en la historia clínica un registro por IAE; en 0,2% se encontraron registros que corresponden a lesiones autoinflingidas, consideradas

10 Los centros asistenciales relevados fueron: el Hospital Maciel, Hospital de Las Piedras, Hospital de Salto, Hospital de Paysandú, Centro de Salud Coordinado del Cerro y Centro de Jardines del Hipódromo.

como "presumibles IAE" por el equipo de investigación, aunque no fueron específicamente registradas como tales por el médico y 21% obtuvieron una clasificación de "equivalente" (siguiendo los criterios mencionados en el punto anterior), es decir que corresponden a problemas de salud que pudieran estar asociados a conducta suicida[11]. El resto de las consultas corresponden a otros diagnósticos médicos.

Cuando en lugar de considerar el total de consultas realizadas, se toma en cuenta el total de adolescentes, la muestra pasa a estar integrada por 26.177 personas. De éstos, 284 (cerca de 1%) se había asistido en la emergencia una o más veces y se registró en alguna ocasión un diagnóstico de IAE establecido por el médico o deducido por el equipo de investigación, 23,5% tuvo un registro de diagnóstico equivalente o asociado a conducta suicida, pero nunca un registro de IAE y 75% restante sólo tuvo otros registros de diagnósticos médicos. La mayoría de los jóvenes diagnosticados como conducta suicida han tenido más de una consulta en emergencia, alcanzando 63% los que han acudido a la emergencia dos o más veces en el plazo de un año. El rango de número de consultas en estos pacientes con IAE es de 1 a 32.

Al considerar la distribución de los diagnósticos relacionados a problemas de salud que pudieran estar asociados a conducta suicida, se observó que 26,5% corresponde a politraumatismos, 24% a constatación de lesiones (jóvenes llevados por personal policial a la emergencia por verse involucrados en episodios de conflicto con la ley), 17% corresponde a intoxicaciones con medicamentos y los accidentes de tránsito corresponden a 8,5% de las consultas.

Un trabajo más reciente (Bernada, 2013) informa que en un período de seis meses (julio-diciembre de 2009) se registraron 471 defunciones de niños y adolescentes de 0 a 19 años, en 35 casos la causal de muerte fue el accidente de tránsito, por siniestro en birrodado (motos) fueron todos adolescentes de 15 y 19 años. En 80% las muertes fueron en el acto o dentro de las primeras horas de sucedido el siniestro, y se observó que gran parte de los niños y adolescentes involucrados en estas situaciones padecieron politraumatismos que afectaron e involucraron prácticamente todas las regiones del cuerpo.

3.1. El personal de las emergencias en el abordaje de los adolescentes

La situación planteada hasta el momento muestra el contacto que tienen los adolescentes y jóvenes con algunas de las puertas de emergencia y otros sectores del sistema de salud en el país. A pesar de que la Junta Americana de Medicina de Urgencias identifica el riesgo suicida como uno de los indicadores fundamentales a ser evaluados en y por la medicina de emergencia, éste no se encuentra catalo-

11 Las asociaciones a conducta suicida hacen referencia a: intoxicación (abuso de alcohol medicamentos, pasta base, marihuana), adicciones, cortes/heridas, violencia doméstica, constatación de lesiones, crisis (pánico, angustia, ansiedad), traumatismos.

gado como procedimiento básico o habilidad integral en la práctica asistencial en las puertas de emergencia. Dicha institución destaca, además, que son escasas las situaciones en las cuales el personal de dichas áreas participa en cursos de educación y formación sobre prevención de suicidio y suicidios. Algunas de las razones que explicarían dicha ausencia se encuentran en investigaciones dedicadas a los aspectos psicológicos puestos en juego en el personal de la salud frente a la muerte dentro desde la perspectiva de la Psicología de la Salud (Bayés, 1999; Kastembaum, 1977; Limonero, 1990; Parkers, 1972; Stedeford, 1984; Saunders, 1980; Twycross, 1987). Ellas toman dos ejes centrales: 1) la ansiedad ante la muerte y 2) las actitudes en los profesionales de la salud (Bayés, 1999).

Para Limonero (1997), la ansiedad ante la muerte es "una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza (reales o imaginadas) a la propia existencia, desencadenada tanto por estímulos ambientales como situacionales disposicionales" (1997:38). Esta ansiedad favorece el distanciamiento social del tema y su consideración como tabú. En cuanto a los trabajos sobre las actitudes ante la muerte (Bayés, 2006; Grau, 2002; Marí, 2003), parten del supuesto que la actitud del médico es fundamental para el manejo adecuado de los pacientes, y condiciona a su vez la actitud de estos últimos (Grau, 2008).

Otras investigaciones sobre esta temática destacan que en las actitudes intervienen tres componentes que interactúan entre sí de manera dinámica, ellos son: el cognitivo, el conductual y el afectivo. El aspecto *cognitivo* influye y depende de lo *afectivo* y lo *conductual,* expresado a través de los hábitos y destrezas. Esta propuesta necesariamente también contempla el hecho de que la actitud influye recíprocamente sobre estos elementos, que le dan origen de diferentes formas y circunstancias (Clore, 2005; Kruglanski, 2005; Olson, 2005). De acuerdo a Sabatés (2010) interactúan otras dimensiones en la actitud que se relacionan con el comportamiento y se vinculan al tipo de relación con el objeto (negativa, neutra o positiva) que lleva a poder evaluar el comportamiento dentro del continuo rechazo-atracción. Desde esta perspectiva la gama de matices que pueden presentarse daría sentido a la ejecución de una acción y la influencia que ella tiene en el desarrollo y manifestación de las competencias de los profesionales de la salud en este caso en particular.

En una investigación realizada en el país (Larrobla, 2011), a través de la aplicación del Cuestionario de Actitudes ante la Muerte (CAM) al personal que trabajaba en algunas puertas de emergencia se observó, en relación al temor y la ansiedad ante la muerte, que, si bien un sector importante de los profesionales y técnicos entrevistados negaba emociones negativas ante la muerte, en otro nivel surgió el reconocimiento de que la muerte moviliza ansiedad, resulta difícil pensar en ella y que su eventualidad a partir de enfermedades terminales produce miedo. El mayor rechazo se expresó ante la idea de asumir la muerte como una vía de resolución o

de escape a los problemas, lo que de alguna manera conduce a pensar que la conducta suicida en general y el IAE en particular no son comportamientos aceptados por la mayoría de los profesionales entrevistados.

Existe un consenso cada vez mayor en el reconocimiento de los servicios de emergencia como una oportunidad para intervenir sobre el riesgo de suicidio y reducir los costos humanos, sociales y económicos asociados. Tal como señalan Larkin (2010), una gran cantidad de "endofenotipos"[12] de riesgo suicida convergen en el entorno de la emergencia, haciendo que ésta sea un punto de contacto "por defecto" con el sistema de salud. Dicho autor destaca que la misma funciona como una puerta giratoria por la que los pacientes con conducta suicida salen y vuelven a entrar al sistema de salud. En el trabajo de las emergencias relevadas en Uruguay (Larrobla, 2011), los datos confirman estos señalamientos y además ponen en evidencia que estos ámbitos constituyen una importante puerta de contacto de los adolescentes con el sistema de salud. No obstante ello, también se observó que existen en estos servicios condiciones ambientales y socioculturales que no permiten hacer un uso apropiado para la prevención y detección de la conducta suicida de los adolescentes y jóvenes. Diferentes exigencias a las que está sometido el personal lo obligan a operar a través de un ordenamiento jerárquico de los pacientes, no explícito, para administrar la cantidad de tiempo y de recursos. En ese ordenamiento, el paciente con IAE sin evidencias orgánicas de su intención de muerte, queda ubicado en posiciones marginales de la consulta.

Siguiendo la tendencia descrita en la literatura internacional, en el trabajo mencionado se identificó también que el personal de las emergencias comparte creencias y representaciones de la conducta suicida, en las que inciden aspectos personales, religiosos y técnicos que influyen en las reacciones emocionales y, consecuentemente, en la actuación profesional. Al igual que lo observado en otros trabajos (Mancusso, 2004), en las emergencias estudiadas predominan sentimientos negativos y ambivalentes hacia las personas con comportamientos suicidas. Esto se refuerza con la racionalidad con la que se justifica la elección laboral en ese ámbito y los criterios conque técnicamente se define la tarea y el papel a cumplir (salvar vidas, actuar rápido ante el paciente grave o con lesiones "palpables"). Las respuestas obtenidas demuestran por un lado que existe una tendencia a negar la existencia del IAE como categoría diagnóstica si no se identifican evidencias materiales del deseo de morir. Por otro, se admite el suicidio exitoso (fallido por error de cálculo) o el acto de llamar la atención (berrinche, intento banal) asociado al intento con métodos de menor "letalidad". La fundamentación de dicha creencia se explica a través de la idea de que los llamados de atención no entrañan potencial

12 Los endofenotipos identificados son: hombres, jóvenes, presos, propietarios de armas, personas sin hogar, enfermos psiquiátricos, adictos a sustancias, víctimas de violencia y adultos mayores Larkin (2010).

riesgo de vida y por tanto no requieren especial atención sanitaria. De esta forma lo que se estaría negando es el deseo de muerte en una persona con vida y capacidad de decisión. Se sabe además que, del personal de las emergencias que participó en la investigación, apenas 21% había participado de algún curso de formación específica en la temática del suicidio, lo que confirma la situación mencionada al inicio de este punto por la Junta Americana de Medicina de Urgencias, de la escasa formación sobre la temática.

Consideraciones finales

Los estudios más recientes de carácter nacional presentan un panorama del contacto que tienen los adolescentes y jóvenes uruguayos con el sistema de salud. Estos confirman que las puertas de emergencia de los hospitales y centros de salud del sistema sanitario público son la puerta de contacto de esta población con dicho sistema. Se verifica también que, entre los motivos de consulta, se identifican las conductas suicidas, en todas sus formas de expresión, y los siniestros de tránsito entre las principales causas.

En relación al abordaje realizado en estas situaciones por parte del personal sanitario de las puertas de emergencia, se destaca la presencia de factores que dificultan una adecuada asistencia que permita acciones preventivas en relación al suicidio. Entre ellas se destaca la existencia de mitos y creencias en torno a estos comportamientos que influyen en las actitudes y reacciones emocionales, llevando a una clasificación que expone a los pacientes, en algunos casos, a mayores riesgos de agravamiento de los comportamientos suicidas futuros. La falta de tiempo, los entornos y condiciones laborales en las que se desarrollan los abordajes de estos pacientes en particular junto a la falta de formación específica en la temática, siguen las tendencias de las dificultades expuestas en la bibliografía internacional consultada.

Considerando la importancia que se le otorga a las puertas de emergencia como uno de los lugares de mayor privilegio para la realización de *sreening* de factores de riesgo y el despliegue de políticas preventivas acerca de la conducta suicida, el personal de la salud, y los de este sector en particular, son claves para dichas acciones. Por lo tanto es imprescindible trabajar no solo en campañas de prevención en población general y dentro de los adolescentes y jóvenes en particular, sino también apuntar a una mayor y mejor formación de los recursos humanos en salud. Mejorar las destrezas y los hábitos comportamentales de estos actores, acompañados de emociones positivas o favorecedoras a la ejecución, redundaría en la obtención de modificaciones en las actitudes (Johnoson, 2005; Maio, 2010; Marsh, 2005 y Montané, 2007). Esto se ve reforzado, además, cuando la base de las actitudes es la experiencia directa vinculada estrechamente con la personalidad (Fazio, 1981).

El panorama planteado confirma lo que mencionan diferentes publicaciones y organismos internacionales en relación a la temática, lo que indica que Uruguay sigue las tendencias mundiales y que las tasas de suicidio en adolescentes y jóvenes presentan un aumento sostenido, más allá de las políticas preventivas, lo que obliga a repensar críticamente el abordaje global del fenómeno que, hasta el momento, resulta insuficiente.

Referencias bibliográficas

Arnett, J. J. (2006). G. Stanley Hall's Adolescence: Brilliance and Nonsense, *History of Psychology, 9*(3), 186-197.

Bayés, R. (2006). *Afrontando la vida, esperando la muerte.* Madrid: Alianza Editorial.

Bayés, R.; Limonero, J. T.; Buendía, B.; Burón, E.; y Enríquez, N. (1999). Evaluación de la ansiedad ante la muerte. *Medicina Paliativa, 6*(4), 140-143.

Bernada, M. et al. (2013). Lesiones graves y fatales en niños y adolescentes uruguayos secundarias a siniestros de tránsito por motos: Estudio epidemiológico. *Arch Pediatr Urug, 84*(2). 91-100.

Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*. Madrid, Istmo.

Cassorla, R. (1998). *Adolescência: pelos caminhos da violência. A psicanálise na prática social.* São Paulo, Casa do Psicólogo.

Caplan, L. (1966). Identification; a complicating factor in the impatient treatment of adolescent girls. *Am J Orthopsych, 36*:720.

Código de la Niñez y la Adolescencia (2004). Poder Legislativo. Ley Nº 17.823 Boletín Nº 26.586. Publicada D. O. 14 set/004. Montevideo, Uruguay.

Convención de los Derechos del Niño (Noviembre 1990). Poder Legislativo. Ley Nº 16.137. Boletín Nº 23.223. Uruguay.

Clore, G. L. & Schnall, S. (2005). The influences of Affect on Attitude. En: B. Albarracín, T. Johnson & M. P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes*. 437-493.

Christ, G. H. & Christ A. E. (2006). Current Approaches to Helping Children Cope with a Parent's Terminal Illness. *Cancer J Clin; 56,* 197-212.

Dávila, O. (Diciembre 204). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes, *Última Década Nº 21,* Valparaíso, CIDPA. 83-104.

Declaración de los Derechos del Niño (1959). Asamblea General de las Naciones Unidas, Suiza, Doc. A/4354.

De Garbarino Freire, M. y De Macedo Maggi, I. (1992). *Adolescencia II, capítulo 1, El adolescente normal y patológico*. Montevideo, Roca Viva, 13-19.

Delval, J. (1998). *El desarrollo humano*. Madrid: Siglo XXI.

Erikson, E. H. (1993): *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI (14ª edición).

Espinosa, R. y Koremblit, M. (2008). Adolescencia y tecnocultura: Aproximación al estudio de las culturas juveniles y las nuevas formas de lazo social desde una perspectiva psicoanalítica, *Psicoanálisis, XXX*(2/3), 247-268.

Fazio, R. H. & Zanna, M. P. (1981). Direct experience and attitude-behavior consistency. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology, Vol. 14*, pp. 161-202. New York, Academic Press.

Florenzano, R. (1997). *El adolescente y sus conductas de riesgo*. Santiago de Chile. Pontificia Universidad de Chile.

Grau, J.; Llantá M. J.; Massip, C.; Chacón, M.; Reyes.; M. C.; Infante, O. ... I, Morales, D. (Enero-junio 2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos, *Pensamiento Psicológico, 4*(10), 27-58. Cali, Pontificia Universidad Javeriana.

Grau, J. y Chacón, M. (2002). *La muerte y las actitudes ante la muerte: una revisión*. México, Poza Rica: impresiones ligeras.

Grunbaum, S. y Graña, S. (2012). Intentos de Autoeliminación, en: S. Grunbaum, S (Coord.) (Ed.) *Adolescencia: un mundo de preguntas II. Encuesta Mundial de Salud Adolescente - GSHS, Uruguay. OPS, OMS, GSHS, CDC*. Págs.: 89-102. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-depreguntas-ii-encuesta-mundial-de-saluda-dolescente-gshs-2012

Johnson, B.T.; Maio, G.R.; Smith-McLallen, A. (2005) - Communication and Attitue Change: Causes, Process and Effects. En: D. Albarracín, B..T Johnson & M.P. Zanna (Eds.), The Handbook of Attitudes (pp: 617-67). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Asociates, Inc.

Kastembaum, R. y Costa, P.T. (1977) - Psychological perspectives of death. Annual Review Psychology, 28, 225-249.

Kovács, M. J. (2002). *Comportamentos autodestrutivos e o suicidio en: Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo. Casa do Psicólogo Editora Ltda. ISBN 85-85141-21-2.

Kruglanski, A. W. & Stroebe, W. (2005). The influence of beliefs and goals on attitudes: Issues of structure, function and dynamics. En: D. Albarracín, B. T. Johnson, & M.P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes*. (pp: 323-369). Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Asociates, Inc.

Larkin, G. L. & Beautrais A. L. (2010). Emergency Departments Are Underutilized Sites for Suicide Prevention. Gregory Luke 1 and Annette L. 1,2 *Crisis, 31*(1), 1–6.

Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P. y Novoa, G. (2015). *Prevención de conducta suicida en adolescentes en Uruguay: hacia una mejora de los recursos humanos de salud*. Informe final. Programa Fondo María Viñas, Agencia Nacional de Investigación e Innovación (ANII), Montevideo, 15/07/2015 (mimeo).

Larrobla, C. y Canetti, A. (2009). Factores de riesgo y representaciones socioculturales de intentos de autoeliminación en población adolescente: el caso de Piedras Blancas. En: *XXV Congreso Mundial de Prevención del Suicidio, International Association for Suicide Prevention (IASP). Libro de resúmenes del Congreso*. Montevideo.

Limonero, J. T. (1990). El fenómeno de la muerte en la investigación de las emociones. *Revista de Psicología General Aplicada, 49*(2), 249-265.

Mancuso D.; Nordland D. J. & Flever B. (2004). Frequent Emergency Room Visits Signal Substance Abuse and Mental Illness. In: *Washington State Department of Social Services and Health Services Research and Data Analysis Division*. Washington State Department of Social Services and Health Services. WA Olympia.

Maio, G. & Haddock, G. (2010). *The influence of attitudes and change*. London, Sage Publications Ltd.

Marsh, K. L. & Wallace, H. M. (2005). The influence of attitudes on beliefs: Formation and change. En: D. Albarracín, B. T. Johnson, y M. P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp: 369-397). Mahwah, NJ. Lawrence Erlbaum Asociates, Inc.

Martínez-Schiavo A.; Goyeneche N.; Kehyaian V.; Lungo G. y Viola. L (2009). El intento de autoeliminación en el Centro Hospitalario Pereira Rossell. *Revista de APPIA 18*(2), 92-98.

McGaughey, J.; Long, A. & Harrison, S. (1995). Suicide and parasuicide: A selected review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs, 2*(4), 199-206.

Ministerio de Desarrollo Social (2011). El MSP divulgó datos. Recuperado de: http://www.mides.gub.uy/innovanet/macros/TextContentWithMenu.jsp?contentd=8562&site=1&channel=innova.net).

Montané, J.; Jariot, M. y Rodríguez, M. (2007). *Actitudes, Cambio de Actitudes y Conducción segura: Un enfoque crítico aplicado a la reducción de accidentes.* Barcelona, Laertes.

Moreno, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos.* Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana. ISBN 978-84-7903-871-7.

Olson, J. M. & Stone, J. (2005). The influence of behavior on attitudes. En: D. Albarracín, B. T. Johnson, & M. P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp: 223-271). Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Asociates, Inc.

OMS (2014). *Mortalidad por suicidio en Las Américas Informe regional, Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias (NMH/MH) Unidad de Información y Análisis de Salud (CHA/HA).* Washington DC; 2014:11.

Pandolfo, S.; Vázquez, M.; Másа, M.; Vomero, A.; Aguilar, A. y Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Arch Argent Pediatria, 109*(1), 18-23. Buenos Aires.

Parkes, C. M. (1972). Bereavement. Studies of grief in adult life. London, Tavistok.

Piaget, J. (1970). La evolución intelectual entre la adolescencia y la edad adulta. En: J. Delval (comp.) (Ed*.). Lecturas de Psicología del niño.* Madrid, 1978, Alianza.

Sabatés, L. A. y Montané, J. M. (2010). Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia, desde la teoría del cambio de actitudes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 8*(3), 1283-1302.

Saunders, C. M. (1980). *Cuidados de la enfermedad maligna terminal.* Barcelona, Salvat Editores.

Stedeford, A.(1984). *Facing death. Patients, families and professionals.* London, William Heinemann.

Sukiennik, P. B. (2000). O Aluno Problema. 2ª ed. Porto Alegre: Mercado Aberto.) (Brooks-Gunn, J. & Petersen, A. (1991) - Studying the Emergence of Depression And Depressive Symptoms During Adolescence, *Journal of Youth And Adolescence*, *2*(20), (115-119).

Twycross, R. y Lack, S. (1987) - Terapéutica del paciente ambulatorio con cáncer terminal. Vic: EUMO, 1990.

UNICEF (2008). *La Convención en tus manos. Los derechos de la infancia y la adolescencia.* Montevideo, Mosca Ed.

Viñar, M. N. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio.* Montevideo, Ediciones Trilce.

WHO (2015). *Trends in maternal mortality: 1990 to 2014, and Trends in maternal mortality: 1990 to 2013.* The World Bank, United Nations Population Division. WHO, UNICEF, UNFPA, Geneva.

--------(2014). *Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade.* Geneva. Recuperado de: www.who.int/adolescent/second-decade.

Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay

Aproximación desde la perspectiva de los trabajadores de la salud

Cristina Heuguerot[1], Elizabeth Díaz[2], Rossana Lucero[2], María de los Ángeles Paris[2], Viviana Porto[2]

Resumen. Se presenta una investigación cualitativa, basada en el análisis comprensivo hermenéutico-dialéctico de los IAE realizados por personas mayores en Uruguay. Se analizan cuatro entrevistas realizadas a profesionales de la salud de diferente formación y lugar de trabajo, utilizando las herramientas definidas por el equipo de CLAVES, traducidas y ajustadas a las especificidades del país. De los resultados destaca que no existen publicaciones sobre el tema investigado en Uruguay y que las posibilidades para caracterizar el fenómeno en los adultos mayores es más difícil que en jóvenes. Se sugiere, para el futuro, la inconveniencia de aplicar un guión idéntico a profesionales de formaciones diversas y/o de actuación en distintos niveles del sistema de salud. La percepción de los profesionales sobre las determinantes del intento de suicidio coincide con la literatura internacional en que, por la alta letalidad del acto suicida, todo IAE de un adulto mayor debe ser considerado grave. Los manuales de actuación internacionales no son utilizados en forma sistemática y la implementación del Formulario de Registro Obligatorio por el Ministerio de Salud Pública se percibe como una mayor carga de trabajo. La urgencia de atender la salud mental de los trabajadores de la salud se revela como producto de gravedad inesperada del trabajo de campo.
Palabras clave: intentos de suicidio, adultos mayores, trabajadores de la salud, Uruguay

Introducción

Este artículo presenta una investigación realizada en 2015 en Uruguay sobre los intentos de autoeliminación (IAE) en adultos mayores desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

Se realizó desde un enfoque multicéntrico a partir de un proyecto del Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde (CLAVES)/Fundação Oswaldo

1 Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE) UdelaR.

2 Hospital Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo

Cruz (Fiocruz) orientado por la doctora Cecilia Minayo (Fundação Oswaldo Cruz, 2013).

Continúa un trabajo desarrollado en 2014 a partir de los relatos de ancianos protagonistas de IAE alojados en el Hospital - Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo" (HCGPC) de la ciudad de Montevideo, cuyos principales resultados ya han sido comunicados (Heuguerot et al., 2015).

El suicidio y el IAE en Uruguay son temas preocupantes desde hace tiempo. Un trabajo publicado en 1998 que correlaciona el comportamiento suicida con variables de la economía uruguaya (Lucero, 1998) afirmaba que nuestro país poseía en 1992 una tasa ajustada por edad a la población mundial de 10.9/100.000 habitantes, siendo la novena causa de muerte en ese año. Lamentablemente, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados para su comprensión y prevención, las autoridades de la salud (OPS, 2014) informan que Uruguay en el año 2009, con una tasa ajustada por edad de 14.2/100.000 habitantes era el tercer país con mayor tasa de suicidio entre los 48 países y territorios de la región de las Américas. Es llamativa, también, la falta de divulgación del hecho de que en Uruguay en 2014 se produjeron más muertes por suicidio (601) (Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio, 2015) que por accidentes de tránsito (538) (Siniestralidad vial en Uruguay, 2014).

El suicidio se manifiesta con fuerza en los adultos mayores ya que una de cada tres muertes por suicidio ocurre en los grupos de los mayores de 65 años (MSP, 2011-2015), sumado a que numerosos estudios sugieren que el IAE es uno de los más potentes predictores de suicidio (Guze & Robins, 1970; Lucero et al., 2003), se justifica la necesidad de profundizar en la investigación sobre el IAE en los adultos mayores para contribuir a su comprensión y prevención.

En Uruguay, la Comisión Nacional Honoraria de Prevención de Suicidio (OPS, 2014) informó que en 2014 se asistieron 982 personas con IAE en las unidades ejecutoras de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y 2.383 en las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Aunque no se conocen cuántos IAE corresponden a adultos mayores, se observa que 70% de ellos son personas de sexo femenino. Al comparar las representaciones gráficas de suicidio e IAE en ese mismo año, se observa que existe un pico en personas jóvenes tanto de IAE como de suicidio, disminuyendo el IAE posteriormente en todas las franjas etarias; mientras que el suicidio presenta un aumento mayor y sostenido a partir de los 65 años. Todos estos datos son provenientes del Formulario de Registro Obligatorio (FRO), que es un documento que se debe completar en los servicios de salud donde se asiste a una persona que comete un IAE, el cual está vigente desde 2013 en Uruguay.

Los datos aportados por el FRO y el INE, en 2014, permiten calcular una relación de 5,6 IAE por cada suicidio consumado, en todas las franjas etarias.

Objetivo

En este trabajo nos propusimos realizar una investigación cualitativa, basada en el análisis comprensivo hermenéutico-dialéctico (Minayo, 2012), sobre los IAE realizados por las personas mayores en Uruguay, enfocada desde la perspectiva de los profesionales de la salud.

Metodología

El grupo trabajó desde mayo de 2015 en el diseño y la elaboración de un cronograma primario. Asimismo se realizó una búsqueda en Internet para localizar publicaciones existentes sobre el tema en investigación. Se realizaron tres reuniones en las que se acordaron distintas formas e instrumentos para contactar a profesionales de la salud y se manejaron algunos nombres para iniciar las primeras entrevistas. Se distribuyeron tareas y responsabilidades y se acordó utilizar las mismas técnicas y herramientas definidas y testeadas por el equipo de CLAVES, con los profesionales de la salud (Cavalcante et al., 2015), aunque traducidas y ajustadas a las especificidades del país, sin perder de vista los criterios de adecuación, calidad y credibilidad definidos por el grupo ya citado. Asimismo se acordó realizar un análisis interpretativo y contextualizado de la información brindada en ellas.

Al guión de entrevista se incorporaron algunas preguntas referidas al FRO.

El trabajo de campo reveló la necesidad de realizar ajustes en el guión, lo que fue definido en las reuniones grupales de preanálisis posteriores a cada actividad.

Al realizar la primera entrevista pareció oportuno incorporar una última pregunta relacionada con los efectos del IAE en el propio profesional.

Luego de la segunda entrevista se hizo evidente que era necesario describir la tarea que realiza el profesional a los efectos del análisis posterior.

También generó dificultades la pregunta sobre la severidad del IAE. Según la formación y el nivel de atención en que trabajan los profesionales, daban sentido diferente a la pregunta, por lo que fue necesario precisarla más.

Finalmente se diseñaron diez preguntas utilizadas como guía en entrevistas abiertas, en las que el protagonista es el discurso del entrevistado; las que se presentan constituyendo la primera columna de la Tabla 1.

Preparación de las entrevistas: surgieron problemas con la participación de los trabajadores de la salud.

Se enviaron cartas a instituciones de referencia tanto de psiquiatría como de geriatría cuyos asociados pueden ser médicos, psicólogos o asistentes sociales (en-

tre otros) de todo el país. En ellas se solicitaba informar sobre la investigación y obtener la participación voluntaria de los asociados, pero no hubo respuestas.

Se realizaron contactos con la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UdelaR), específicamente con un grupo centrado en vejez, el cual sugirió especialistas en el área.

Otros entrevistados fueron sugeridos por los integrantes del equipo, o los propios entrevistados, a través del sistema bola de nieve, es decir, información que aportaban al final para posibles entrevistas posteriores.

Se contactó telefónicamente a los profesionales a ser entrevistados y se les consultó sobre su deseo de participar en el estudio, se les explicaron sus características y se les solicitó su consentimiento para participar, así como para la grabación de la entrevista, cumpliendo con las recomendaciones internacionales sobre investigación de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Resultados

No se encontraron trabajos publicados en relación al tema en estudio en Uruguay. Aunque no se recibieron respuestas de los profesionales integrantes de las asociaciones invitadas a participar, igualmente se realizaron cuatro entrevistas, entre el 28 de mayo y el 14 de julio de 2015, llevadas a cabo con profesionales de distintas formaciones que cumplen funciones en diferentes niveles de la red de salud de la ciudad de Montevideo. Un médico de puerta de emergencia de un centro de salud del primer nivel de atención de ASSE; una médica psiquiatra que trabaja en el segundo nivel de atención de ASSE y en el tercer nivel de atención de una IAMC, una psicóloga con experiencia en la atención de adultos mayores con historias de IAE en distintos servicios y funciones a lo largo de su carrera profesional; y una enfermera que trabaja en dos instituciones de internación, una de segundo nivel de ASSE y otra de tercer nivel de atención de una IAMC.

Las respuestas individuales fueron sintetizadas en la Tabla 1, que se presenta a continuación, la que puede ser interpretada vertical u horizontalmente.

El análisis vertical muestra coherencia dentro de las respuestas de cada entrevistado, acordes a la metodología empleada.

Tabla I. Síntesis de las respuestas de las entrevistas

Entrevistado	Psiquiatra	Médico de emergencia	Auxiliar de enfermería	Psicóloga
1. A partir de su experiencia, ¿a qué atribuye el IAE en adultos mayores?	Patología grave. Trastornos del humor. Patología de la personalidad. Enfermedades crónicas con dolor e incapacidad. Pérdida de roles, falta de apoyo.	Enfermedades crónicas. Pérdidas de hijos. Violencia social.	Abandono.	A que fallaron en suicidarse porque son graves, planificados.
2. ¿Cómo identifica la ideación y la tentativa de suicidio en los adultos mayores que atiende? Cuando caracteriza la severidad del IAE ¿lo hace a partir de su criterio personal o a partir de alguna guía estandarizada?	Si no lo dice, se lo pregunta directamente. Ideación permanente de suicidio con planes potencialmente efectivos, versus solo ideas de muerte.	La mayoría son referidos por el familiar, son llevados a la emergencia por un familiar o la policía. Desde el punto de vista médico, por ser un IAE es grave.	Verbalizaciones: no querer vivir más, no vale la pena la vida que tienen, que nadie los quiere, no los acompañan. Abandonan todo, dejan de comer. Experiencia individual.	Verbalizaciones: "estoy cansado", "no aguanto más", "voy a poner la casa a nombre de mi hijo" en contexto de depresión, enfermedades crónicas, aislamiento. Experiencia y lectura especializada.
3. ¿Qué tipo de conducta adopta cuando atiende a un adulto mayor que intentó suicidarse o tiene ideas intensas o persistentes? ¿A qué institución recurre?	Grave o moderado sin contención familiar: internación.	Lo internamos para valorar la parte médica y con psiquiatra. Si es una consulta en policlínica se traslada a emergencia.	Hablar con la persona, apoyarla. Registrarlo y comunicarlo al médico y a la nurse.	Contactar al servicio médico que tenga el paciente, según el grado de urgencia al psiquiatra o a la emergencia.
4. ¿Qué dificultades encuentra para detectar, evaluar y encaminar casos de personas con riesgo de suicidio?	El sistema de salud, cubre sólo un mes de sanatorio psiquiátrico por año: "lo mental relegado a lo mínimo".	Dificultades en la entrevista, cuando no es claro, consulta por otra cosa y el error nuestro puede estar en no interrogar ideas… salvo que sea muy evidente…	No dejar sola a la persona y contenerla mientras se avisa al médico o nurse.	Prejuicios de los adultos mayores sobre los psicólogos, vienen porque los manda el médico.
5. ¿Considera que las redes de servicio o de asistencia social, o de seguridad pública (MIDES, ASSE, IAMC) están preparadas para atender a los adultos mayores en situación de riesgo de suicidio? ¿Cuáles son los principales problemas de la red?	Red inexistente, todos por separado. Iniciativas quedan en los papeles, no se refuerzan, "no cambió nada".	En la emergencia se resuelve porque se tiene la consulta con psiquiatra. En el seguimiento ya no sé qué pasa después con ese paciente.	Muy poco. Al adulto mayor lo dejan de lado.	No. Los médicos no saben de suicidio ni de atender viejos. Omnipotencia de los médicos.
6. ¿Qué es lo que considera que podría hacerse para prevenir los sufrimientos extremos que llevan a los adultos mayores a querer dar fin a su vida? ¿Qué es lo que los servicios o redes podrían hacer y no hacen?	Que sea concreto, poder comunicarse con un servicio de la red en forma efectiva.	Más sostén de la patología que tengan. Acompañamiento, por la soledad, la pérdida de vínculos… sustituirlo por grupos…	Abandono de la familia: "pueden no haber sido una buena persona pero no por eso lo vas a dejar acá". "No quieren agarrar una responsabilidad".	Acompañamiento: contactar a las personas mayores, visitarlas. Apoyo económico (jubilación baja, costos de tratamientos médicos).

Entrevistado	Psiquiatra	Médico de emergencia	Auxiliar de enfermería	Psicóloga
7. ¿Usted conoce algún manual de orientación de profesionales para atender a las personas en riesgo de suicidio? ¿Lo utiliza?	Conocimiento teórico. No lo utiliza.	No.	No.	Conoce varios, los utiliza en forma orientadora con perfil individualizado.
8. ¿Usted conoce el manual de la OMS-SUPRE-MISS que orienta a los profesionales para atender a las personas en riesgo de suicidio?	Sí. No se ajusta al trabajo que realiza (atención especializada en segundo y tercer niveles).	No.	No conoce, no utiliza.	Sí. No se pudo realizar su aplicación en Uruguay porque "la persona buscaba plata y no la consiguió".
9. ¿Conoce el FRO? ¿Lo utiliza? En caso afirmativo: ¿Qué opinión le merece? ¿Qué se debería modificar? ¿Qué sugerencias haría para perfeccionar su utilización?	Declarativo. Se utiliza en emergencia. "Pobre, pueril y concreto". "… Policíaco, se pierde el vínculo con el paciente… no es un delito" Puede afectar la confidencialidad médico/paciente.	Sí. Es accesible y fácil completarlo pero no es el único formulario y las puertas están saturadas. La utilidad sería para la investigación, con fines estadísticos.	No lo conoce. Ha visto un formulario que llenan los médicos en emergencia.	No.
10. ¿Qué efectos cree Ud. que le produce el asistir suicidios o IAE?	Burn-out por la gravedad de los pacientes y la falta de apoyo institucional, la burocracia. Falta de tiempo para asistencia correcta… "la presión por sacarlo vivo en un mes".	"Cuidado… miedo" … "nos hemos llevado sorpresas… han tenido esos intentos leves, leves hasta que han fallecido en la emergencia… y los adultos mayores fueron graves…" "Tristeza".	Tristeza. Cuando estoy trabajando los ayudo en lo que puedo, pero entiendo que es mi trabajo y no entra en mi realidad…	Satisfacción cuando la persona mejora. Depresión cuando la situación es muy grave. Aprender de los errores, pensarlos como herramienta para enriquecer el trabajo… no somos infalibles.

Fuente: elaboración propia.

El análisis comparativo de las respuestas individuales siguiendo el orden de las preguntas en el guión de entrevista (lectura horizontal de la tabla) muestra que:

1. Las respuestas coinciden en asociar el IAE en adultos mayores con enfermedades somáticas crónicas e incapacitantes, enfermedades mentales graves, pérdida de roles y ausencia de soporte sociofamiliar; así como en la firmeza en la intención de quitarse la vida.
2. Es interesante señalar que la respuesta difiere dependiendo del lugar que el trabajador ocupa en la organización del sistema de salud. En el servicio de emergencia es referido muchas veces por la persona que acompaña a quien intentó quitarse la vida. En cuanto a la gravedad del IAE, los médicos coinciden en considerar que el sólo hecho de haber realizado un intento ya debe ser considerado como grave, pero la psiquiatra extiende la respuesta abarcando otros factores que importan al momento de la evaluación. La enfermera y la psicóloga ponen

énfasis en la importancia de su experiencia profesional y la posibilidad de escucha.

3. La respuesta de los entrevistados frente a la conducta adoptada frente a un IAE aparece, como en la anterior, mediada por el lugar de trabajo y por el momento en que los distintos profesionales intervienen. El médico de puerta prioriza salvaguardar la vida, la enfermera o la psicóloga escuchan, apoyan, pero, en última instancia, delegan la situación al profesional médico.
4. Las dificultades se manifiestan en las diferentes etapas del abordaje: la psiquiatra señala los tiempos limitados de internación, el médico de emergencia menciona los problemas para detectar el IAE si el hecho no es verbalizado directamente por el paciente o acompañante; la enfermera refiere la escasez de personal para contener al paciente mientras se espera la consulta con el médico; la psicóloga expresa la dificultad para el tratamiento psicológico en adultos mayores dados sus prejuicios sobre los psicólogos.
5. Las respuestas son muy críticas sobre el funcionamiento de las redes de salud.
6. Existe clara coincidencia en la necesidad de que las distintas intervenciones se concreten en forma eficaz.
7. Los manuales pueden ser conocidos, pero afirman que no se utilizan en forma sistemática.
8. El manual de la OMS-SUPRE-MISS (Calvacante et al., 2015), que orienta a los profesionales para atender a las personas en riesgo de suicidio, se desconoce o se plantea que no se utiliza en forma sistemática o adecuada.
9. En cuanto al FRO las respuestas aparecen mediadas por el lugar específico de trabajo, ya que es obligatorio para el profesional que brinda asistencia en el servicio de salud y su llenado ha quedado en la práctica en la figura del médico.
10. Las respuestas sobre los efectos del IAE en los trabajadores de la salud fueron coincidentes en el sufrimiento y el agotamiento que les genera.

Discusión

El suicidio es en Uruguay un tema vigente con cifras elevadas y sostenidas a lo largo del tiempo, a pesar de las medidas preventivas instrumentadas por las autoridades en los últimos años.

Se desconocen cifras oficiales sobre el número de IAE en Uruguay y de la relación entre el número de intentos y los suicidios consumados en adultos mayores.

Asimismo, se supone un importante subregistro en las cifras aportadas por el FRO, ya que el número de IAE y de suicidios informados en 2014, en todas las franjas etarias, es muy inferior al esperado.

No se encontraron datos de investigaciones previas en el tema en estudio en el país ni en la región, por lo que fue necesario analizar los resultados de nuestro trabajo con los aportes de la literatura internacional.

El haber constatado que no se encuentran investigaciones ni cifras oficiales, justifica este trabajo que, por tanto, debe ser considerado exploratorio e inicial.

El guión de entrevista ya utilizado en una investigación previa por el grupo de CLAVES, centrada en los adultos mayores con historias de IAE, había sido considerado como "claro y objetivo" (Cavalcante et al., 2015). Sin embargo, en esta nueva investigación focalizada en diversos trabajadores de la salud con experiencia en atención de IAE, el uso adaptado del protocolo generó algunas dificultades. La posibilidad de contrastar las respuestas emitidas por medio de lecturas horizontales y verticales mostró algunas inconsistencias de las preguntas inicialmente definidas, las que, aun después de reformuladas, continúan presentando algunos obstáculos interesantes para el debate. ¿Un médico responde sobre la severidad del IAE con un criterio idéntico al de un enfermero o al de un psicólogo? ¿Hasta qué punto las experiencias de trabajo en un determinado nivel de salud determinan las vivencias y las opiniones sobre el IAE? ¿Las respuestas encubren valores subjetivos de los profesionales sobre el IAE justificadas como un saber académico instituido?

Esto sugiere la gran complejidad que las respuestas presentan al análisis interpretativo y la necesidad de atender su sentido y significado apelando a diferentes ciencias sociales, como ya fue señalado por algunos autores (Cohen Agrest, 2012).

En cuanto a la dificultad para conseguir sujetos profesionales dispuestos a brindar testimonio sobre su experiencia de trabajo en intentos de suicidio, es coincidente con los problemas señalados por otros investigadores (Matusevich y Pérez Barrero 2009), que mencionan la presencia de mitos, tabúes y prejuicios que invisibilizan el fenómeno o lo naturalizan, obstaculizando el desarrollo del conocimiento científico en torno al tema en esta última etapa de la vida. Asimismo, también importa mencionar que la estrecha distancia entre IAE y suicidio consumado en la vejez constatado a nivel internacional (Cavalcante et al., 2015) disminuye la posibilidad de encontrar profesionales expertos en intentos de suicidio en la franja etaria en estudio.

En este sentido hay que recordar que, si bien los cuatro entrevistados tenían bastante experiencia de atención en IAE, sólo uno de ellos (la psicóloga) afirmó atender con mucha frecuencia sujetos ancianos con IAE.

A pesar de las diferencias de enfoque entre las investigaciones de CLAVES de 2014, y la que se presenta aquí, se organizaron los datos en los seis criterios sugeridos por ellos en "Visión de los profesionales" como categorías de análisis a los que se agregó otro, como fue mencionado en la metodología, centrado en los

efectos que el trabajo con personas que realizan IAE ejerce en los profesionales de la salud. Este instrumento resultó de utilidad para organizar las respuestas en los seis tópicos definidos.

En cuanto a la identificación de las señales y las causas atribuidas a tentativas e ideaciones de suicidio entre los adultos mayores, mientras los médicos señalan que "se pregunta directamente" al familiar o a la persona que cometió el IAE; los otros profesionales apelan a la capacidad de escucha y al estar atento a las verbalizaciones que lo anticipan. Esta aparente diferencia de enfoque puede deberse al lugar en que los profesionales desempeñan su tarea. En tanto los médicos entrevistados actúan con pacientes que ya cometieron un IAE, los otros lo hacen con pacientes en situación de riesgo, pero que no necesariamente pasarán al acto.

Las últimas afirmaciones son coincidentes con la literatura, en relación a la importancia de la escucha. Vallone (2014) afirma: *"...la urgencia nos convoca a escuchar, alojar y, en más de una ocasión, a orientar."*

En cuanto a las causas, todos los profesionales aludieron directamente a ciertas situaciones de vida como la soledad, el aislamiento o la falta de sostén familiar y problemas económicos, coincidiendo con Matusevich y Pérez Barrero (2009). Todo ello anudado en forma compleja a la presencia de dolencias físicas incapacitantes, enfermedades mentales, especialmente depresión, abuso de alcohol y otras drogas, hospitalización psiquiátrica previa y utilización de medios letales en IAE previos (Vallone, 2014; Minayo y Cavalcante, 2015). Además, algunos autores plantean que una pequeña proporción de los suicidas no presentaría depresión, sino rasgos de personalidad particularmente rígidos, en el contexto de duelo, conflictiva interpersonal y deudas financieras (Harwood et al., 2006).

En relación a la evaluación de la gravedad del cuadro, y a las formas de encaminarlo, son los médicos quienes responden con claridad, relacionando la presencia de ideación permanente con planificación, aunque al final afirman que "desde el punto de vista médico, por ser un IAE, es grave", coincidiendo con la bibliografía mencionada en el ítem anterior. Esta última afirmación cobra mayor peso si se considera que la Asociación Americana de Suicidología (American Association of Suicidology, 2012) estima que para todas las edades combinadas hay 100 a 200 atentados no fatales más para dañarse a sí mismo que suicidios consumados, mientras que hay una relación de 4 a 1 en las personas mayores de 65 años. En Brasil, los estudios actuales (Pinto & Assis, 2015) hablan de 2 y 3 intentos en adultos mayores frente a un hecho consumado, mientras que en Uruguay no hay datos oficiales sobre el problema.

Entre las dificultades para detectar, evaluar y encaminar casos con riesgo de suicidio y con relación a los Límites y posibilidades de la red de atención en el área de la salud todos los informantes señalaron graves deficiencias de funcionamiento

del sistema integrado de salud (SNIS), que uno de los entrevistados sintetizó al expresar: "la red es inexistente." En este sentido, la situación parece ser similar a lo hallado por los investigadores brasileños que expresan: "La red de salud y la atención están preparadas para atender una tentativa de suicidio, pero no para identificar y tratar las señales de riesgo y prevenir ese acto" (Cavalcante & Minayo, 2015). Serna (2004), en su trabajo, insiste en la necesidad de conocimientos básicos para los que actúan en atención primaria y en la importancia de entrenamiento psiquiátrico. Comenta el autor que existe evidencia de que la mayoría de las personas mayores que intentan o cometen suicidio, los días precedentes a la tentativa habían consultado a profesionales de la salud, mas no recibieron de ellos la atención y los cuidados adecuados.

A estas dificultades se suma la opinión de los entrevistados no médicos, que señalan el desconocimiento sobre los ancianos en los sistemas de salud y la presencia de prejuicios y desvalorización de la vejez en la sociedad, coincidente con algunos estudios ya mencionados (Matusevich y Pérez Barrero 2009).

Coherentemente, sobre la prevención de sufrimientos extremos y del comportamiento suicida en los adultos mayores, y sobre las sugerencias para mejorar las estrategias de prevención del suicidio y el cuidado del adulto mayor, aparece el reclamo de una red efectiva, un cambio de actitud frente a la vejez, la importancia del acompañamiento y el apoyo familiar. El conocimiento y la utilización de manuales de procedimiento no marca una diferencia sustancial en el accionar cotidiano del profesional frente al problema. En relación al FRO, en particular, los médicos de puerta lo cumplen, pero desconocen su finalidad, mientras que es desconocido por los entrevistados no médicos.

Finalmente, sobre los efectos del IAE en los profesionales de la salud aparecen múltiples expresiones como "tristeza", "angustia", en un caso se menciona directamente el *burn-out,* o respuestas emocionales intensas como "depresión" cuando no se puede ayudar y "satisfacción" cuando sí se logra.

Se está frente a un trabajo doloroso, ejecutado en dispositivos de mucha presión y responsabilidad. En este sentido los médicos mencionaron el escaso tiempo previsto a raíz de las deficiencias e imposiciones del sistema de salud que revelan la imposibilidad de dedicar tiempo adecuado a una atención personalizada, que finalmente conspira contra su propia salud mental (Mingote et al., 2013; Olavarría y Mansilla, 2007; González y Pérez, 2011).

Estos efectos pueden manifestarse en formas de patologías, en los miedos ("no somos infalibles"), ante las consecuencias del fallo, en la resistencia a hablar del tema o a completar formularios cuyas finalidades se desconocen.

Un entrevistado dijo que un paciente que había cometido un IAE le hacía pensar siempre en "El otro yo del Dr. Merengue", un personaje de un comic rioplatense que, mientras que el Dr. Merengue atendía, le susurraba insistentemente pensamientos contradictorios. Y el entrevistado nos explicó que las situaciones de vida de ese paciente eran tan dolorosas que siempre se preguntaba: "¿cómo es que esta persona no se ha suicidado?". Una interrogante que revela al sujeto profesional con sus propias opiniones y valores frente al acto suicida, aspectos que se atraviesan en las respuestas que analizamos.

Conclusiones

El suicidio es en Uruguay un tema vigente con cifras sostenidas a lo largo del tiempo a pesar de las medidas preventivas instrumentadas.

Al momento de esta publicación se desconocen cifras oficiales sobre el número de IAE en adultos mayores en Uruguay y de la relación entre el número de intentos y los suicidios consumados en esta franja etaria.

Este artículo revela que no existen publicaciones anteriores sobre el tema investigado en el país. Lo que, junto al pequeño número de profesionales que accedieron a ser entrevistados, hacen que este trabajo deba ser considerado de tipo exploratorio e inicial y que debería ser continuado en investigaciones posteriores.

Este primer abordaje, centrado en la información que proviene de trabajadores de distintas formaciones, con desempeños en diferentes niveles de atención en la salud y con experiencia en IAE muestra que las posibilidades para investigar y caracterizar el fenómeno en los adultos mayores son más difíciles que en otras franjas etarias.

La experiencia presentada sugiere la inconveniencia de aplicar un guión idéntico a profesionales de formaciones diversas, o de igual formación pero con actuación en distintos niveles de salud, aspecto a tener en cuenta en próximas investigaciones.

En cuanto a la comprensión del IAE en la vejez, las respuestas de los entrevistados lo muestran como un fenómeno complejo, lo que es coincidente con lo que sostiene la literatura internacional y regional, señalando como elementos predisponentes: la presencia de enfermedades graves o degenerativas, la dependencia física, disturbios y sufrimientos mentales y sobre todo, depresión severa.

Dada la alta letalidad del acto suicida en esta etapa de la vida, los resultados sugieren que en los adultos mayores todo intento es grave, criterio que debería adoptarse para cualquier plan formativo de profesionales sobre el tema.

En cuanto a los manuales y los registros, el conocimiento de la existencia de manuales no sugiere su uso sistemático; la implementación del FRO por el Ministerio de Salud Pública (MSP) es percibido por el profesional actuante como una mayor carga de trabajo lo que puede explicar ciertas resistencias a su utilización.

La urgencia de atender la salud mental de quienes cuidan en salud ha sido un producto de gravedad inesperada del trabajo de campo y la apertura a nuevos intereses hasta ahora inexplorados. En efecto, el contexto de cambios generado por el sistema nacional integrado de salud (SNIS) en el país no ha aportado, hasta el momento, mejoras en la calidad del trabajo de los profesionales, situación que desde antes se veía profundamente afectada y agrega mayor sufrimiento en el ámbito cotidiano del trabajo.

Referencias bibliográficas

Brasil. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde (2013). Estudo sobre tentativas de suicidio em idosos sob à perspectiva da saúde pública, Manual de Pesquisa. Fundação Oswaldo Cruz.

Heuguerot, C.; Lucero R.; Porto V.; Díaz, E. y Paris, M. (2015). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. *Ciència & Saúde Coletiva, 20*(6), 1693-1702.

Lucero, R. K. (1998). Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972- 1992). *Rev Med Uruguay, 14,* 236-247.

Organización Panamericana de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional.* Washington DC: OPS, 2014.

Día Nacional del Suicidio (2015). Presentación realizada por la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. Montevideo: MSP, 17 de julio de 2015.

Siniestralidad vial en Uruguay. Informe 2014. [accesado 2015 noviembre 13]. Disponible en: http://www.unasev.gub.uy/inicio/sinatran/informes_siniestralidad_vial_uruguay/

Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área de Promoción de la Salud y Prevención - Área Ciclos de Vida. *Plan Nacional de prevención del Suicidio para Uruguay 2011-2015*.

Guze, S. B. & Robins, E. (1970). Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry*; 117:437-438.

Lucero, R.; Díaz, N. y Villalba, L. (2003). Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 67*(1), 5-20.

Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoría, passos e fidedignidade. *Ciència & Saúde Coletiva, 17*(3), 621-626.

Cavalcante, F. G. et al. (2015). Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas. *Ciència & Saúde Coletiva, 20*(6), 1667-1681.

Cohen Agrest, D. (2012). *Por mano propia: estudio sobre las prácticas suicidas.* Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.

Matusevich, D. y Pérez Barrero, S. (2009). *Suicidio en la vejez.* Buenos Aires, Polemos.

Vallone, N. (Comp.) (2014). *Suicidio: Lecturas y abordajes.* Buenos Aires, RV Ediciones.

Minayo, M. C. S. y Calvalcante, F. G. (2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciència & Saúde Coletiva, 20*(6), 1751-1762.

Karge, N. & Richard Ferraro, F. (2011). Suicide and the Elderly: A Review of the Literature and Implicantions for de Future. *Psychology Journal, 8*(4), 124-142.

Harwood, D. et al. (2006). Suicide in older people without psychiatric disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*, *21,* 363-367.

American Association of Suicidology (2012). *Suicide and the Elderly* [accesado 2015 noviembre 19]. Recuperado de: http://www.suicidology.org/resources/facts-statistics

Pinto, L. W. & Assis S. G. (2015). Estudo descritivo das tentativas de suicídio na população idosa brasileira, 2000-2014. *Ciència & Saúde Coletiva, 20*(6), 1681-1692.

Calvalcante, F. G. & Minayo, M. C. S. (2015). Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciència & Saúde Coletiva, 20*(6), 1655-1666.

Serna, P. I. (2004). Prevención del suicidio en los ancianos, suicidio-homicidio, ampliado y asistido. *Geriatrika, 20*(1), 18-22.

Mingote Adán, J. C.; Crespo Hervás, D.; Hernández Álvarez, M.; Navío, M. y Rodrigo García-Pando, C. (2013). Prevención del suicidio en médicos. *Med Segur Trab (Internet)*; *59*(231), 176-204.

Olabarría, B. y Mansilla, F. (2007). Ante el Burnout: cuidados a los equipos de salud mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 12*(1), 1-14.

González Jaimes, E. I. y Pérez Saucedo, E. (2011). Factores de Riesgo Laboral y la Salud Mental en Trabajadores de la Salud. *Psicología Iberoamericana, 19*(2), 67-77.

A comienzos de siglo XXI, suicidio en adulto mayor en Uruguay

Pablo Hein[1] - Víctor Hugo González[2]

Introducción

Pensar, investigar, escribir sobre suicido, encierra diversas cuestiones o capas que pueden encerrar o trascender a cuestiones o planos éticos, religiosos políticos, morales y culturales. Cada sociedad en diferentes momentos ha tratado este tema, a veces de forma más directa, otras más indirecta. Recordarlo o reflexionar a partir de estas líneas, y específicamente sobre los adultos mayores, nos hace repensar el tema en nuestra sociedad actual, dominada o signada por la negación al tema. Es en este sentido que cada época histórica debe considerarlo, discutirlo, plantearlo e investigarlo. Como una vez lo planteo John Oxenford: *"El suicidio es un hecho que forma parte de la naturaleza humana, el cual, no importa lo que se diga o se haga acerca de él, requiere la consideración de cada persona, y en cada época debe ser discutido de nuevo"* (Oxenford, en Szasz, 1999).

A diferencia de las otras muertes, el suicidio, dado su carácter personal y voluntario, necesita ser explicado, comprendido y discernido. Este tipo de muerte es catalogada como "diferente", más allá que pertenezca o se encubra en los códigos de muerte por causas externas, y así se es percibido o abordado por los diversos estudios, desde las más diferentes o divergentes ciencias, desde todas las épocas.

Es un vector común en la mayoría de los estudios el estigma que encierra este tipo de muerte, no sólo por su carácter "antihumano", sino también por los impactos sociales y culturales que llevan en primer lugar al núcleo familiar directo

1 Docente e Investigador del Departamento de Sociología, FCS, UdelaR. Docente en el Área de Metodología. Integrante del Grupo Comprensión y Prevención de conducta suicida, que componen las Facultades de Ciencias Sociales, Medicina, Psicología y Humanidades y Ciencias de la Educación. Desarrolla investigación en el estudio de Egresados de la UdelaR, en la Dirección General de Planeamiento. pablo.hein@cienciassociales.edu.uy

2 Magíster en Psicología Social por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y Licenciado en Sociología por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Se desempeña como docente e investigador en la Facultad de Ciencias Sociales. Integrante del Grupo de Comprensión y Prevención de conducta suicida. Trabaja en el Área de Gestión y Seguimiento Presupuestal en la División de Desarrollo Institucional. vicspinsoc@gmail.com

y luego a la sociedad en la que se producen, impregnado un velo de silencio y un sentimiento de ocultar la temática. Estos hechos se ven acrecentados cuando sus cifras relevan magnitudes importantes, e interrogan a las diversas políticas de prevención o salud mental que existen en los ámbitos locales o nacionales.

En el tema suicidio y adulto mayor se conjugan otros dos hechos, aquel individuo socialmente distinto, dado que comete este acto y si es adulto mayor, se verán multiplicados los problemas e interpretaciones a la hora de su estudio.

En las siguientes páginas el lector encontrará cifras, números, y un análisis descriptivo que deja las puertas abiertas para la necesaria reflexión que nos debemos como sociedad. En nuestro país, cada dos días, un adulto mayor decide, por los más amplios o estrechos, racionales o irracionales, lógicos e ilógicos, fríos o calientes motivos quitarse la vida, poner fin a sus días por mano propia. Este artículo se nutre fuertemente de la investigación que desarrolla González en su proyecto de Iniciación, con financiamiento de CSIC-UdelaR titulada "Identificación y caracterización de factores asociados al suicidio en el Uruguay". El estudio centra la mirada en los datos del departamento de Montevideo en el período 2002 a 2015: las cifras emanan de la base de datos del Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP) del Ministerio del Interior para el departamento de Montevideo. El SGSP es un sistema informático de gestión y servicios de información de seguridad pública a nivel nacional administrado por el Ministerio del Interior.

El análisis documental de registros de eventos de seguridad pública caratulados como suicidios consumados en el SGSP se llevó a cabo en dos momentos, primero se realizó un análisis documental de los registros con el fin de extraer las variables que compondrán el banco de datos (sexo, edad, ocupación, lugar del hecho, barrio de residencia, método utilizado, estado civil, etc.). Los registros de suicidios detallan la actuación tanto de los policías recogiendo pruebas y testimonios, la acción de la policía científica (policía técnica), la participación del médico forense y por último la resolución del juez penal.

Primero se describe brevemente el ser adulto mayor y el suicidio conjugando brevemente los factores de riesgo o líneas de comprensión. Luego se sitúa los suicidios de los montevideanos en un contexto nacional y luego se focalizará en el grupo de edad seleccionado para el departamento de Montevideo en el período 2002 a 2015, para culminar con unas breves reflexiones.

Ser adulto mayor y el suicidio. ¿Factores de riesgo o de comprensión?

Más allá de la conjugación de los temas suicidio-adulto mayor, existe una referencia explícita a un período de la vida o del ciclo vital biológico y existencial que posee una carga emotiva y valorativa importante, en culturas que han sistemática-

mente tratado esta etapa de forma denigratoria y opaca. Por otro lado los avances tecnológicos o nanotecnológicos apuntan a dos ciclos fundamentales, el inicial (infancia) y la vejez, buscando en estos últimos por lo general, prolongar la vida, con independencia de cuál es o será el tratamiento cultural social económico o qué tipo de calidad de vida desarrollamos o implementamos para nuestros adultos mayores.

Despejadas rápidamente estas cuestiones, centremos la mirada en los aspectos epidemiológicos que conciernen a esta etapa o ciclo de vida. Ser viejo, marca entre otras cuestiones, una serie de enfermedades, algunas propias del trascurrir de los años, otras no pero todas demandan acceso y atención particular y singular. El deterioro físico es acompañado por lo general por otros psíquicos, sociales y culturales. Por otro lado la ausencia de la autovalía o la imposibilidad de valerse por sí mismo, acompañado este hecho, por la ausencia de familia nuclear o ampliada que acompase el ritmo de vida de cada adulto mayor. Este breve descripción constituyen un breve mapa o situación en donde se desarrolla o se mueve nuestro tema y como el lector se imaginará que este mapa encierra más rasgos negativos que positivos, como lo tiene nuestro tema central.

Por último este segmento de la población constituyen a nivel mundial y nacional, el segmento con más rápido crecimiento de la población, es por eso que el número absoluto de suicidios se incrementará y los datos indican que para el año 2040 será el doble de magnitud que la actual, por ende entender, explicar, comprender y buscar las causas o motivos de este fenómeno, en este tramo etario, es de suma importancia sanitaria, así como social y cultural.

Existen numerosos artículos y no menos libros que reflexionan sobre suicidio y vejez, entre estos se encuentra el texto de Matusevich y Pérez Bravo (2009) "Suicidio en la Vejez" de editorial Polemos. En sus nueve capítulos reflexionan y articulan diferentes aspectos o tópicos sobre la temática. En lo que refiere a riesgo, desarrolla un capítulo que plantea bajo cinco ejes, los principales factores de riesgo. Nos parece oportuno, en este breve artículo, resumirlos. El primero son aquellos denominados como *factores médicos* detallando las diferentes enfermedades crónicas, terminales, aquellas que requieren alta hospitalización y los tratamientos prodepresivos. En general estas conllevan dolor físico, disnea que disminuye la calidad de vida, su autonomía diaria. Estos además se conjugan por el abandono el sentimiento de "no ser carga para la familia". Sintetiza la pérdida de energía y fuerza motriz como otros de los motivos importantes, disminuyendo la actividad placentera y repercutiendo directamente en el aumento de los gastos relacionadas a estas cuestiones. En el segundo grupo los *factores psiquiátricos*, encierran enfermedades depresivas de cualquier etiología, delirantes de culpa o hipocondríacas, abuso de alcohol y psicosis delirantes paranoides. También en los últimos años se ha detectado un déficit o deterioro cognitivo importante. El tercer grupo, son los *factores psicológicos*, que detallan aquellos relacionados con la soledad, inutilidad,

infelicidad, inactividad, dificultades de memoria y la falta de proyectos vitales adosado a la visión negativa de la etapa en la que viven. Algunos psicólogos resumen como "baja apertura a la experiencia", marcado por ser independientes y la negación como el mecanismo de defensa. Por último *señala "…el narcisismo patológico lleva entonces a un creciente retraimiento social y a un sentimiento interno de vacío que en numerosas ocasiones es insuperable algunos pueden desarrollar importantes grados de descuido físico"….* (Matusevich, D. 2009) El cuarto grupo son los *factores familiares*, estos son la pérdida de seres queridos, el abandono familiar, la viudez, la pérdida del sentimiento de utilidad así como de las relaciones sociales. Para las mujeres señalan el caso denominado "abuela esclava" que continúa desempeñando el rol de cuidadora y ama de casa pero esta vez de los nietos, provocando un deterioro de la fuerza física generando conflicto entre lo que quiere hacer y puede hacer. Por último dentro de este factor señala tres temas: mayor edad, mayor dependencia, mayor necesidad de cuidados; las condiciones económicas en sociedad de escasos recursos en donde la distribución o competencia por los mismos son asignados a los grupos más jóvenes de la sociedad y las condiciones culturales, donde se desplaza la cooperación por la competencia. El quinto grupo los *factores socioambientales,* entre otros el hecho de la jubilación o cese de actividades, o la no preparación para esta etapa de la vida económica, las causas peyorativas o hostiles de la comunicación en sociedad, magnificando la juventud en detrimento de la vejez y la consiguiente pérdida de prestigio. El cambio de costumbres culturales, la pérdida de cierto bienestar económico y social, la migración forzosa y el sentimiento de aislamiento social. Aquel lector que requiera mayores detalles lo emitimos directamente a la obra, de Matusevich (2009).

Suicidios en adulto mayor en Uruguay

El suicidio en el Uruguay presenta la característica de ser un fenómeno estructural desde comienzos del siglo XX hasta estos comienzos del XXI, diversas aproximaciones han cuantificado y analizado sus características (González, 2010, 2015; Vignolo, 2004; Robert, 1997, 1999, Dajas 1994, 1997, 2001).

La evolución de la tasa de suicidios en los adultos mayores de los últimos treinta años en Uruguay muestra datos estables y con un crecimiento leve (González, 2012).

En nuestro país, y desde hace más de tres décadas, la proporción de personas de 65 o más años se ubica en el entorno del 12%. Si se observa el porcentaje desde el año 1975, este grupo constituía el 9,8%, continuó en aumento en los años siguientes, pasando a 11,2% en 1985, 12,8% en 1996, 13,4% en 2004 y 14,1% en 2011 (Nathan, 2011).

Observando los datos sobre la temática, en el cuadro 1 puede observarse para el período de 1997 a 2014 como en Uruguay el suicidio de adultos mayores representa el 33,6% de los suicidios. En donde cada 48 horas en el Uruguay un adulto mayor comete suicidio. El promedio anual de suicidios en Uruguay fue de 547 en donde los adultos mayores presentaron un promedio anual de 183 suicidios, representando el 33,6% con respecto al total de suicidios entre 1997 y 2014.

En este período de tiempo el suicidio en adultos mayores presento su pico en el año 2002, año en donde el país atravesaba una de las peores crisis socioeconómicas en donde diversos indicadores sociales tales como pobreza, indigencia, desempleo entre otros mostraron sus peores valores, pudiendo además conllevar problemas específicos para este grupo etario.

Cuadro 1. Suicidios en adulto mayor y porcentaje de suicidios en adulto mayor según año. 1997-2014

	Suicidios		
Año	Uruguay	Adulto mayor	% adulto mayor
1997	468	172	36,8
1998	522	175	33,5
1999	461	168	36,4
2000	570	199	34,9
2001	504	173	34,3
2002	690	246	35,7
2003	538	181	33,6
2004	525	173	33,0
2005	507	184	36,3
2006	545	212	38,9
2007	588	188	32,0
2008	536	164	30,6
2009	531	177	33,3
2010	550	185	33,6
2012	608	189	31,1
2013	555	165	29,7
2014	601	160	26,6
Promedio	547	183	33,6

Fuente: Ministerio de Salud Pública. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Al analizar la tasa media departamental para el periodo comprendido entre 2012 y 2015 se pueden agrupar los mismos en tres grupos: El primero, hasta 25,9 cada 100.000 habitantes: Soriano, Río Negro, Paysandú, Montevideo, Cerro Largo, Durazno y Colonia, el segundo entre 26 a 33.4 cada 100.000 habitantes: Artigas,

Rocha, Rivera, Flores, Florida, Tacuarembó, Salto y Canelones y por último mayor a 33.5 cada 100.000 habitantes: Treinta y Tres, Maldonado, Lavalleja y San José.

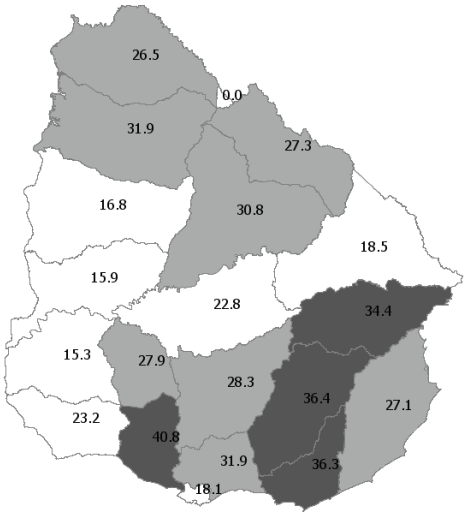
Siendo el departamento de Soriano el que muestra la menor tasa media (2012-2015) con 15,3 cada 100.000 habitantes y en el otro extremo San José con 40,8 cada 100.000 habitantes. En los departamentos de Flores, Florida, Soriano y Rocha en algún año del período no se registraron suicidios de adultos mayores comprendidos en el grupo de 60 años y más. Es importante recordar que el sistema SGSP se comenzó a implementar en el interior del país en el año 2012, lo que puede derivar en cierta inestabilidad del dato, para los primeros años (2012 a 2015).

Cuadro 2. Tasa de suicidios en adulto mayor según departamento. 2012-2015

	2012	2013	2014	2015	**Promedio 2012 - 2015**
Artigas	25,3	16,5	48,4	15,7	26,5
Canelones	33,5	30,7	34,1	29,2	31,9
Cerro largo	18,9	18,6	18,4	18,1	18,5
Colonia	18,9	26,2	29,6	18,3	23,2
Durazno	18,7	9,2	18,3	45,1	22,8
Flores	0,0	56,2	37,0	18,3	27,9
Florida	35,8	0,0	42,3	34,9	28,3
Lavalleja	46,2	30,7	15,3	53,3	36,4
Maldonado	33,2	21,6	45,8	44,6	36,3
Montevideo	16,8	16,4	16,3	22,8	18,1
Paysandú	24,4	9,6	19,0	14,0	16,8
Río negro	10,8	21,3	21,0	10,4	15,9
Rivera	40,9	28,8	17,1	22,4	27,3
Rocha	20,6	20,5	0,0	67,3	27,1
Salto	24,3	33,4	28,2	41,6	31,9
San José	60,4	24,9	58,8	19,3	40,8
Soriano	6,2	0,0	18,4	36,4	15,3
Tacuarembó	49,9	24,7	18,3	30,1	30,8
Treinta y tres	43,1	32,0	21,1	41,6	34,4
Total general	24,7	20,5	24,0	27,4	24,2

Fuente: SGSP. Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Mapa 1. Tasa media de suicidios en adulto mayor según departamento. 2012-2015.



Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Características generales del suicidio en el adulto mayor

Entre 2012 y 2015 en el Uruguay se registraron en el SGSP 617 suicidios consumados, en donde 492 fueron hombres (79,7%) y 125 mujeres (20,3%).

Puede constatarse en el siguiente cuadro como el método que predomina es el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con 47,3%, seguido por las armas de fuego con 34,8%, para después distribuirse en porcentajes similares el resto de los métodos elegidos por los adultos mayores. Es importante destacar que estos dos métodos que predominan son altamente letales, siendo que 8 de cada 10 adultos mayores eligen los mismos.

Cuadro 3. Suicidios consumados en adultos mayores. Valores absolutos y porcentajes. Uruguay. 2012-2015

	Total	Porcentaje
Arma de fuego	215	34,8
Arma blanca	11	1,8
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	292	47,3
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	14	2,3
Ahogamiento y sumersión	24	3,9
Salto desde un lugar elevado	22	3,6
Sustancias (medicamentos, drogas, sedantes, etc.)	21	3,4
Otros métodos	17	2,8
Sin datos	1	0,2
Total	**617**	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Cuando se observa la situación conyugal se percibe un comportamiento poco esperado, ya que 42,9% de los suicidas estaban al momento de cometer el acto en estado conyugal "casado o unión libre". Porcentajes similares ocupan los viudos o viudos de la unión y 9,7% solteros. Si se observan estos datos a la luz de las categorías de sexo se presentan diferencias importantes. Si se observan los hombres predominan los casados con un 46,3% en la categoría casado o unión libre, mientras que las mujeres descienden a 29,6%. Por otro lado 21,6% de las mujeres estaban viudas o separadas de la unión, mientras que en los hombres este porcentaje desciende a 12,8%. En donde los hombres y las mujeres comparten porcentajes similares es en la categoría divorciado o separado de la unión.

Cuadro 4. Suicidios consumados en adultos mayores según situación conyugal. Porcentajes. Uruguay. 2012-2015

	Hombres	Mujeres	Total
Casado o Unión de hecho	46,3	29,6	42,9
Soltero	9,8	9,6	9,7
Viudo o viudo de la unión	12,8	21,6	14,6
Divorciado o separado de la unión	14,0	12,8	13,8
Sin datos	17,1	26,4	19,0
Total general	100	100	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Las fuentes posibles de investigación y estudio del suicidio son las estadísticas oficiales, entrevistas a familiares, amigos y personas significativas del entorno del suicida y el análisis de las cartas y notas dejadas por las personas que se suicidaron.

En el caso de los adultos mayores del Uruguay son las mujeres con un 23,2% las que dejan un porcentaje levemente mayor de cartas o notas suicidas en comparación con los hombres 19,7%.

Escapa al alcance del presente artículo el ahondar en el tema, pero como expresa Casado, M. et al. (2012) *(...) el análisis de cartas o notas suicidas manuscritas es uno de los métodos más valiosos en el estudio del comportamiento suicida, ya que se puede considerar como un mensaje por el cual el suicida manifiesta su idea, su responsabilidad y su premeditación a la consumación del suicidio y además pretende que sea vista posterior a su muerte* (Casado, M et al., 2012, p. 114).

La existencia de cartas dejadas por los que consumaron el suicidio resultan importantes ya que en las mismas se *"(...) plasman directamente los motivos, sentimientos, deseos, pensamientos del suicida, pues generalmente son escritas instantes antes de cometer el acto, lo cual nos permite tener un acceso más cercano al acto mismo y, por tanto, a su comprensión."* (Chávez, et al., 2011, p. 35). Las cartas o notas suicidas pueden permitir conocer y analizar los rasgos más significativos y característicos del suicida.

El siguiente cuadro hace referencias a los mitos que existen en torno al suicidio. *(...) los mitos sobre el suicidio son criterios equivocados, culturalmente aceptados, que no reflejan una veracidad científica pues se trata de juicios de valor erróneos que entorpecen la prevención de dicha conducta. Con cada mito se intenta justificar determinadas actitudes que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte. (...) El que dice que se va a matar no lo hace. Es un mito porque todo aquel que ha cometido IAE o suicidio lo ha manifestado verbalmente. El que realmente se quiere matar no lo dice. Criterio erróneo, de cada 10 personas que se suicidan, 9 lo manifestaron claramente* (GPDFRCS. 2008, p. 8).

Un aporte significativo a las políticas públicas, aportando a su eficiencia y eficacia es la recomendación de tener en consideración los "avisos previos de autoeliminación" y los "intentos de autoeliminación". En la actualidad en el imaginario colectivo estas situaciones se consideran como mitos, donde "el que avisa no se mata" y "el que lo intento una vez no lo volverá a intentar" (González, 2015).

De esta forma puede observarse que la verbalización, la comunicación de las intenciones de auto eliminarse estuvieron presentes en 18,9% de los hombres y en el 16% de las mujeres del Uruguay en el período de referencia.

En el cuadro 5 puede observarse además como son las mujeres quienes presentan un porcentaje mayor frente a los hombres con intentos previos de autoeliminación (20 a 10% respectivamente). Según la literatura especializada los IAE son un fuerte predictor de suicidios consumados posteriores. También es el otro mito en donde generalmente se piensa que ... *El que se ha recuperado de una crisis suicida ni lo volverá a intentar, falso, se ha visto que en general reinciden en corto plazo. Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo es un llamado de atención. Este es un prejuicio muy difundido y descalificante en general con el sexo femenino, no se tiene en cuenta que sus mecanismos de adaptación han fallado y no encuentran alternativas adecuadas* (GPDFRCS. 2008, p. 8).

Un dato a destacar es el que tanto los hombres y mujeres presentan porcentajes de 29,1% y 28% viviendo solos, respectivamente. *La mayoría de las mujeres de 65 o más se ubica en hogares unipersonales (31,9%) (...). Por lo tanto, se puede afirmar que –a diferencia de los hombres– las mujeres tienen una mayor probabilidad de transitar "solas" por la vejez* (Nathan, 2011).

Las "enfermedades" engloban enfermedades mentales y las que afectan la capacidad funcional y la autopercepción, también discapacidades físicas y mentales, tales como las dificultades para ver, oír y/o caminar, parálisis o falta de alguna extremidad. Se puede observar como 31,1% de los suicidios de adulto mayor presentaban algún tipo de enfermedad tal como la definimos anteriormente. Así, los hombres muestran en 33,5% la presencia de enfermedades frente a 21,6% de las mujeres.

Cuadro 5. Resumen de causas en Porcentajes. Uruguay. 2012-2015

	Hombres	Mujeres	Total
Aviso previo de autoeliminación	18,9	16,0	18,3
Intentos de autoeliminación	10,0	20,0	12,0
Vivía solo	29,1	28,0	28,8
Enfermedades	33,5	21,6	31,1
Carta o nota suicida	19,7	23,2	20,4
Total	100	100	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida

Tal como mostró el censo 2011, los datos *"...Muestran cómo a partir de los 65 años el porcentaje de personas que tienen dificultades severas para ver, oír y caminar se incrementa de manera exponencial. El 14% de la población de 85 o más años presenta discapacidad visual, 12% discapacidad auditiva y 24% problemas graves para desplazarse"* (Nathan, 2011).

Breves conclusiones

En el Uruguay actual, si se piensa en grupos o grupos etarios vulnerables, se exprese en términos económicos, sociales, culturales o espaciales, sin duda se destacan claramente, los grupos de jóvenes y adultos mayores. Ambos, comparten la etiqueta de "excluidos" y "precarios" llegando a esta condición por diferentes factores o causas, por demás heterogéneas y complejas. Así los procesos societales de exclusión y precarización de la vida en sus diferentes dimensiones, nos muestran a dichos grupos, con indicadores e índices distantes, salvo en este que nos compete, a saber el crecimiento constante de la tasa de suicidio. Estos dos grupos presentan características singulares, los jóvenes presentando el crecimiento más importante de en lo que respecta a su tasa de suicidios; en los adultos mayores la tasa ha crecido levemente pero es el grupo de edad que presenta los valores más altos comparándolo con los otros grupos de edad en los últimos treinta años. Por otro lado, ambos siguen compartiendo otro indicador; la política de silencio y la marginalidad sanitaria específica en políticas de prevención.

El capítulo recorre y analiza la situación de uno de los grupos más vulnerables. Los cinco factores mencionados por la literatura, sintetizan de manera fehaciente aquellas causas que van desde lo biológico, pasando por lo psicológicos, familiares y ambientales. Estos muestran diferentes capas, las cuales afectan el tema tanto a nivel individual como familiar y social. Por otro lado en el caso de los adultos mayores se entremezcla el tema suicidio, con uno de los principales cambios o procesos culturales acaecidos en las últimas décadas a nivel social, es este el tema de la muerte. Estos cambios, se resumen en una constante e intensa medicalización de vida cotidiana, concatenado con la marginación de los procesos de bienestar, expropiando el proceso de la muerte a una esfera privada, desacralizando su hecho y por ende produciendo una negación social de la muerte (Cohen, 2007). Configurando así, suicidio-muerte como un hecho médico, psiquiátrico, marginal, imponiendo un doble tabú, tanto a la familia o grupo de allegados al suicida como al resto de la sociedad, en donde es más fácil mirar hacia otro lado u otros indicadores de bienestar social.

Otras de las constantes que recoge el artículo es o son las pérdidas, pérdidas en un sentido amplio, sean estas por el cese de actividades laborales, las pérdidas de cierto bienestar económico, social y cultural, alcanzando las pérdidas de carácter familiar que encierran o alcanzan pérdidas afectivas y emocionales, difíciles de sobrellevar en esta etapa de la vida.

Las diferencias esperadas entre hombres y mujeres se expresan en escasos indicadores, el método es uno de ellos, todo parece indicar que los hombres o adultos mayores hombres, continúan con los métodos más letales y los datos indican que las adultas mayores adquieren estos métodos, con el salto al vacío. Las enfermedades sean estás de carácter físico como psíquico encierran los mayores motivos

encontrados en diferentes testimonios de familiares, amigos directos, así como el análisis preliminar de las notas suicidas que el Grupo esta desarrollando en otras investigaciones. En definitiva es de especial interés focalizar en este grupo etario para desarrollar políticas inclusivas que no necesariamente son de índole económico, pero si sociales y culturales. Esta afirmación cobra real dimensión cuando se conjugan dos hechos, el primero es los valores importantes y el aumento de la tasa de suicidios para este grupo, más de 30 cada 100.000 habitantes (frente a 22 del grupo 25 a 65 años) y en segundo lugar, el crecimiento demográfico de nuestro país indica que para el año 2050 este grupo etario constituirá uno de los principales grupos poblaciones.

Referencias bibliográficas

Baudelot, C. y Establet, R. (2008). *Durkheim y el suicidio.* Buenos Aires, Nueva Visión.

Casado, M. et al. (2012). Importancia de las cartas suicidas en la investigación forense. Cuadernos de Medicina Forense. http://scielo.isciii.es/pdf/cmf/v18n3-4/articulo2.pdf

Ceballos-Espinoza, F. (2013). El suicidio en Chile: Una aproximación al perfil suicida a partir del análisis de notas suicidas. *Estudios policiales, 10*(1), 77-92. Santiago. https://www.aacademica.org/fceballose/2.pdf

Ceballos-Espinoza, F. (2014). *El discurso suicida: Una aproximación al sentido y significado del suicidio basado en el análisis de notas suicidas. Sciences PI Journal.* Ed. 1, artículo 4. Revista electrónica disponible en http://sciences-pi.com/2060329_Articulo--4.html.

Cohen, D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.

Dajas, F.; Hor, F. y Viscardi, N. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Rev Med Uruguay, 10*(2). Montevideo.

Dajas, F., Bailador, P. & Viscardi, N. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. *Rev Med Uruguay, 13*(3). Montevideo.

Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay IV: la situación epidemiológica actual. *Rev Med Uruguay, 17*(1). Montevideo.

Durkheim, É. (2004). *El suicidio.* Buenos Aires, Libertador.

Heuguerot, C. et al. (2015). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. *Ciencia & Saúde Colectiva, 20*(6), 1693-1702.

González, V. H. (2010). Ni siquiera las Flores: El suicidio en el Uruguay. Monografía de grado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo.

González, V. H. (Diciembre 2011). Historia y suicidio en el Uruguay. *Revista Encuentros Uruguayos, V*(1), 57-73. Montevideo.

González, V. H. (2012). Suicidio y precariedad en el Uruguay. En: Rafael Paternain y Álvaro Rico (Coords.) (Eds.), *Inseguridad, Delito y Estado,* pp. 230-242, Montevideo, Trilce.

González, V. H. (2015). *Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002-2010.* Tesis de Maestría en Psicología Social. Montevideo, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud (2008). Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas. Montevideo. Programa Nacional de Salud Mental.

Hein, P. y González, V. H. (2015). Las grietas en el muro: Suicidio en Uruguay. En: *Derechos Humanos en el Uruguay. Informe 2015*. Montevideo. Servicio Paz y Justicia.

Hein, P.; Larrobla, C.; Canetti, A.; Novoa, G. y Durán, M. (2013). Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. *Colección Art.2*. Montevideo, Universidad de la República, CSIC.

Matusevich, D. (Junio-julio-agosto, 2003). Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez. *Revista Argentina de Psiquiatría, XIV*(52). Recuperado de: http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex52.pdf

Matusevich, D. y Pérez Barrero, S. (2009). Suicidio en la vejez. Buenos Aires, Polemos.

Nathan, M. (2011). Envejecimiento poblacional en Uruguay. En: *Detrás de los tres millones. La población uruguaya luego del censo 2011*. Programa de Población. Montevideo, Universidad de la República.

Robertt, P. (1997). *El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico. Informe de Investigación Nº 23*. UdelaR. Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Montevideo.

Vignolo Ballesteros, J. C. (2004). *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. Recuperado de: http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/biblioteca_virtual/Suicidio%20y% 20comportamiento%20humano.pdf.

Szasz, Th. (1999). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Barcelona, Paidós.

Autopsia psicológica: experiencias nacionales aplicadas al estudio del suicidio de niños y adolescentes

Irene García[1], Hugo Rodríguez Almada[2], Alejandro Garbarino[3], Irene Maggi[4], Calíope Ciriacos[5]

I. Introducción

En 2005 se publicaron los primeros resultados de un estudio nacional orientado a conocer las características de niños y adolescentes víctimas de suicido consumado, del acto suicida y de su ambiente (Rodríguez Almada et al., 2005).

Algunos estudios nacionales previos habían brindado información epidemiológica sobre el suicidio en todas las edades (Dajas, 1990, 2001; Viscardi et al., 1994). Otros trabajos se habían enfocado a la ideación suicida en adolescentes (Bailador, 1997).

La bibliografía muestra que el suicidio de niños y adolescentes presenta características particulares, diferentes de las del suicidio de adultos (Pawlak, 1995). Asimismo, el grupo con ideación o con intento suicida no presenta las mismas características que el de los que consumaron el acto suicida (Brent, 1988). Por ello, se hacía necesario un estudio que abordara en forma particular el suicidio consumado de niños y adolescentes que pudiera verificar si sus características se correspondían con las que aparecen descritas en las publicaciones extrajeras.

Un grupo interdisciplinario (psiquiatría pediátrica, epidemiología y medicina legal) realizó un estudio descriptivo de carácter cuantitativo que permitió dar respuesta a algunas interrogantes. La información se obtuvo a partir de la aplicación de la metodología de la autopsia psicológica.

---

1 Profesora Adjunta de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Psiquiatra Forense del Poder Judicial. Miembro de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

2 Profesor Director del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

3 Psicólogo. Magíster en Psicoanálisis. Miembro de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

4 Psicóloga. Miembro de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay.

5 Doctora en Medicina. Magíster en Epidemiología.

Posteriormente, un equipo de psiquiatras pediatras y psicoanalistas, encaró un estudio de carácter cualitativo, a partir de la aplicación de ciertas hipótesis bajo el paradigma de los *Ideal Types* (García Maggi et al., 2016).

En este capítulo presentamos una síntesis de los resultados obtenidos desde ambas miradas.

2. La autopsia psicológica

Se considera que la autopsia psicológica revolucionó el estudio del suicidio, hasta entonces bastante limitado a la información que aparecía registrada en los certificados de defunción de los fallecidos (Robins, 1959). Su aplicación sistemática data de finales de los años 50 en Estados Unidos, aunque está documentado su uso en la investigación de un caso de muerte violenta dudosa en 1947 en Cuba (García Pérez, 2014).

Esta metodología de la autopsia psicológica ya había demostrado ser exitosa para el estudio del suicidio infantojuvenil (Marttunen et al., 1991; Shaffer et al., 1996; Brent et al., 1999).

La autopsia psicológica puede definirse como la reconstrucción de la vida de la persona fallecida, enfatizando aspectos como estilo de vida, personalidad, eventos vitales estresantes, enfermedad mental y comunicación de ideas de muerte, a través de la información recogida mediante la entrevista a personas allegadas y de la revisión de documentos (García Pérez, 1999).

En nuestro país, esta metodología fue usada para la investigación del suicidio, tanto para el estudio de casos forenses (Berro G. et al., 1983; Puppo Bosch, 1986; Puppo Touriz et al., 1982; Rodríguez Almada et al., 2006) como de estudios epidemiológicos (Puppo Bosch, 1981; Lucero et al., 2003).

3. El estudio descriptivo cuantitativo

El estudio inicial se orientó a contribuir a mejorar el conocimiento y a la prevención del suicidio de niños y adolescentes en el país.

Los objetivos fueron realizar la primera experiencia nacional de utilización de la autopsia psicológica para estudiar el suicidio infantojuvenil, describir el perfil y el entorno familiar y social de los fallecidos, conocer las características del acto suicida y comparar los resultados con la literatura extranjera.

Se realizó un estudio de casos comparativo de todas las personas de hasta 19 años de edad que consumaron el acto suicida en Uruguay en el año 2002. A los efectos de su inclusión en el estudio, se consideró que la muerte obedecía a la etio-

logía médico-legal suicida cuando así aparecía registrado en el certificado de defunción o surgía de la indagatoria judicial en los casos inicialmente dudosos.

Los datos se obtuvieron a partir de fuentes documentales y testimoniales, a saber:

a. fuentes documentales: certificados de defunción, actuaciones policiales, médico-legales y judiciales, historia clínica, anotaciones personales y notas suicidas;
b. fuentes testimoniales: entrevistas a familiares, convivientes del fallecido, docentes y profesionales de salud que hubieran tenido vínculo con el fallecido, a través de una entrevista protocolizada semiabierta realizada entre uno y doce meses de la fecha de fallecimiento.

La información judicial se obtuvo en forma autorizada, a través de una disposición de la Suprema Corte de Justicia. Los documentos de carácter personal fueron aportados por los familiares. Los entrevistados consintieron libremente su participación, tras conocer la identidad y especialidad de los entrevistadores, los objetivos del estudio y el plan de publicación de los resultados. Los entrevistadores se comprometieron a preservar las identidades y a realizar un manejo anónimo de la información y los resultados.

Para los diagnósticos retrospectivos de enfermedad mental, los rasgos de personalidad y demás ejes diagnósticos se emplearon los criterios establecidos en el *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.

3.1. Hallazgos del análisis descriptivo cuantitativo

Los 38 suicidios consumados de jóvenes de hasta 19 años en Uruguay en 2002 determinaron una tasa de 7/100-000, similar a la reportada en Estados Unidos.

La edad media en años fue de 17, con un rango de 12-19. La media de los varones fue 17,3 mientras que en las mujeres fue 16,3.

La mayoría fueron varones (0,71), con un índice de masculinidad de 2,45. La preponderancia del sexo masculino y la disminución con la edad de la relación masculino/femenino coincidió con lo reportado internacionalmente (Brent et al., 1999; Platt et al., 1989). Si bien se trata de una población reducida, llamó la atención que en el grupo etario de 10 a 14 años existió un predominio del sexo femenino, situación no encontrada en ningún otro reporte.

La gran mayoría de los suicidios ocurrió en el hogar, coincidiendo con lo mostrado en trabajos extranjeros (Lee et al., 1999). Las dos terceras partes residían en el interior del país. Cuatro de los diecinueve departamentos (Montevideo, Canelones, Rivera y Colonia) concentraron la gran mayoría de los casos (0,71). Más de la cuarta parte vivía en zonas rurales.

La población estudiada pertenecía mayoritariamente a un nivel socioeconómico bajo (0,66), lo cual coincide con lo encontrado en trabajos nacionales anteriores sobre suicidios en la población general. Este dato también concuerda con estudios nacionales previos sobre suicidios en todas las franjas de edad (Dajas, 1990; Lucero, 2003). Sin embargo, posibles eventos vitales estresantes como pérdida o cambio de empleo, o descenso en el nivel de vida, no pudieron ser relacionados con la decisión suicida.

Resultó marcada la baja inserción en el sistema educativo (0,32). Además, se comprobó una inflexión en el rendimiento académico en la mitad de los jóvenes que estaban en el sistema. Un grupo de jóvenes estaba fuera tanto del sistema educativo como del laboral (0,16).

Una parte considerable de la población estudiada profesaba alguna una religión (0,39), incluyendo casos que podrían considerarse próximos al fundamentalismo o fanatismo religioso. Contrariamente, parte de la bibliografía internacional señala que la creencia y el fundamentalismo religioso operan como factores protectores del suicidio (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001).

En ambos sexos el principal método suicida fue el disparo por arma de fuego, al igual que lo publicado en Estados Unidos y a diferencia de los países europeos (Brent et al., Brent 1983; Brent et al. 1993; Boyd et al., 1983; Lee et al., 1999). Resulta significativo que la gran mayoría de las armas de fuego empleadas para el suicidio procedían de los propios hogares, si bien ha sido controvertido que su presencia en los hogares aumente el riesgo de muerte violenta intencional auto o heteroinferida (Loftin et al., 1991; Cummings et al., 1997; Kellermann et al., 1992; Brent et al., 1993)

La ingestión de tóxicos como método suicida, casi exclusivamente femenino, coincide con lo hallado en las bibliografías nacional e internacional, tanto para la población general como para niños y adolescentes (Lucero, 2003; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001).

La frecuencia con que se halló una nota suicida (FR = 0,26) fue más elevada que la que muestra la bibliografía extranjera (O'Donnell et al., 1993; Marttunen et al. 1995). Por otra parte, se reconoció el antecedente de la existencia de uno o más avisos de la intención suicida en casi de la mitad de los casos (0,47), algo menos que en la bibliografía extranjera (0,60) (Marttunen et al., 1995). Debe tomarse en cuenta que en este estudio se aplicó un criterio muy restrictivo: comunicación explícita del deseo de cometer suicidio. Cabe destacar que incluso en aquellos casos en que los allegados reconocieron la existencia de uno o más avisos previos, el suicidio fue catalogado como "inesperado" por la gran mayoría de los entrevistados (0,89).

La frecuencia del antecedente de uno o más intentos de suicidio previos (0,31) y su predominio en las mujeres frente a los varones (0,54/0,22) es coincidente con lo encontrado en estudios internacionales (Shaffer et al., 1996; Shaffer et al., 1999; Brent et al., 1999). Se trata de uno de los principales factores de riesgo en la mujeres y el principal factor predictivo para los varones (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001).

El análisis retrospectivo multiaxial mostró que la gran mayoría de los casos (0,79 del total y 0,88 de los casos en que se obtuvo información completa) presentaban patología psiquiátrica preexistente en los Ejes I y/o II del DSM-IV, lo que concuerda con estudios europeos y estadounidenses (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Marttunen et al., 1991; Schaffer et al. 1996; Brent et al., 1999; Garrison et al., 1991). Las patologías más frecuentes dentro del Eje I (trastornos del humor, consumo de sustancias y trastornos por ansiedad) son las mismas que reportan los referidos estudios. Esta alta prevalencia resulta aun más significativa si se toma en cuenta que en los diagnósticos psiquiátricos retrospectivos mediante la autopsia psicológica, la información aportada por los allegados tiende a minimizar los síntomas de patología psiquiátrica y, particularmente, la depresión y el abuso de sustancias.

El análisis del eje IV (problemas ambientales y psicosociales) mostró que en casi todos los casos (0,97) existieron uno o varios eventos vitales estresantes (media de 3,8) previos al suicidio. Los más frecuentes fueron la violencia intrafamiliar (0,47), los cambios de domicilio, la separación de los padres, la ruptura de pareja o la falta de correspondencia afectiva y el suicidio de una persona allegada. Si se toma en cuenta los ocurridos dentro del mes previo al suicidio, predominaron las separaciones de pareja o falta de correspondencia afectiva, seguidos por los cambios de domicilio, los problemas con la ley y desavenencias con los padres. La asociación encontrada de suicidio con eventos vitales estresantes vinculados a las relaciones interpersonales coincide con lo señalado en estudios previos (Garrison et al., 1991; Gould et al., 1996). Algunos autores sostienen que estos eventos vitales estresantes raramente son causa suficiente para el suicidio, pero que actúan como precipitantes en jóvenes susceptibles (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2001; Gould et al., 1996).

El estudio mostró un sorprendentemente bajo índice de consulta médica y/o psiquiátrica o psicológica en el mes y año previos al suicidio, lo que es discordante con otros estudios (Marttunen et al., 1995). Sólo en cinco casos (0,13) existió consulta médica en el mes anterior al suicidio. La gran mayoría de los jóvenes (0,79) no estaba bajo tratamiento psiquiátrico o psicológico al momento del suicidio. En los cuatro casos en que hubo consulta (0,10), la autopsia psicológica reveló que cursaban depresión, pero sólo en uno de los cuatro se había hecho este diagnóstico y se instituyó tratamiento farmacológico antidepresivo.

3.2. Principales conclusiones

La autopsia psicológica confirmó ser una metodología útil para el estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. La experiencia permitió destacar la amplia colaboración prestada por los padres y allegados de los niños y adolescentes fallecidos. En un sólo caso los padres desistieron de ser entrevistados, pero dirigieron a los investigadores a otros allegados que aportaron información relevante.

Los resultados logrados confirmaron en términos generales la información que habían aportado los principales estudios extranjeros sobre el tema.

Las siguientes son las diferencias halladas con las publicaciones de referencia:

a. La feminización encontrada dentro de la población suicida más joven.
b. El elevado porcentaje de casos que no estaban insertos en el sistema educativo o laboral.
c. La baja frecuencia de consulta psiquiátrica o psicológica, en discordancia con la elevada frecuencia de patología psiquiátrica, avisos de intención suicida e intentos de suicidio previos.
d. La mayoría de los casos que estaba bajo consulta de salud mental no recibía tratamiento antidepresivo.

4. Estudio exploratorio cualitativo

Con posterioridad a la publicación del estudio descriptivo (Rodríguez Almada et al., 2005) se decidió encarar una nueva perspectiva de la investigación, a modo de estudio exploratorio cualitativo de niños y adolescentes suicidas a partir del discurso de sus madres (García Maggi et al., 2016).

El análisis epidemiológico de la información obtenida, bajo una mirada descriptiva-cuantitativa, resultó relevante y enriquecedor como aporte a la planificación de políticas de prevención. Sin embargo, ni la comprensión en profundidad acerca de los mecanismos psíquicos implicados ni la psicopatología subyacente pueden ser comprehensivamente abordados bajo esa exclusiva mirada. La investigación cualitativa en psicoanálisis se revela particularmente rica en este sentido.

La investigación cualitativa se ha definido como aquella que produce hallazgos, a los que no se llega por procedimientos estadísticos u otras formas de cuantificación, y que se caracteriza por tres componentes básicos: a) los datos pueden provenir de numerosas fuentes, como entrevistas, observaciones, documentos, filmaciones o grabaciones; b) los procedimientos de interpretación y organización de los datos consisten en conceptualizaciones y reducciones de ellos, elaborando categorías en función de sus propiedades y dimensiones; c) otros procedimientos

son parte del proceso analítico, como el muestreo no estadístico y la presentación verbal y escrita de los reportes (Strauss et al., 1998).

Se empleó la metodología de los *Ideal Types*, categoría introducida inicialmente por Max Weber a principios del siglo XX y desarrollada posteriormente por Gerhardt (Gerhardt, 1994). Según esta autora, la aproximación biográfico-tipológica permite extraer conclusiones generales o aspectos especiales de varios casos a partir de historias individuales sin sacrificar los elementos que los hacen únicos. La aproximación biográfica de tipo ideal implica vincular en forma sistemática diversas dimensiones presentes en cada caso individual. Un caso individual da cuenta de una historia típica, representa una estructura típica y, a su vez, la trasciende. El *Ideal Type* es una generalización y una hipótesis que, en conjunción con la experiencia, puede formar la base para una interpretación que da sentido a los detalles biográficos (Wachholz et al., 1999).

Los objetivos del estudio fueron: conocer la representación materna de los niños y adolescentes suicidas y del vínculo con sus padres, a través del discurso de la madre; y construir una tipología sistemática cualitativa, por comprensión, a partir de la representación materna del adolescente suicida y del vínculo entre ambos, siguiendo la metodología cualitativa de los *Ideal Types*.

Se estudió una muestra de conveniencia conformada por los quince casos en que se dispuso del conjunto de la información necesaria y se accedió a la entrevista con la madre. El grupo incluyó jóvenes de ambos sexos, con un rango de edad entre 11 y 19 años.

Se analizaron notas suicidas y otros escritos personales y se realizaron entrevistas protocolizadas semiabiertas a las madres de los fallecidos, que fueron registradas textualmente por escrito y se audiograbaron para su posterior análisis.

La entrevista se diseñó de forma tal de obtener un discurso de la madre lo más libre posible acerca de su representación del hijo, el transcurso de los primeros tiempos de vida, el vínculo con sus padres, las características del acto suicida, el estado mental del joven previo a consumarlo y la dinámica familiar. Cada una de las entrevistas fue escuchada, analizada y clasificada por tres investigadores en forma individual y luego discutida y reclasificada en el grupo.

Se clasificaron los casos estudiados a partir de una combinación de características surgidas del análisis de los casos individuales, según la metodología de los *Ideal Types*. A partir de la escucha abierta de casos al azar, se describen características significativas, que se agrupan en una lista. Se seleccionan los casos típicos o paradigmáticos que mejor representan una combinación de características. Éstos actúan como puntos de orientación para comparar con el resto de los casos. Cada

caso óptimo actúa como punto de cristalización alrededor del cual se forman los *clústers*, agrupando aquellos que comparten características similares.

Se diseñó una planilla para clasificar la información de acuerdo a las siguientes variables:

a. Representación del hijo en la mente de la madre. Se investigó la representación del hijo en la mente de la madre en una continuidad existencial. Se tomó en cuenta la presencia: contradicciones en el relato, recuerdo de datos relevantes sobre el hijo, inconsistencias en su descripción, capacidad de historizar y establecer hipótesis mentales y lazos causales y la respuesta emocional en relación al contenido del discurso. La asociación de un relato materno con fallas en la capacidad de dar cuenta de una representación mental del hijo en una continuidad y la tonalidad afectiva no acorde a su contenido fue definida como "discontinuidad de la representación del hijo en la madre".
b. Problemas en el origen. Se pesquisó la existencia de eventos traumáticos durante el embarazo, parto y primeros tiempos de vida. Se definieron "problemas en el origen" por la existencia de conflictos relevantes que marcaron el vínculo con la madre en los inicios.
c. Proceso de separación. Se investigó la existencia de dificultades o fallas en el proceso de separación e individuación en la infancia y adolescencia.
d. Representación del padre en el discurso de la madre. Se analizó la representación materna del padre y la presencia de éste a lo largo del trayecto vital del joven.
e. Entorno patógeno. Se determinaron, a partir de diversas características de la constelación familiar y social, patología psiquiátrica u orgánica grave, suicidios, adicciones, violencia doméstica, conflictos con la ley y marginalidad.

Se siguieron las mismas normas éticas ya referidas.

4.I. Resultados del estudio exploratorio cualitativo

Los avisos suicidas a familiares y próximos tomaron distintas formas: explicitación directa de la intención de darse muerte; manifestación del deseo de muerte (ejemplo: "*Qué lindo ese eucaliptus para colgarse*"); despedida (ejemplo: "*Cuidá mucho a tus hijos. Yo por donde vaya no sé si vuelvo*"); juegos reiterados donde se reproduce la situación de muerte con importante riesgo vital (ejemplo: ponerse una bolsa de nylon en la cabeza o escenificar con una cuerda el ahorcamiento); expresión de los deseos de muerte en diarios íntimos.

En seis de los casos se encontró sintomatología clínica altamente sugestiva de un trastorno del estado de ánimo, bajo forma de un trastorno depresivo mayor o

distimia en curso al momento de la muerte. En un caso se trataba probablemente de un trastorno bipolar con un episodio depresivo mayor en curso. Tres jóvenes presentaban sintomatología depresiva bajo forma de episodios breves e intensos. En los restantes seis casos no se hallaron elementos clínicos que permitieran plantear el diagnóstico de depresión en forma retrospectiva.

Solamente dos jóvenes estaban bajo tratamiento. Un adolescente estaba en control por psiquiatra al momento del suicidio y recibía tratamiento farmacológico y psicoterapia; era portador de esquizofrenia y era conocido su alto riesgo suicida. Una adolescente con trastorno histriónico de la personalidad se encontraba en psicoterapia; en este caso se había desestimado el riesgo suicida. El resto de los jóvenes suicidas (0,86) no recibía ningún tipo de abordaje terapéutico.

4.2. Ideal Types

Los *Ideal Types* se definieron de acuerdo a cinco dimensiones: características del discurso materno, psicopatología, presencia del padre, entorno patógeno y problemas en el origen.

A partir de los casos paradigmáticos se agruparon tres poblaciones claramente diferenciadas.

a. *Clúster 1. Histriónico.* Trastorno histriónico con vulnerabilidad narcisista. Continuidad de la representación del hijo en la madre. Padre presente. Sin entorno patógeno. Sin problemas en el origen.
b. *Clúster 2. Psicótico.* Cuadros psicóticos. Continuidad de la representación del hijo en la madre. Padre presente. Sin entorno patógeno. Sin problemas en el origen.
c. *Clúster 3. Multidimensional*. Predominancia de patología psiquiátrica materna. Discontinuidad de la representación del hijo en la madre. Padre ausente, violencia, alcoholismo. Entorno patógeno. Problemas en el origen. Acentuados rasgos de personalidad del tipo B. El discurso de la madre no permite definirlo con precisión.

4.3. Conclusiones del estudio exploratorio cualitativo

Los avisos suicidas toman distintas formas. En los de menor edad, se observa una tendencia a la puesta en acto a través de la escenificación de su muerte en "juegos" con riesgo de vida.

Las vivencias depresivas previas al gesto suicida adquieren la forma de trastornos del estado de ánimo o de momentos depresivos breves e intensos.

La mayoría de los jóvenes no estaba en tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico al momento de su muerte. Se mantiene la discrepancia hallada en el estudio previo del año 2002 entre la alta tasa de sintomatología y avisos suicidas y la baja prevalencia de consulta psiquiátrica (Rodríguez Almada et al., 2005).

Se evidenció que la población estudiada no presentaba un patrón común que permitiera explicar el conjunto de las situaciones. El análisis de las cinco dimensiones investigadas permitió definir tres poblaciones tipo con características claramente diferenciadas.

La metodología cualitativa empleada aporta mayor profundidad a los estudios mediante la autopsia psicológica. El análisis del discurso de la madre puede proveer información útil en cuanto a las características del vínculo madre-adolescente suicida.

No es posible definir un único patrón vincular padres-adolescentes suicidas. En un grupo considerable es posible pensar que una constelación de factores vinculados al origen. Los primeros tiempos de vida y el funcionamiento materno, promueven organizaciones de la personalidad frágiles con tendencia a la actuación y alto riesgo suicida.

Las políticas de prevención del suicidio infantojuvenil tienen el desafío de tomar en cuenta los diferentes *Ideal Types* descritos.

Referencias bibliográficas

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolsc Psychiatry, 40*(Suppl 7):24S-51S.

Bailador, P.; Viscardi, N. y Dajas, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes en Montevideo. *Rev Med Uruguay; 13*:231-223.

Berro, G.; Puppo, Bosch, D. y Soiza, A. (1983). Suicidio esquizofrénico (a propósito de una inusual observación). *Revista de Psiquiatría del Uruguay,* 48:192-202.

Boyd, J. H. & Moscicki, E. K. (1986). Firearms and youth suicide. *Am J Public Health, 76*,1240-1242.

Brent, D. A.; Perper, J. A. & Allman, C. J. (1987). Alcohol, firearms, and suicide among youth: temporal trends in Allegheny County, Pennsylvania, 1960 to 1983. *JAMA, 257*, 3369-3372.

Brent, D. A.; Perper, J. A. & Goldstein, C. E. (1988). Risk factors for adolescent suicide: a comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry, 45,* 581-588.

Brent, D. A.; Perper, J.; Moritz, G.; Baugher, M. & Allman, C. (1993). Suicide in adolescents with no apparent psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35*:494-500.

Brent, D. A.; Perper, J. A.; Moritz, G.; Baugher, M.; Schweers, J. & Roth, C. (1993). Firearms and adolescent suicide: a community case-control study. *Am J Dis Child, 147*:1066-1071.

Brent, D. A.; Baugher, M.; Bridge, J.; Chen, T. & Chiappetta, L. (1999). Age-and sex-related risk factors for adolescent suicide. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 2001; *38*:1497-1505.

Cummings, P.; Grossman, D. C.; Rivara, F. P. & Koepsell, T. D. (1997). State gun safe storage laws and child mortality due to firearms. *JAMA, 278*:1084-1086.

Dajas, F. (1990). Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev Med Uruguay*, 6:203-215.

Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV. La situación epidemiológica actual. *Rev Med Uruguay, 17*:24-32.

García Maggi, I.; Garbarino A.; Maggi, I. y Rodríguez Almada, H. (2016). Suicidio de niños y adolescentes: estudio exploratorio de *Ideal Types* a partir del discurso materno. Gaceta Internacional de Ciencias Forenses; 21: 9

García Pérez, T. (1999). La autopsia psicológica en las muertes violentas. *Rev Esp Med Leg, XXIII*(86-87):75-82.

García Pérez, T. (2104). *La autopsia psicológica. ¿Suidio u homicidio?* La Habana, Ed. Científico-Técnica.

Lee, C.; Collins, K. & Burguess, S. (1999). Suicide under the Age of Eigteen: A 10-Year Retrospective Study. *Am J Forensic Med Pathol, 20*(1):27-30.

Garrison, C. Z.; Jackson, K. L.; Addy, L.; McKeown, R. E. & Waller, J. L. (1991). Suicidal behavior in young adolescents. *Am J Epidemiol, 133*(10):1005-1014.

Gerhardt, U. (1994). "Ideal Type" and the Construction of the life course. A new look at the Micro-Macro Link. En: A. Weymann & W. R. Heinz (Eds.), *Society and Biography,* Weinheim, Deutsch Studies Verlag, 21-50.

Gould, M. S.; Fisher, P.; Parides, M.; Flory, M. & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry, 53*(12):1155-1162.

Kellermann, A. L.; Rivara, F. P. & Somes, G. (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Engl J Med, 327*:467-472.

Lee, C. J.; Collins, K. A. & Burgues, S. E. (1999). Suicide under the age of eigteen: a 10-Year retrospective study. *Am J Forensic Med Pathol*, *20*(1):27-30.

Loftin, C.; McDowall, D.; Wiersema, B. & Cottey, T. J. (1991). Effects of restrictive licensing of handguns on homicide and suicide in the District of Columbia. *N Engl J Med, 325:*1615-1620.

Lucero, R.; Díaz, N. y Villalba, L. (2003). Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Rev Psiq Urug*, *67*(1):5-20.

Marttunen, M. J.; Hillevi, M. A.; Henrikkson, M. M. & Lonnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM III-R Axes I and II Diagnoses in suicides among 13 to 19 years-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry, 48*:834-839.

Marttunen, M.; Hillevi, A.; Markus, H. & Jouko, L. (1995). Le suicide des adolescents en Finlande. En: F. Ladame, J. Ottino, C. Pawlak: *Adolescence et suicide.* Masson, París; 39-46.

O'Donnell, I.; Farmer, R. & Catalan, J. (1993). Suicide notes. *Br J Psychiatry, 63*:45-48.

Pawlak, C. (1995). De l'individu au collectig: l'épidémiologie des conduites suicidares. In: Ladame, F.; Ottino, J.; Pawlak, C.: *Adolescence et suicide.* París, Masson: 1-17.

Platt, S.; Bille-Brahe, U.; Kerkhof, A.; Schmidtke, A.; Bjerke, T.; Crepet, P. ... Sampaio-Faria J. G. (1992). Parasuicide in Europe: The WHO/Euro multicentre study on parasuicide. I. Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychaitr. Scand, 85*:97-104.

Puppo Touriz, H.; Berro, G.; Soiza, A. y Puppo, D. (1982). Diagnóstico médicolegal del suicidio. Empleo de una metodología confiable. *Rev Psiq Urug, 47*:1944-2202.

Puppo Bosch, D. (1981). Autopsia psicológica de 50 suicidios. *Rev Psiqu Urug, 46*:111-118.

Puppo Bosch, D.; Soiza, A.; Georgieff, L. y Puppo Touriz, H. (1986). Estudio multisdisciplinario de un suicidio. *Rev Psiquiatr Urug, 51*:23-32.

Robins, E. R.; Murphy, G. E.; Wilkinson, R. H.; Gassner, S. & Kayes, J. (1959). Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study 134 successful suicides. *Am J Public Health, 49*:888-899.

Rodríguez Almada, H.; Irene García, M. y Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Rev Med Uruguay, 21*:141-150.

Rodríguez Almada, H.; Sarkissian, P. y Olivera, J. (2006). *Rev Psiquiatr Urug, 70*(1):47-52.

Shaffer, D.; Gould, M. S.; Fisher, P.; Trautman, P.; Moreau, D.; Kleinman, M. & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry, 53*:339-348.

Shaffer, D. & Craft, L. (1999). Methods of adolescent suicide prevention. *J Clin Psychiatry, 60*(suppl 2):70-74.

Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basic considerations in Basics of Qualitative Research. Techniques and procedures for developing grounded theory.* San Jose CA; Sage.

Viscardi, N.; Hor, F. y Dajas, F. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. *Rev Med Uruguay, 10*:79-91.

Wachholz, S. & Stuhr, U. (1999). The concept of Ideal types in Psychoanalytic follow-up research. *Psychoterapy Research, 9*(3):327-341.

Cuídate de ti mismo

Pablo Hein - Leticia Rodríguez

Resumen. El fenómeno del suicidio es un tema por demás controvertido. Más allá de todas las cifras, el mero hecho de quitarse la vida, como la muerte misma, genera, por un lado, un manto de silencio y, por otro, falsas interpretaciones psicosociales que devienen en una mirada poco realista. El artículo recorre el tema con una perspectiva de "género" pasando por las estadísticas nacionales, para centrar su mirada en unas de las escasas evidencias históricas y constantes que tiene el tema tanto a nivel nacional, como internacional que es la marcada diferencia de género en este tema.

Introducción general

En las sociedades occidentales la muerte y el suicidio aún son temas tabú. Una de las causas señaladas en la literatura sobre la temática es que éstos constituyen fenómenos que en parte interrogan y cuestionan indirectamente a todos los indicadores de bienestar humano y supone, entre otras cuestiones, dos ataques centrales al ser humano, el derecho a vivir y la tematización de la propia muerte (Cohen, 1997).

Otros autores sostienen que a la sociedad en su conjunto le resulta más fácil "mirar hacia el costado", para no verse reflejada en ese espejo que devuelve una imagen de desdicha, estigma e incomprensión social (Pérez, 2011).

Es por eso que en círculos más cercanos o inmediatos reproducimos interpretaciones esquivas, culpabilizando en gran parte a los círculos más cercanos del suicida, como son la familia, sus amigos o compañeros. En concreto, cerramos y ponemos un manto al hecho concluyendo que son individuos extremos, que cometen un acto extremo, provocándonos un pacto de silencio que a veces se torna aterrador e inexplicable.

Hoy día vivimos en sociedades donde los valores o las metas están impuestos o construidos por valores sociales, culturales y económicos, que se presentan en principio como de fácil acceso en un mundo donde prevalece la libertad individual y donde todo es posible, bajo los vientos cálidos del capitalismo. Es así que lo material, la competencia individual, sea esta profesional o laboral, la doctrina de que todo se puede bajo la consigna del todo vale y los modelos de superación constante,

generan como contrapartida exigencias individuales que pueden terminar en distorsiones, frustraciones, procesos de precariedad o pérdida en el más amplio sentido. Estos tópicos pueden, de alguna manera, directa o indirectamente, contribuir en parte a la explicación de nuestro fenómeno.

El presente artículo tiene como eje central evidenciar tal vez la única verdad que no se discute a nivel social, sobre la temática: es la férrea y constante diferencia entre hombres y mujeres que cometen dicho acto para poner fin a sus vidas. La mirada se centra en esta evidencia, primero determinando diferencias mediante los datos estadísticos y luego se plantea una hipótesis que trate de dar cuenta de estas diferencias.

Los diversos estudios internacionales en materia de epidemiología o demografía desarrollan un denominador común que es la coincidencia en una mayor prevalencia de suicidios consumados en el género masculino frente al femenino. En Latinoamérica la relación entre ambos es de 4-1, en Europa a nivel general es de 3,4-1, siendo los países asiáticos donde esta relación tiende a emparejarse con un 2-1. El único país que registra más muertes femeninas que masculinas, es China, alcanzando el doble de mujeres que de hombres.

Por género se entiende a ciertos atributos socioculturales asignados a las personas *"…una construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social. La diferencia de género no es un rasgo biológico, sino una construcción mental y sociocultural que se ha elaborado históricamente. Por lo tanto, género no es equivalente a sexo; el primer término se refiere a una categoría sociológica y el segundo a una categoría biológica*" ("Lo que entendemos por género" en http://www.ucm.es/info/especulo/cajetin/leygener.html).

Por otro lado, más allá de las evidencias de los datos, se plantean a nivel regional o internacional diversas investigaciones en donde se esgrimen las más diversas teorías, entre las que destacan aquellas asociadas a los roles de paternidad del hombre y, ante eventos desfavorables, uno de los caminos es la autoeliminación (Pérez, J. C., 2011; Corpas, J. M. 2011). Otros señalan fenómenos o interpretaciones a partir de la integración social y familiar, esgrimiendo o asignando roles de protector al hombre, frente a la mujer y, ante eventos adversos, éstos comenten suicidio (González, V., 2010). Otras teorías están más asociadas a cuestiones epidemiológicas, como ser el abuso de sustancias y/o drogas que se da con mayor prevalencia entre hombres que en mujeres, teniendo los primeros mayor probabilidad de consumos problemáticos (Porcíuncula, H., 2016). Por último, aquellas teorías que vienen o se desarrollan en terrenos de cohorte psicológico, como la mayor represión del ego y la baja autoestima que tienen los hombres y los roles socioculturales que de ellos se espera (Pérez, 2011; Corpas, 2011).

En este sentido, las explicaciones asociadas a la psiquiatría o a la neuropsiquiatría, plantean las diferencias en los neurotransmisores y los componentes de serotoninas encontradas en hombres y mujeres.

En definitiva hombres y mujeres acarrean miradas, estigmas, roles y expectativas, no solo en el desenvolvimiento social, cultural y económico, sino que éstos intervienen en las interpretaciones posteriores del suicidio. Pero las preguntas que podrían aquejarnos, más allá de los datos, son ¿qué diferencias culturales y estructurales existen entre sexos en relación a este tema? ¿Qué determina que los varones consumen el acto suicida en una relación tan superior a la observada en la población femenina? ¿La efectividad masculina en este acto no será acaso la materialización efectiva y final de la asignación de roles? ¿Será que existe un conjunto no menor de hombres que encuentran su sexualidad asociada a lados más femeninos y por ende no soportan el estigma social? Por ende ¿el universo simbólico, cultural de los hombres es aun más determinante y por tanto proclive a dichos actos? ¿La aparición de nuevas "figuras" que no se adecuan a los roles socialmente aceptados determinan dicho acto? ¿No será el último reforzamiento de la valentía y el machismo socialmente construido que determina en parte este acto? ¿No será que el hombre no encuentra los mecanismos o vías para expresar sus emociones o que, aun más drástico, el hombre no puede o no debe expresar sus emociones y deficiencias y en definitiva recurrir a una ayuda de carácter emocional?

En concreto podemos afirmar que, desde una perspectiva de género, el suicidio es un hecho social, que afecta de forma diferencial a mujeres y varones. Esta diferencia sostenida y mundialmente homogénea, es consecuencia de las diferentes expectativas sociales que enfrentan mujeres y varones y que están determinadas por una matriz diferencial, en la cual los roles están socialmente determinados según la construcción social en torno al sexo. En ella el varón debe protección, provisión y sustento.

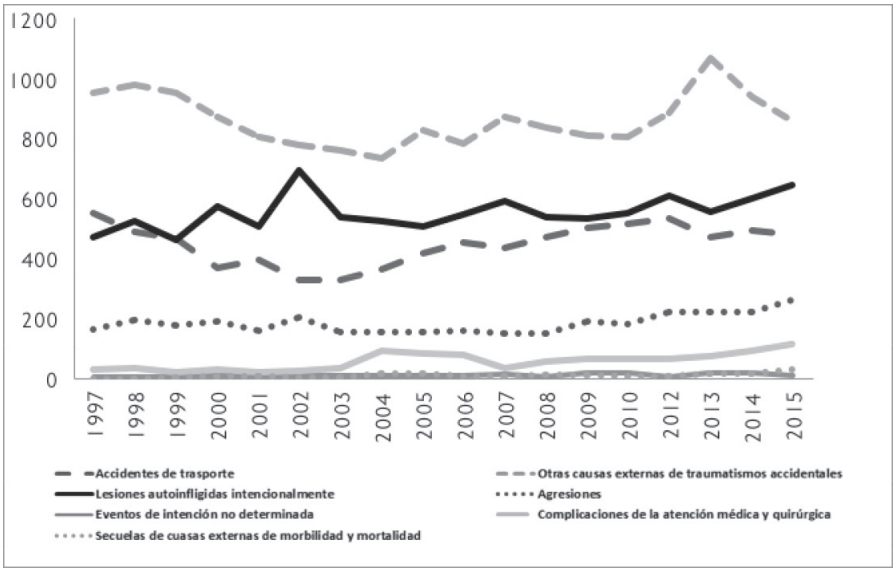
Como sostiene Rosado Millán: *"El rol de la masculinidad viene determinado, por un lado, por los atributos que definen lo que debe ser un hombre: fuerte, competitivo, valiente y racional; y por otro, por las funciones que se encuentran socialmente atribuidas primordialmente a los varones, que son las relativas a la provisión de recursos necesarios para la vida y a la protección hacia uno mismo y hacia los demás"* (Rosado Millán, 2011).

En consonancia –y no menos desestimable– está la idea planteada por Gilmore en 1994, con relación a la masculinidad, que define al hombre por un compendio de tres "P" protector, preñador y proveedor, tres P que determinan en gran medida, presiones sociales, culturales y económicas que confluyen en presiones competitivas a las que se ven sometidos los hombres para alcanzar y sostener objetivos con-

cretos, determinando por un lado a que el fracaso sea percibido como una derrota y, por ende, factor de ocultamiento y presión social.

A continuación se realiza un análisis descriptivo de los suicidios según sexo, se pone de manifiesto el impacto de la mortalidad por esta causa de muerte en la sociedad uruguaya en términos cuantitativos y se discuten brevemente las diferencias según sexo en el método empleado.

Gráfica N° 1. Causas de muerte externa en números absolutos. Uruguay, 1997-2014[1]



Elaboración propia con base a datos del Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales.

Como lo indica la gráfica, desde hace más de una década, los suicidios son la principal causa de muerte externa en nuestro territorio nacional luego de otros traumatismos accidentales, triplicando a los homicidios y superando en casi todos los años a las muertes por causas de accidentes de tránsito. Mueren de 6 a 7 personas por día por causas externas de muerte, de ese total entre 1 y 2 personas por día cometen suicidio. Más de la mitad de las muertes por causas externas (56,1% en 2015) ocurren en población menor de 60 años por lo que el impacto en años de

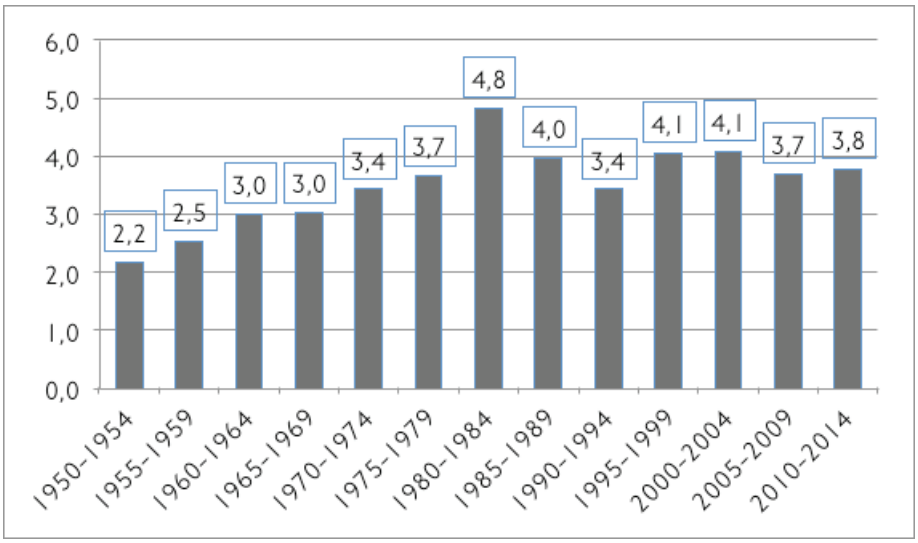
1 Es importante aclarar que los datos que emergen se construyeron con las bases de datos de Grupo de Comprensión y Prevención, que tienen como base las estadísticas vitales del Ministerio de Salud, salvo para el año 2011 donde la base se nutre de las estadísticas generadas por el Grupo a partir de las Novedades del SGSP del Ministerio de Interior, ya que el Ministerio de Salud para dicho año no presenta microdatos.

vida perdidos por esta causa es preocupante en nuestra sociedad. Sobre todo porque se trata de muertes prevenibles y evitables.

Suicidio y cifras en el Uruguay de hoy: un suicidio cada 14 horas

Para comenzar el "análisis" se presenta la gráfica Nº 2, que explicita desde el año 1950 la razón de entre las tasas de los hombres y mujeres. En este sentido la gráfica representa la tendencia histórica desde 1950 hasta 2014, de la cantidad de suicidios masculinos por cada suicidio femenino. Al comienzo de la serie, en el período 1950-1954 la tasa de suicidio masculina se situaba en 16,0 y la femenina 7,4 significando una razón de 2,2 suicidios masculinos por cada suicidio femenino. En toda la serie se puede observar la tendencia al aumento en la razón de sexos, alcanzando 4 suicidios masculinos por cada suicidio femenino a partir de 1980 y se mantiene hasta el final de la serie. Mientras que la tasa femenina osciló durante el período 1950 a 2014 en torno a 4 a 7 suicidios femeninos por cada 100.000 mujeres, la masculina lo hizo en torno a valores entre 3 y 4 veces superiores (16 a 27).

Gráfica N° 2. Razón de tasas masculina sobre femenina.
Uruguay 1950-2014

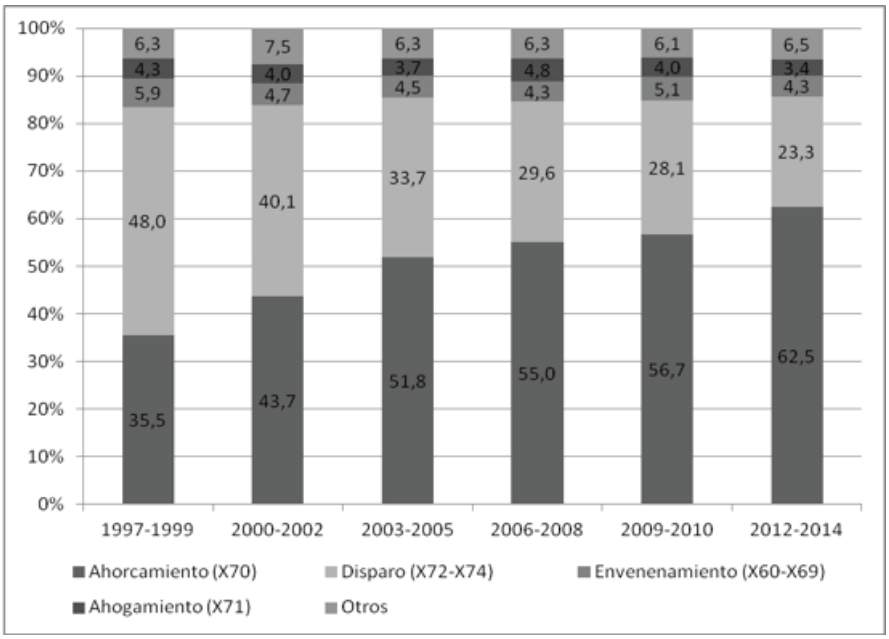


Elaboración propia con base a datos del Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales.

Uno de los datos más relevantes en la materia en los últimos años en nuestro país es el cambio del método más utilizado a la hora de consumar el acto. Al observar el gráfico 3, se verifica que existe un aumento del peso relativo que tiene

el ahorcamiento como método empleado en el total de suicidios, cuyo porcentaje pasó de ser de 35,5% en el trienio 1997-1999 a 62,5% en el trienio 2012-2014. Es posible que este aumento se haya dado a expensas del descenso en el peso del método con disparo de arma de fuego, cuyo peso relativo ha disminuido a la mitad durante el período 1997-2014. Respecto al aporte porcentual que han tenido los métodos de envenenamiento, ahogamiento y otros, se observa una tendencia que oscila entre 4 y 5%, 4 y 6%.

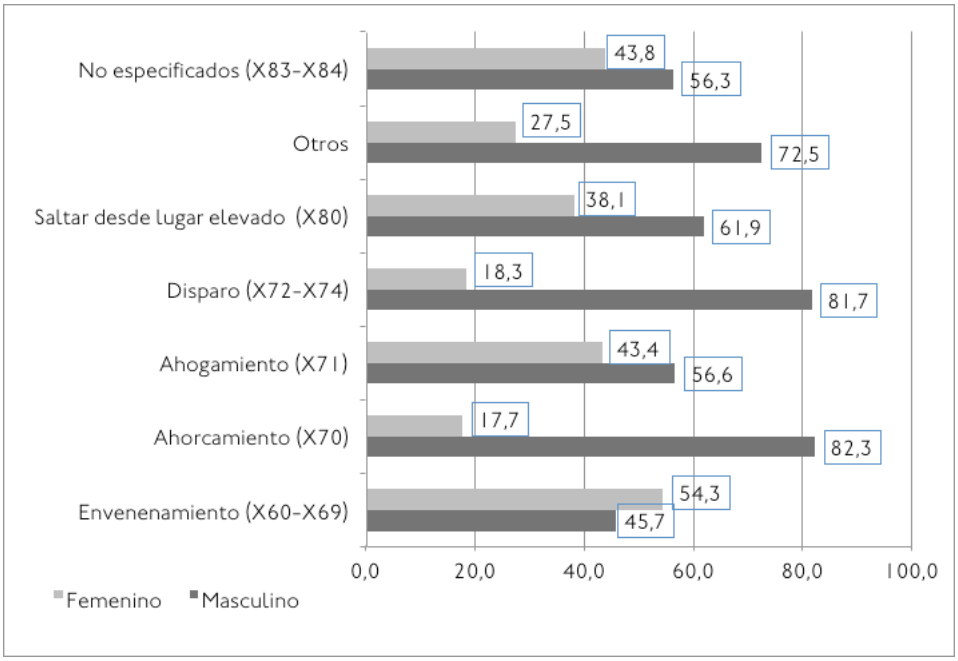
Gráfica N° 3. Defunciones ocurridas por lesiones autoinfligidas intencionalmente según método empleado (%). Uruguay 1997-2014



Elaboración propia con base a datos del Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales.

Uno de los indicadores que reviste mayor diferencia, tanto en nuestro país como en resto del mundo, es el método empleado según el sexo. La literatura internacional señala que mientras que los hombres utilizan métodos más letales y violentos, como ser el ahorcamiento y las armas de fuego, las mujeres prefieren la ingesta de tóxicos o pastillas –es decir el envenenamiento– y el salto desde un lugar elevado.

Gráfica N° 4. Suicidios según sexo y método empleado en porcentaje. Uruguay, 2012-2015



Elaboración propia con base a datos del Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales.

En nuestro país se mantienen dichas tendencias, como se observa en el gráfico 4, los métodos ahorcamiento y disparo de arma de fuego son predominantemente elegidos por el sexo masculino. Así, del total de suicidios cuyo método empleado fue el ahorcamiento para el período 2012-2014, 82,3% fueron varones. Del total de suicidios cuyo método empleado fue el disparo de arma de fuego para el período 2012-2014, 81,7% fueron varones. El salto desde un lugar elevado también fue de preferencia del sexo masculino sobre el femenino (61,9%). El envenenamiento fue el método empleado predominantemente entre la población femenina (54,3%).

Breves conclusiones

Se han analizado las principales causas de suicidio y su relación con la masculinidad. Existe una relación importante entre algunas causas de suicidio y el rol de la masculinidad que bien se pueden enumerar entre aquellas como las adicciones, y su consumo problemático, tanto de alcohol como de drogas. Por otro lado, no menos importante en nuestra sociedad es el tema de la violencia de género, que en algunos casos analizados por el Grupo se percibe que, luego de ejercer la violencia

de género, los hombres culminan estos actos de violencia contra sí mismos, determinando el suicidio. Esta cadena de hechos violentos en la literatura internacional se la etiqueta como "suicidio terrorista". Es aquel que tiene lugar después de episodios de violencia de género, en los que los protagonistas son mayoritariamente hombres. Otro conjunto de hipótesis es que están asociados a los roles dominantes y patriarcales de nuestra sociedad. Aquí se observa que es el hombre quien deja de proveer la manutención económica, del hogar (función de proveedor) y, por ende, se siente desplazado de sus roles sociales "esperables", repercutiendo en sus diferentes estados emocionales o psicológicos. El segundo grupo de hipótesis encierra aquellas cuestiones que tienen su sustento en la sexualidad (la mayoría de las veces homosexualidad) en las cuales más allá de todas las leyes aprobadas, al hombre le cuesta aceptarse, ser aceptado y por lo tanto situarse en estos roles o comportamientos, no sucediendo lo mismo con las mujeres. Se percibe que estos suicidios se producen fundamentalmente en edades tempranas. Por último, aquellos asociados a los divorcios o separaciones matrimoniales (leídas como abandonos), en los cuales el hombre siente la incapacidad de afrontar una nueva vida en sociedad, desde la soledad, que puede ser interpretada por el resto de los hombres como una falta de hombría. Algunos analistas lo ven como un desamparo y una dificultad que tienen los hombres a expresar o exteriorizar sus sentimientos frente a otros, considerándolos como debilidad. Por ende, los hechos de depresión pueden no ser detectados a tiempo con mayor probabilidad entre los hombres que las mujeres (Addis, 2011; Rosado, 2011).

Como se describió brevemente, la violencia también está relacionada con los métodos de suicidio utilizados por los hombres, éstos son más letales, más violentos y desgarradores.

Por último es importante remarcar que en nuestro país existen más datos desde la perspectiva médico-psicológica-epidemiológica que nos inclinan a pensar de que el suicidio es una cuestión de enfermedad psíquica, pero entendemos que también es el resultado de muchas condicionantes sociales, culturales y económicas, generadas por los estereotipos de género que logran trascender e instaurarse en el individuo y, por ende, en la sociedad.

Referencias bibliográficas

Addis, M. E. (2011). *Invisible Men. Men's inner lives and the consequences of silence*. Times Books.

Connell, R. (1995). Masculinities. Berkeley: University of California Press.

Connell, R. W. (2005). Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept. *Gender & Society*; 19(6), 829-859.

Corpas Nogales, J. M. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del Suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Revista Gazeta de Antropología*.

Durkheim, E. (2004*). El suicidio.* Ediciones Libertador.

Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós.

González, V. H. (2010). *Ni siquiera las Flores: El suicidio en el Uruguay.* Monografía de grado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

González, V. H. (2012). Suicidio y precariedad en el Uruguay. En *Uruguay. Inseguridad, Delito y Estado.* Paternain, Rafael; Rico, Álvaro (Coords.) Trilce, pp. 230-242.

Hein, P. y González, V. H. (2015). Las grietas en el muro: Suicidio en Uruguay. En: *Derechos Humanos en el Uruguay. Informe 2015.* Servicio de Paz y Justicia. Uruguay.

Hein, P. y Rodríguez, L. (2016) Fuentes de datos para el estudio del suicidio en Uruguay. Alcances y limitaciones. En: *El Uruguay desde la Sociología N° 14*, 313-332. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

Millán, M. J.; García, F. G.; Rodríguez-Peral, E. M.; y Servant, S. G. (2008). La percepción de lo social: análisis de los mensajes sociales. *Prisma Social*.

Organización Mundial de la Salud (2014). Temas de salud. Género. Recuperado el 20 de setiembre de 2016, de: http://www.who.int/topics/gender/es/

Pérez Jiménez, J. C. (2011). *La mirada del Suicida: El Enigma y el estigma*. Plaza Váldez Editores. Madrid, España.

Robertt, P. (1997). *Informe de Investigación. Nº 23. El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico.*

Rosado Millán, M. J. (2011). *Los hombres y la construcción de la identidad masculina*. Las Matas (Madrid): Fundación iS+D.

Vignolo, J. C. (2004). *Estudio del Suicidio en el Uruguay: Período 1887-2000* y *Análisis epidemiológico del año 2000*. Mimeo.

Salud mental y privación de libertad: suicidios en cárceles

Apuntes sobre el trabajo realizado desde la Oficina del Comisionado Parlamentario Penitenciario

José Pedro Rossi[1]

Introducción

La figura y función del Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario se creó por la Ley 17.684. Entre varias tareas que le corresponden, "...le competerá la supervisión de la actividad de los organismos encargados de la administración de los establecimientos carcelarios y de la reinserción social del recluso o liberado". Así también: "preparar y promover los estudios e informes que considere conveniente para el mejor desempeño de sus funciones".

Nuestra Oficina se conforma por un equipo técnico integrado por abogados, asistente social, sociólogo, otros asesores y quien escribe.

La invitación que nos hicieron a participar en esta publicación nos llevó a plantearnos la manera en qué podríamos aportar y con qué. Este año hemos estado trabajando, en lo relacionado a salud mental, en los IAE y los suicidios en privados de libertad. Finalizamos hace pocas semanas un relevamiento en el que participó todo nuestro equipo: "Informe Especial sobre Muertes en Prisión en 2016".

En la misma línea, a mediados de este año realizamos un estudio y seguimiento de un caso de suicidio que desembocó en lo que se podría llamar una "autopsia psicológica".

También nos gustaría compartir con los lectores la iniciativa recientemente concretada de una experiencia piloto a propósito de una intervención para prevención de los IAE y suicidio en una de las Unidades, por medio de una cartilla o folleto vehiculizado por delegados del Establecimiento.

Con dos de estos materiales obtenidos este año, *Informe sobre Muertes en Prisión* y la *Autopsia Psicológica*, creemos que un escrito de perfil testimonial y no tanto

1 José Pedro Rossi, Psicólogo. Integrante del Equipo del Comisionado Parlamentario. Enero 2017.

académico, se ajustaría más para dar a conocer las tareas que venimos emprendiendo. Con ellos podremos dar cuenta en forma más clara cuál ha sido nuestro camino emprendido en términos de salud mental.

Intentaremos entonces partir de hechos acaecidos, acompañados de líneas de pensamiento y formulación de hipótesis, para intentar ganar en comprensión de la compleja y multicausal situación de los suicidios en cárceles. El resultado será una combinación entre pragmatismo y reflexión.

En el caso de la Autopsia Psicológica hemos tomado medidas para mantener oculta la identidad del interno, modificando toda información no esencial que pudiera permitir saber de quién se trata. Asimismo, obtuvimos el consentimiento para su publicación de un familiar directo del interno.

Creemos que el estudio en búsqueda de comprensión de un caso de suicidio en reclusión debe apuntar a aprender cómo, cuándo y dónde diseñar y poner en marcha criterios de prevención que luego, en un paso posterior, deberían convertirse en intervenciones, medidas, comunicaciones, capacitaciones, programas de salud mental de prevención del suicidio, recomendaciones, etc. Sin investigación y propuestas de intervención, no habrá cambios.

Informe Especial sobre Muertes en Prisión en 2016 (presente en la Web)

Este relevamiento abarca todo el año 2016. Tomamos de este Informe algunos aspectos:

- Hubo 44 muertes en total. Treinta y una de ellas fueron violentas: 16 homicidios, 12 suicidios y 3 por otros motivos (accidentes). Muertes por enfermedad: 13.
- Todos los suicidios *(que representan 27 % de las muertes totales y 38 % de las muertes violentas),* fueron por ahorcamiento. La estructura de la celda, con la presencia de múltiples rejas, barrotes y travesaños de hierro, facilita la elección del método.
- Considerando los suicidios, éstos se reparten en distintas Unidades. Sin embargo, una sola Unidad concentra 4 casos: 33.3% del total.
- Todos los suicidios fueron dentro de la celda. La mayoría de los suicidas se encontraban solos en ella. En los casos que compartían la celda, el o los compañeros tomaron conocimiento del hecho al despertarse o volver a la celda.
- La información testimonial obtenida señala múltiples pistas de síntomas depresivos en los días y horas previos al suicidio. En particular, en las Unidades de mayor tamaño abundaron los testimonios de internos que sabían de compañeros que habían expresado claramente alguna idea suicida o un estado de

alteración anímica de diversa magnitud, o habían verbalizado directamente su voluntad próxima de quitarse la vida.

- En dos reuniones mantenidas con delegados de una Unidad por parte de miembros de nuestra Oficina, al preguntarles si en algún momento habían escuchado a compañeros expresar su voluntad o deseos de quitarse la vida, la enorme mayoría contestó afirmativamente.
- Al conocer el testimonio del compañero de celda de un interno suicida, relató que su compañero estaba deprimido debido a la imposibilidad de ver a su hija el día en que ésta cumplía años. Comentó que si se infería cortes en su cuerpo, podía ser conducido a un Hospital para así poder saludar a su hija (¿síntomas, ideas presuicidales?). El interno-testigo lo convenció para que depusiera su actitud ya que era una mala solución que no le garantizaba ver a su hija. Según el testimonio, esto abatió al interno, quien continuó con expresiones de desánimo. Más tarde ambos ingirieron psicofármacos y consumieron cannabis, acostándose a dormir. Pocas horas más tarde, quien nos relató los hechos se despertó y encontró a su compañero colgado.
- En un suicidio ocurrido en una Unidad del Interior, un interno muy joven se quitó la vida horas después de enterarse de que su ex compañera no estaba embarazada como él soñaba.

Nota: estos dos testimonios ilustran lo que pueden ser motivos desencadenantes o gatillo que llevan a la autoeliminación. Son razones que no explican el acto suicida. Sólo muestran el extremo de una intrincada y compleja madeja de dificultades de etiología multicausal.

Reflexiones - Conclusiones

- En estos testimonios, como en otros, pudimos constatar la gran dificultad de acceso a apoyo psicológico o psiquiátrico que podrían activar mecanismos de asistencia y contención. Es clara la falta de programas sociales, apoyo comunitario y vincular, que pudieran canalizar las situaciones familiares o relacionales que aquejaban a estos internos.
- Los testimonios apuntan a la falta de proyectos, la dificultad para elaborarlos en un ambiente con pocos recursos formativos y asistenciales. Sabemos que la decisión o trayectoria suicida no es lineal ni explicable en muchos casos. Pero en estas circunstancias se vuelve muy notoria la falta de programas de apoyo social, orientación laboral-vocacional, sostén psicológico y salud mental.
- Al estudiar las carpetas de los internos, queda a la vista la falta casi total de planes de tratamiento, psicodiagnósticos, o evaluación sociofamiliar. No se construyen planes de rehabilitación personalizados, diseñados tomando en cuenta las diferentes realidades individuales.

Algunas cifras comparativas

- Con las cifras de muertes mencionadas al principio de este escrito (44), el índice de muertes en privados de libertad en nuestro País, es de 429 totales cada 100.000 habitantes. Homicidios: 156 c/100.000 hab. y 117 suicidios c/100.000 hab.
- Los números de homicidios entre internos en Uruguay es mayor que lo que se observa en los casos europeos, donde predominan las muertes por enfermedad (muerte natural), y por suicidio. Gran Bretaña presentó en 2015, 300,1 muertes c/100.000 hab. en total. Fueron 9.3 homicidios c/100.000 hab. y 103.9 suicidios c/100.000 hab.
- Los países nórdicos presentan números más bajos de muertes en prisión. Sus sistemas penitenciarios son reconocidos en el mundo por la baja violencia carcelaria que tienen, merced a programas educativos, de salud, salud mental y de rehabilitación funcionando.
- En otros países como Canadá, la cifra de muertes en cárcel es también baja: 118 c/100.000 en 2014. Homicidios: 4,9 c/100.000. Suicidios : 22,1 c/100.000.
- En América del Sur hay muy poca información disponible. Una excepción a ello son las estadísticas de las muertes en prisión de las cárceles federales de Argentina, que presentan cierta similitud con Uruguay, con 369.9 muertes c/100.000 hab. en 2015. Se observa una cifra de suicidios de 77,9 c/100.000 hab., y una cifra más baja de homicidios, 58,4 c/ 100.000 hab.
- Existen reportes aislados con diverso grado de sistematicidad en otros países, como Paraguay, con una cifra algo más baja de muertes totales (266,8 c/100.000 hab.), y como Venezuela, que alcanza una cifra mucho mayor : 955,9 muertes c/100.000 hab.
- Dentro de este panorama de registros heterogéneos es difícil ponderar con certeza la situación uruguaya respecto al mundo. Sí parece visualizarse que el país tiene una cantidad de homicidios en prisión particularmente alto respecto a otros países observados. En varios países, particularmente algunos casos europeos, las muertes violentas se expresan en tasas altas de suicidios, siendo los homicidios menos frecuentes.

Explorando un caso

Como decíamos en la Introducción, toca ahora ocuparnos del caso del recluso que se quitó la vida, sobre el que hicimos un estudio y seguimiento a la interna de la Unidad, y con algunos familiares.

La magnitud mundial que ha tomado el fenómeno del suicidio dio lugar a la rama de la psicología y psiquiatría (y otras disciplinas) denominada suicidología.

El proponerse el análisis y la comprensión psíquica de un acto suicida mediante la investigación del hecho, reuniendo testimonios de personas allegadas al fallecido, junto con el planteo de hipótesis que intentan explicar dicho desenlace, constituye lo que hoy se denomina "autopsia psicológica". Se trata de conocer aspectos de la vida e historia del sujeto que permita cierta reconstrucción de ellas, aportando información válida para cierta explicación tentativa de lo sucedido.

En este caso, las hipótesis se construyeron con fuentes testimoniales diversas. El estudio y análisis del caso se realizó reuniendo testimonios de personas allegadas al interno: familiares, compañeros de reclusión y personal de la Unidad. Los métodos para recopilar la diferente información consistieron en entrevistas personales, entrevistas telefónicas, visitas a la celda donde ocurrió el suicidio, acceso a la carpeta procesal y a la historia clínica del recluso.

Una de las características de este interno y de gran parte de la población carcelaria es que, al momento de reconstruir su historia de vida, nos encontramos con varios "vacíos o huecos" existenciales. La imagen que nos puede ayudar, es la de un puzzle en el que faltan piezas. Hemos podido rearmar su historia por fragmentos más o menos hilvanados, lo que da cuenta de su frágil "continuidad existencial".

Aspectos personales y entorno familiar

El interno cumplió años unas pocas semanas antes de su muerte. Era el menor de dos hermanos. Criado por sus padres, portaba el apellido de otro familiar.

Su familia presentaba aspectos estructurales marcadamente disfuncionales. Su madre había ejercido el meretricio y fue adicta a drogas. Algunos relatos señalan que la madre compartía droga con él siendo un niño. Hubo maltrato físico del padre hacia la madre, en los que medió el interno en distintos momentos de su infancia.

Su padre fue alcohólico. Tiene varios antecedentes penales.

En la etapa escolar, el interno presentaba dificultades de conducta debido a su agresividad. Lo describen como alguien irritable, con cambios de humor y fuerte carácter. Algún familiar relata que "era fatal... agarraba todo a patadas".

También en la época escolar, fue compañero de la que luego sería su pareja. Ella nos manifestó que en dicha relación ella desempeñó el rol de proteger al interno y apoyarlo en sentido más amplio de la palabra, incluso en lo económico. Agregamos que en lo que fueron los hábitos laborales del interno, sólo trabajó en alguna changa, aproximadamente un año.

Siendo menor, sus primeros delitos lo condujeron al INAME.

Vida en reclusión

Algunos testimonios señalan que había fechas "clave" para el interno que eran sinónimos de mayor consumo y depresión, al igual que le sucede a la mayoría de la gente privada de libertad. Su cumpleaños y las fiestas tradicionales eran dos de esos momentos. En ellos "no paraba de consumir".

Al delito que lo llevó a esta última prisión, cuya condena expiraba en poco tiempo, debemos agregar otro más grave, cometido durante esta reclusión. Señaló algún familiar, que la firma de la nueva condena (mayor a 15 años), lo dejó "muy bajoneado".

Este mismo familiar, expresó que "no lo veía bien en el último mes… se dejó estar. Lo notaba muy flaco, estaba comiendo poco. Los últimos días había aumentado el consumo de pbc. No paraba de consumir. Hacía 1 año que tenía una comisión laboral. Era un preso querido por los compañeros, en general no tenía problemas con los demás. La última charla fue rara. Se quejaba mucho de lo cansado que se sentía. Decía que se le pasaba la vida, reconocía que no era buena, pero nunca dijo que no quería vivir. Prefería que lo mataran, pero nunca lo escuché decir que él lo haría. Decía que estar preso en esa Unidad, era como estar muerto en vida. También decía que su vida iba a ser corta. Cuando un compañero era liberado, él lloraba".

Unos meses antes de su muerte, solicitó un traslado a un sector de "mayor confianza y menor seguridad", que le fue negado.

Otro familiar también muy cercano, aportó su testimonio: "estuve con él 48 horas antes de su muerte. Siempre coqueteó con la muerte. Embromaba que su vida iba a ser corta. En esa visita estaba muy drogado. En esos días mandó a la familia a la m… porque no le atendíamos el teléfono. Estaba deprimido y enojado. Dijo que era mejor estar muerto. Esta semana tuvo una pelea en el patio. Me dijo que lo había agarrado la locura. Era muy cambiante… de buen humor y al rato de mal humor, con un carácter muy fuerte".

Sobre su vida ligada al delito, sostenía que no pensaba en dejarla, ya que le gustaba sentir la adrenalina que le generaba.

El consumo de pbc tuvo momentos álgidos en su vida, llegando a "dejar la casa casi vacía para comprar droga. Es muy posible que tuviera deudas por el consumo".

Las últimas dos a tres semanas estaba solo en la celda. Aparentemente, su compañero quiso cambiarse.

Otro familiar relata que la madre del interno practicaba la religión umbandista, ocupando el lugar de Mae. Uno de los rituales –ceremonias que podía hacer por los poderes que su lugar le otorgaba– consistía en brindarle a otra persona "protección". Esto lo había hecho con su hijo. A través de un ceremonial, le lavó la cabeza

transfiriéndole en ese acto la protección de un Santo. La misma se materializó por medio de collares o "guías" que el recluso portaba.

Agrega el familiar que el interno "peleó y lastimó con la guía. Pero luego se quitó sus guías y se las dio a un compañero".

Algunas breves conclusiones

Más que conclusiones, lo que sigue son aproximaciones tentativas para explorar y descubrir, no tanto los motivos últimos que lo llevaron a quitarse la vida, sino más bien las circunstancias personales y de su entorno inmediato de reclusión que rodearon su muerte. Factores de riesgo personales y factores de riesgo ambientales.

Este interno bien puede representar a la mayoría de la población carcelaria, con patrones reiterativos de nacimiento, primera infancia, subestimulación, dificultades de maduración, antecedentes familiares de violencia, adicción, prostitución y delictivos. Pero también de pobreza. Todo ello conforma un marco de vida altamente deficitario y comprometedoramente vulnerable.

En esta población se combinan los factores estructurales de riesgo familiares, y de su entorno de crianza por un lado. Al mismo tiempo, los factores de riesgo de la propia persona y los de reclusión, que potencian y maximizan los familiares y de crianza.

Encontramos un desequilibrio importante a favor de lo que pueden ser factores de riesgo generales que sumados facilitan este tipo de desenlaces, versus factores de cuidado o protección, los que adecuadamente integrados pueden prevenir actos suicidas.

En lo que hace a los factores de riesgo personales no nos detendremos en ellos, ya que quedaron expuestos al presentar datos de la familia, crianza, infancia y adolescencia del interno.

Los *factores de riesgo* vinculados a la vida en reclusión son varios. Mencionamos algunos:

- Falta de evaluaciones y controles del estado psíquico del interno: estado de ánimo, momentos o etapas depresivas, su consumo compulsivo, sus impulsos agresivos, entre otros aspectos emocionales. Revisando la Historia Clínica del recluso, consta que fue visto sólo una vez por Salud Mental de Asse, quienes lo encontraron "angustiado y con momentos depresivos". A pesar de ello (ocurrido en 2012), no fue vuelto a controlar, ni se le hizo seguimiento alguno.
- Las condiciones físicas de la celda son, por sí mismas, una forma de potenciar los factores de riesgo. Su estructura es "facilitadora" en el sentido de presentar

todo tipo de rejas, barras, travesaños a "disposición". Llama la atención la facilidad con la que se llega a cualquiera de las rejas.

- Existe una carencia importante de programas educativos, deportivos, de capacitación laboral, de salud mental. Predomina el tiempo libre inoperante, que deviene en ocio ansioso y angustiante.
- La dinámica de reclusión, y a veces el hacinamiento, llevan a situaciones dispares: celdas hiperpobladas y otras veces con internos solos. El caso que nos ocupa estuvo en soledad 20 días antes de quitarse la vida.

Acerca de los *factores de cuidado o protección,* sólo encontramos la posibilidad de recibir visitas de algún familiar, y tal vez como forma de combatir el vacío del ocio improductivo, el desempeñar una comisión laboral. Cabe aclarar que recibir visitas y desempeñar una comisión laboral son beneficios o factores de cuidado que penden de un hilo: a la menor falta, ante un traslado negado, quedan sin efecto por varias semanas o meses.

El cuidado por la "seguridad" es el criterio predominante. No existen criterios de protección de la vida, que tomen en cuenta lo que se puede hacer en materia de promoción de medidas de cuidado.

La atención médica como elemento de cuidado se limitó a tratarle al interno algunas dificultades gástricas que padecía, como gastritis.

¿Qué hacer?

Hasta acá, una apretada síntesis de la situación de muertes por suicidio en privación de libertad, en general con el estudio realizado por nuestra Oficina, y en particular intentando detenernos en este caso.

¿Nos ha aportado algo?, ¿permite que saquemos alguna enseñanza-aprendizaje?, ¿podemos utilizar algo de su comprensión para convertirla en alguna herramienta útil en la prevención?, ¿qué medidas se pueden implementar y cómo?

A raíz de estas dos situaciones, el estudio macro y la exploración del caso individual, hemos confeccionado, como se decía en la Introducción, a modo de una experiencia piloto, una cartilla ya repartida entre delegados de la Unidad, con un punteo de señales (verbales y no verbales) que podrían estar manifestando síntomas o un síndrome presuicidal, con algunos pasos a seguir.

Creemos que este es un camino a continuar recorriendo: combinar el conocimiento macro por medio de relevamientos o estudios, junto con el análisis más detallado de las situaciones de muertes por suicidio. Tal vez esto nos coloque en una posición de conocimiento y comprensión desde la cual podamos proponer

intervenciones que apunten a la prevención, como podría ser la cartilla o folleto mencionado, u otras.

Entendemos que en este momento poco se puede hacer para mejorar la deficitaria (por la magnitud de sus déficits tempranos) estructuración psíquica de cualquier interno, o para aliviar su dolor psíquico. Los magros recursos humanos y económicos, la falta de criterios-políticas de rehabilitación en casi todas las Unidades, con la ausencia de planes de tratamiento multimodales, generan situaciones altamente iatrogénicas.

La conducta suicida desde la perspectiva psiquiátrica

Una revisión de la situación en Uruguay

Alicia Canetti[1]

I. Algunas definiciones y conceptos en torno al suicidio y la conducta suicida

Diversas definiciones han caracterizado la delimitación y análisis del fenómeno del suicidio. Este abanico de conceptualizaciones obedece a la perspectiva desde la cual los diversos autores abordan dicha problemática.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia española, el suicidio se define como la acción y efecto de suicidarse, o sea, de quitarse voluntariamente la vida. Deriva del latín *suicidium* (*sui,* 'de sí mismo' y *cidium,* 'cidio' o matador).

Desde una perspectiva sociológica, Durkheim (2008) señala que se considera suicidio "toda muerte, mediata o inmediata, de un acto positivo o negativo ejecutada por la misma persona".

Desde la perspectiva psicológica, Shneidman (1993), considerado el padre de la suicidología, define el suicidio como "el acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define un asunto para el cual el acto es percibido como la mejor solución". Utiliza el neologismo "psychache" para hacer alusión al dolor psicológico insoportable, la angustia y presión que lo caracterizaría, y sugiere que el suicidio es resultado de un *psychache* sin resolver. Este psychache se deriva de necesidades psicológicas frustradas o distorsionadas y es su causa en casi todos los casos de suicidio según este autor.

Desde un enfoque psiquiátrico, y basado en los planteos de Shneidman, Roy (1989) señala que, más allá de ser un problema complejo e idiosincrático, cuando se lo aborda como enfermedad o problema de salud pueden identificarse algunas

1 Doctora, Profesora Agregada, Responsable de la Unidad de Salud Mental en Comunidad-Clínica Psiquiátrica-Facultad de Medicina, UdelaR. Integrante del Grupo Comprensión y prevención de la conducta suicida, UdelaR.

características comunes a la mayoría de las víctimas: no es azaroso, sino una forma de resolver un problema o una crisis que produce sufrimiento intenso, se asocia con necesidades no satisfechas, sentimientos de desesperanza y pesimismo, conflictos ambivalentes entre supervivencia y estrés intolerable, un estrechamiento de las alternativas percibidas, necesidad de escape, envío de señales de distress.

La perspectiva psiquiátrica analiza esta conducta como síntoma de una enfermedad/trastorno mental estrechamente vinculada con los problemas de la vida cotidiana y, para su diagnóstico, se emplean sistemas de clasificación internacionalmente aceptados como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V y la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (Oliva Fragoso, S., 2015). El DSM V define al trastorno mental como un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). El pensamiento y la conducta suicida integrarían algunas de estas enfermedades. Al respecto cabe mencionar que algunos autores cuestionan que el DSM no codifica el comportamiento suicida –"la más prominente emergencia psiquiátrica en la atención primaria"– y que las tendencias suicidas se perciben más como una complicación médica que como un trastorno en su propio derecho (Aleman, Denys, 2014). Estos autores advierten que esta forma de concebir la conducta suicida como complicación más que como problema o trastorno en sí mismo atenta contra las políticas de prevención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, definió el suicidio como "un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados" y el parasuicidio, como "un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico"[7].

Desde hace varias décadas, diversos investigadores han intentado trascender las conceptualizaciones centradas en el acto suicida, abordando la conducta suicida más allá del suicidio en sí mismo, en un intento de generar modelos de comprensión de este comportamiento para intervenir y prevenirlo. En lugar de focalizar exclusivamente en el acto suicida, esta perspectiva concibe la conducta suicida como un continuum que va desde pensamientos suicidas, con diversos grados de intensidad (desde ideas vagas a planes y preparativos), pasando por el Intento de Autoeliminación (IAE) y el parasuicidio, hasta el suicidio consumado (Beck y cols., 1995; Paykel et al., 1974; Dubow et al., 1989; Barrios et al., 2000; Flechner, 2000).

Otros autores (Bursztein et al., 2008) han subrayado la idea de que, en realidad, se trata de un continuo discontinuo. Así señalan que el comportamiento suicida es probablemente un conjunto de espectros de comportamientos discontinuos y heterogéneos que incluye la ideación suicida, amenazas suicidas, los gestos, el autocorte o lesión autoinflingida, intentos de suicidio de baja letalidad, intentos de suicidio interrumpidos, intentos de suicidio casi fatales y suicidios fatales. Estos pueden estar o no relacionados entre sí, dependiendo del contexto en el que se estudian. En un artículo reciente, Apter et al. (2008) mostraron que en un contexto militar, estos comportamientos pueden tener significados muy diferentes.

Cualquiera sea la conceptualización, en general se asume que, tanto el suicidio como la conducta suicida, constituyen fenómenos complejos y multideterminados. Si bien la psiquiatría se ha dedicado al estudio y atención fundamentalmente de los aspectos psicopatológicos del fenómeno y sus sustratos neurobiológicos, es indudable que tratándose de un hecho complejo, ningún abordaje disciplinario puede eludir el carácter multidimensional del problema y el papel de sus determinantes sociales.

Como señalan Martínez-Aguayo et al. (2015), "...para que se cometa suicidio deben confluir una serie de eventos, circunstancias o elementos, que lleven a decidir 'impulsiva' o 'reflexiva y planificadamente' poner fin a la propia vida. Influirán factores de riesgo y factores protectores de tipo biológico, psicológico y social, los cuales –con mayor o menor fuerza– estarán siempre presentes. A su vez, participarán fenómenos predisponentes, determinantes, mantenedores y gatillantes de las conductas suicidas, los que lucharán activa y dinámicamente contra los factores protectores".

2. Magnitud del suicidio en Uruguay y factores de riesgo de conducta suicida. Una revisión de los últimos 70 años

2.1. Aspectos generales

A nivel mundial el suicidio se encuentra entre las 20 principales causas de muerte considerando globalmente todas las edades, estimándose que cerca de un millón de personas muere anualmente por esta causa (OMS, 2014, 2016). En 2010 las lesiones autoinfligidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio ocuparon el 18º lugar, medidos por años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), y constituyen 1,5% del total de AVAD. Se calcula que para 2020 el suicidio será responsable de 2,4% de la carga global de enfermedad (Bertolote, 2009). En América Latina las tasas han sido más bajas que el promedio mundial (OPS 2014), ocupando las autolesiones el 18º lugar, correspondiendo a 1,3% del total de AVAD (OMS, 2014; Institute for Metrics and Evaluation, 2013). Incluyendo todos los grupos de edad, el suicidio en la región constituía, en el período 2005-2009, la

36ª causa principal de muerte; la 21ª entre los hombres y la 46ª entre las mujeres. Entre las personas de 20 a 24 años era la tercera causa principal de muerte en las Américas; entre las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años era la cuarta causa de muerte . Si bien las tasas en la región de las Américas permanecieron estables entre 1990 y 2009, en América Latina y el Caribe se observaron incrementos en las tasas de suicidio totales y para cada sexo, con un aumento en la franja de 10 a 59 años para América del Sur (OPS, 2014). En el caso de Uruguay, todos los datos disponibles muestran que el país mantuvo, durante la última mitad del siglo XX, tasas elevadas en comparación con las que caracterizaban a la región, y una relativa estabilidad de ellas (una media de 10/100000, aunque con oscilaciones) hasta la década de los 90, en que se inicia una tendencia al aumento (Robert, 1999; Dajas, 1990, 2001, 2002, 2004). Cabe mencionar que, a diferencia de otros países de la región, Uruguay tenía en 2014 una baja tasa de subregistro, estimado en 1,4% (OPS, 2014).

Frente a este panorama, que ubica al suicidio como un problema prioritario de salud pública, diversos investigadores han conceptualizado la conducta suicida como un continuum, como ya fue señalado en párrafos anteriores, en un intento de generar modelos de comprensión de este comportamiento para intervenir y prevenirlo. Desde esta perspectiva, tanto la ideación suicida (IS) como el intento están altamente relacionados con el suicidio y por tanto son considerados predictores, lo que tiene valor desde un enfoque de prevención. Así, quien ha intentado quitarse la vida tiene 40 veces más probabilidades de cometer suicidio (Shaffer et al., 1988; Manson et al., 1989). Sin embargo, ambos predictores por sí solos no son suficientes y es muy difícil establecer qué individuos con IS pasarán a la conducta y eventualmente se quitaran la vida. Esta misma dificultad ha llevado a buscar otros factores asociados que expliquen por qué en ciertos momentos de la vida se puede avanzar en este continuum y sobre los cuales sea posible actuar desde un enfoque preventivo para reducir el riesgo.

Rhimer (2007), en un análisis sistemático de los estudios más sólidos en la materia, señala que, si bien la relación estadística entre los diferentes factores de riesgo demográficos, psicosociales y el comportamiento suicida está bien demostrada, tiene un valor muy limitado para predecir el suicidio en casos individuales, sobre todo a nivel de la población general. A partir de estas consideraciones, dicho autor ha intentado clasificar los factores de riesgo más importantes de acuerdo al peso explicativo que tienen en el continuum hacia el suicidio. Los factores pueden organizarse en tres categorías: primarios, secundarios y terciarios. Los factores primarios (psiquiátricos y médicos) son los que mayor riesgo producen. Su sola presencia constituye un riesgo alto o muy alto. Los factores secundarios (psicosociales) generan un riesgo bajo cuando se presentan en forma aislada, pero si coexisten simultáneamente con factores primarios, el riesgo es muy alto. Finalmente los factores terciarios (demográficos) generan un riesgo negligible por su sola presencia, pero

aumentan el riesgo a *bajo*, si coexisten con factores secundarios, o *muy alto*, cuando se combinan con factores primarios (Tabla 1).

Tabla I. Clasificación jerárquica de factores de riesgo suicida y su utilidad pronóstica

Factores de riesgo	**Persona en riesgo**			
	1	2	3	4
1. Primarios (psiquiátricos/médicos)				
Trastorno Mental actual en eje I	--	--	+	+
Intento de suicidio previo o ideación suicida actual	--	--	+	+
Trastorno comórbido del eje II (personalidad)	--	--	+	+
Historia familiar de suicidio	--	--	**+**	**+**
2. Secundarios(psicosociales)				
Experiencias infantiles adversas	--	+	--	+
Situaciones vitales adversas permanentes	--	+	--	+
Estresores psicosociales agudos	--	+	--	+
3. Terciarios(demográficos)				
Género masculino	+	+	--+	
Adolescente (hombre) vejez (ambos sexos)	+	+	--	+
Grupos minoritarios	+	+	--	+
Riesgo suicida	**0 negligible**	**1 bajo**	**2 alto**	**3 muy alto**

Fuente: adaptado de Rihmer, 2007.

En la misma línea, en una revisión sistemática cuya finalidad fue describir los principales objetivos de los programas preventivos, Mann et al. (2005) resumen aquellos factores con mayor evidencia empírica, entre los que se destacan los antecedentes de problemas psíquicos, especialmente la depresión y factores estresantes que aumentan las posibilidades de IS. Si estos coexisten con ciertos factores precipitantes como la impulsividad, desesperanza, acceso a mecanismos letales, consumo de sustancias o procesos de imitación (por suicidio de conocidos o referentes) habrá mayores posibilidades de avanzar en el continuo (Cuadro 1).

Cuadro I. Factores de riesgo y programas preventivos de conducta suicida

Fuente: adaptado de Mann, J. et al., 2005.

2.2. Factores de riesgo de conducta suicida en Uruguay a partir de investigaciones nacionales

En este apartado se resumen algunos de los trabajos disponibles con perfil clínico-epidemiológico de los últimos 70 años referidos al tema (Tabla 2). Cabe mencionar que en un resumen hecho al finalizar el siglo XX (SPU, 1999), en el que se registran todos los trabajos publicados en la Revista de Psiquiatría del Uruguay desde 1929, sólo se consignan 11 trabajos vinculados al suicidio, el primero escrito en 1964; la mayoría corresponden a la década de los 80 y sus autores están muy relacionados con la psiquiatría forense, lo que refleja las características de abordaje de la temática, para entonces muy restringida a la esfera médico legal (Tabla 3). Por otra parte, en la Revista Médica del Uruguay, cuya edición se inicia en 1974, se identificaron 9 artículos específicos en 42 años de publicación, el primero escrito en 1990 (Tabla 4).

Los distintos estudios nacionales que han intentado identificar en los últimos 70 años factores de riesgo de conducta suicida en el país, han mostrado resultados no siempre convergentes, dependiendo de si se trata de población general o poblaciones específicas, en particular población clínica. En general, en todas ellos se destacan como factores comunes el sexo, la edad, los antecedentes personales y familiares de problemas psiquiátricos como depresión y consumo de alcohol, el período del año. Otros aspectos, correspondientes a factores secundarios y terciarios, de acuerdo a la clasificación de Rhimer, como el nivel socioeconómico, los sucesos estresantes, la escolaridad o el estado civil, varían según las características de la población analizada.

En 1968, Murguía et al. describieron el perfil epidemiológico de los suicidas en Montevideo, no encontrando una relación con el nivel socioeconómico; el suicidio predominó en los estratos medios (53%), siendo menor la frecuencia en los estratos sociales altos (9%) o bajos (21%).

Puppo et al. (1981) estudiaron 50 pacientes suicidados en el peróodo 1979-80 encontrando que 30% estaba en tratamiento psiquiátrico en los tres meses anteriores a su muerte y 42% presentaba antecedentes de IAE. Cincuenta y dos por ciento de los suicidas había manifestado el deseo de quitarse la vida en alguna oportunidad y 89% de los fallecidos tuvieron un síndrome depresivo de estructura melancólica.

En un estudio comparativo realizado por Dajas en los años 80 entre los fallecidos por suicido en Estocolmo y en Montevideo, se destaca que los pacientes uruguayos presentaron mayor severidad en la depresión y fueron diagnosticados como episodios depresivos mayores. El nivel de estrés social diagnosticado en el eje IV del DSMIII-R fue claramente superior en los pacientes uruguayos (Dajas, 1995, citado en Vignolo 2004:26).

De acuerdo al estudio epidemiológico hecho en 1990 por Dajas et al, (1990), promediados los suicidios para el período 1987-1989, éste fue más frecuente en adultos mayores, siendo la relación hombre-mujer de 3 a 1, con variaciones en los diferentes departamentos. Los motivos más importantes fueron los psiquiátricos (más de 40%), los problemas familiares (19%) y de salud (12%). En el IAE, por el contrario, predominaron los motivos familiares (37%) y sentimentales (2f%) que, sumados a los psicológicos (25%), constituyeron más de 80% de la motivación aducida. La mayoría de los suicidas eran casados. No se observaron en Montevideo grandes diferencias estacionales, con leve predominio hacia el fin de la primavera y comienzo del verano. Al analizar la zona de Montevideo con mayor tasa de suicidio, a los efectos de identificar posibles determinantes socioeconómicos que pudieran estar influyendo sobre el hecho suicida, ninguno de los indicadores estudiados (vivienda, empleo, nivel de instrucción, tiempo de permanencia en el lugar, lugar de procedencia, etc.) difería de la media de Montevideo, lo que coincide con los datos del estudio de Murguía de la década de los 60. Los autores discuten este dato apoyándose en hallazgos internacionales que sugieren que los aspectos socioeconómicos influirían de una forma compleja, siendo el cambio socioeconómico el determinante, más que la condición socioeconómica en sí.

En 2001, Dajas presenta un resumen de los datos epidemiológicos del suicidio en los últimos 25 años del siglo XX, poniendo énfasis en 1998, año en que se observa un pico importante. El trabajo destaca que en ese año, con la tasa más alta de todo el siglo, se observa un claro aumento en el mes de noviembre (primavera). Un análisis de regresión entre la tasa de suicidio y la tasa de desempleo en los últimos

20 años del siglo mostró una correlación, aunque no estadísticamente significativa (r = 0,44). El autor destaca un cambio de la distribución del número de suicidios hacia fines de siglo con tres picos en el hombre de 20 a 25 años, 40 a 44 y 60 a 64. Se mantiene el predominio masculino (aunque con incremento en la mujer con picos en el rango de 20 a 24 y de 40 a 44 años en 1998) y en el interior del país (aunque con aumento en la capital) (Dajas, 2001).

Otro trabajo sobre el suicidio en Uruguay en el año 2000 (Vignolo, 2009) encontró un promedio de edad de 50,34 años ± 20,66, con un rango de 13 a 100 años. Las tasas inferiores correspondieron a los grupos de 10 a 14 y de 15 a 19 años (1,88 y 8,23 por cien mil respectivamente) y las más altas a los grupos etarios de 75 y más años (47,61 por cien mil), siendo la distribución irregular, con picos de aumento en las edades de 20 a 24, 35 a 39 y 50 a 54 años. La tasa de suicidio masculino fue de 31,44 por cien mil y el femenino de 6,81 por cien mil, siendo la razón de 4,35 suicidios masculinos por cada suicidio femenino. Las tasas más elevadas se presentaron entre divorciados/as y viudos/as, lo que difiere de la descripción hecha por Dajas (1990), y el método más usado fue el disparo por arma de fuego. El momento más frecuente fue durante el día; no hubieron diferencias significativas en relación a la estación (aunque predominó la primavera) o el día de la semana. Para el departamento de Montevideo, el promedio de AVPP por suicidio fue de 28 y 29 años para los sexos femenino y masculino respectivamente. El trabajo destaca las mayores tasas en el nivel de instrucción terciaria, en desocupados y jubilados y en niveles socioeconómicos medios o bajos. En relación a los altos niveles de instrucción hallados en dicho departamento, el autor refuerza la idea, ya trabajada por Dajas, de que son los factores de cambio socioeconómico, en cualquier dirección, los que contribuyen a elevar las tasas y no el nivel socioeconómico en sí mismo. A ello, Vignolo agrega que "la impotencia de poder desarrollarse de acuerdo a las expectativas personales, entre los que tienen una mayor formación, podría considerarse una explicación a estos hallazgos".

Un estudio realizado por Lucero et al. (2003), cuyos objetivos fueron caracterizar el suicidio en Montevideo en el período 2000-2001 mediante autopsia psicológica y comparar sus características con pacientes que consultaron en el Hospital de Clínicas por IAE, en el mismo período, evaluados a través de entrevistas psiquiátricas, mostró los siguientes resultados: de los 193 suicidios, en 80 casos se realizaron autopsias psicológicas; 67% de los suicidas presentó un trastorno psiquiátrico, especialmente depresión y alcoholismo y 30% registró síntomas sin diagnóstico definitivo; 50% tenía antecedentes personales de IAE (algo más altas que las reportadas por Puppo et al. en 1981). Se asociaron también enfermedades crónicas y antecedentes familiares psiquiátricos, así como un alto porcentaje de comunicación de la intención suicida a familiares. El suicidio fue más frecuente en hombres, con un aumento del riesgo en el grupo de 20 a 30 años, un leve descenso posterior con nuevo aumento a partir de los 45-50 años. Todos los antecedentes familiares

investigados fueron más frecuentes en el grupo de suicidios. El suicidio fue más frecuente en casados (lo que coincide con Dajas, 1990 y difiere de Vignolo, 2009) con ingresos económicos estables (trabajo, jubilación); su mayor frecuencia fue en invierno y primavera, siendo esta última la estación que aparece con mayor frecuencia en la mayoría de los estudios. Los autores destacan que tanto la situación laboral como el estado civil son características que se mantienen estables desde hace más de veinte años en nuestro país. El grupo con IAE (83 casos) fue de menor edad (promedio de 30,6 años), con predominio femenino (relación de 1,4 a 1 respecto a los hombres), destacándose los diagnósticos de trastornos depresivos y de personalidad (51% presentaban trastornos depresivos y 18,3% trastornos adaptativos con síntomas depresivo-ansiosos), siendo el método más empleado la ingesta de fármacos, seguido por envenenamiento. En 60% de los casos se encontró un grado alto de impulsividad asociado a esta conducta. Al igual que lo encontrado por Dajas (1990), los motivos más frecuentes de IAE fueron las decepciones amorosas y las dificultades familiares. Once por ciento de los casos tenían diagnóstico preciso y sólo 2,4% no tenía un diagnóstico en el eje I según DSM IV. El trabajo destaca el valor de la autopsia psicológica como fuente de información.

Otro trabajo realizado en pacientes psiquiátricos (Pasturino et al., 2004) que consultaron en una institución sanitaria de tercer y cuarto nivel de atención, el Hospital Vilardebó, en los meses previos a su suicidio, en el período mayo 2001-diciembre 2002, refuerza los hallazgos anteriores en relación al perfil epidemiológico predominante, aunque presenta algunas características que podrían dar cuenta especialmente del tipo de población que asiste a dicha institución, con mayores privaciones sociales. Los 20 suicidios relevados se distribuyeron por igual en ambos sexos, en edades medias de la vida, la mayoría de ellos en primavera, con predominio del ahorcamiento y con antecedentes de tentativas previas. Setenta y cinco por ciento presentó síntomas depresivos (episodio depresivo mayor solo o en comorbilidad con esquizofrenia, trastorno de personalidad del grupo B o retardo mental), siendo frecuente el consumo de sustancias, especialmente alcohol. A diferencia del trabajo de Lucero, casi todos carecían de trabajo, familia y red de soporte social. Los pacientes que consultaron en los tres meses previos al suicidio presentaron un elevado número de factores de riesgo, lo que llevó a los autores a analizar otros elementos que pudieron haber incidido en la conducta tomada, así como el papel de la desesperanza, la soledad y el desamparo. Paralelamente, se obtuvieron datos epidemiológicos del suicidio en Montevideo en dicho período, constatándose un aumento de 44% respecto al año anterior, con un nuevo pico de gran magnitud en hombres jóvenes (30-34 años) y el predominio de métodos violentos en las mujeres. Estos datos coinciden con los reportados por los estudios previos.

Larrobla et al. (2007) estudiaron las características de pacientes consumidores que acudieron por primera vez al Servicio de Farmacodependencia del Hospital Maciel entre julio y octubre de 2004, sin diagnósticos mentales en eje I (DSM IV)

que incidieran en IAE y describieron la presencia o no de IAE en esa población. De 95 casos que consultaban por primera vez, 34,7% realizó uno o más IAE, 51,5% requirió internación, 10,8% con grado de letalidad alto, 59,5% medio y 29,7% bajo. No se encontró diferencia significativa entre sexos (48,5% mujeres, 51,5% hombres). En este subgrupo, 75,8% eran dependientes y 24,2% cometían abuso.

En 2015, Heuguerot et al. publicaron resultados de una investigación sobre los Intentos de Suicidio (IAE) en Adultos Mayores en Uruguay realizada en el Hospital-Centro Geriátrico "Dr. Luis Piñeyro del Campo" (HCGPC) de la ciudad de Montevideo, en el marco de un estudio multicéntrico que incluye Brasil y Colombia. Se entrevistaron pacientes internados con antecedentes personales de IAE. Entre los factores comunes se destacan el aislamiento social y las dificultades de relacionamiento, así como la asociación con trastorno depresivo y/o rasgos acentuados de personalidad y trastorno por consumo de alcohol.

En cuanto a las poblaciones infantil y adolescente, existen en las últimas décadas estudios de interés sobre el perfil de riesgo y características de las personas con conducta suicida en población clínica y no clínica en estas franjas etarias.

A comienzos de los años 90 se realizó un estudio con adolescentes de 11 a 15 años, atendidos en la Clínica de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Pereira Rossell a punto de partida de un IAE (Frioni, 1993; Muñiz et al., 1995). En ese marco se aplicó una batería de tests: Machover y House, Tree and Person (modificado, sin Figura Humana para no repetir el gráfico), Rorschach y DL.

Entre los principales resultados se destacan (Muñiz et al., 1995): predominio de mujeres (102 en 118), con edad promedio de 13 años; la tercera parte de la población presentó recidivas; el método más empleado fue la ingesta de medicamentos. Noventa por ciento de las tentativas fueron en el domicilio. Desde el punto de vista médico, la gravedad de los cuadros fue mediana, mientras que las situaciones psicopatológicas fueron más complejas. Se constató una alta frecuencia de ideas de muerte. Los motivos invocados más frecuentemente fueron los conflictos familiares, en especial con la madre. En cuanto a los signos depresivos, aunque no se presentaron en primer plano, estaban siempre presentes, así como las dificultades interpersonales. Muñiz et al. también concluyen que la intención dominante parece ser "hacer actuar al medio".

Como datos significativos de la historia vital se destaca que "las edades promedio están ubicadas alrededor de la finalización de la etapa escolar y con ello la perspectiva incierta de una nueva inserción en otro grupo de pertenencia; las familias fueron categorizadas como de riesgo social con figuras paternas poco relevantes; imposibilidad de ser nombrados en los gráficos, por ej.; historias de pérdidas y separaciones que no sólo remiten a muertes sino a inestabilidad familiar y económica; asunción prematura de roles adultos vinculado a falta de continencia en la

figura materna; vivencias de exigencia a nivel psíquico en tanto no se sentirían preparados para responder a las demandas del medio; discurso familiar que da cuenta de un modo de vincularse a través de la violencia denotando así una particular forma de pasaje al acto en detrimento de la simbolización" (Muñiz et al., 1995).

Bailador et al. (1997), estudiando jóvenes que asistían a instituciones de secundaria de Montevideo, encontraron que 18% de los jóvenes se habían sentido tristes sin causa aparente, 28% pensaban que era mejor morir que seguir viviendo, 14% pensaron alguna vez quitarse la vida y 5% habían realizado por lo menos un intento de autoeliminación. Un análisis estadístico de chi cuadrado mostró una asociación estadísticamente significativa entre depresión, desesperanza, ideación suicida, trastornos de conducta, consumo de alcohol, uso de drogas y percepción de conflictos en la familia.

En 2002, Rodríguez et al. (2005) realizaron un estudio de casos comparativo de todas las personas de hasta 19 años que consumaron suicidio en Uruguay en ese año. Se estudiaron certificados de defunción, partes policiales, actuaciones judiciales, historia clínica, diarios personales, notas suicidas y se entrevistó a familiares, allegados, docentes y terapeutas. La mayoría (71%) correspondieron al sexo masculino con un índice de masculinidad de 2,45. La edad media fue de 17 años, con una media para varones de 17,3 y para mujeres de 16,3 años. La mayoría de los casos (66%) residía en el interior del país. Sesenta y seis por ciento pertenecía al nivel socioeconómico bajo, lo que difiere de algunos de los hallazgos descritos anteriormente en población general. Al momento de la muerte, 53% de los jóvenes trabajaban, en tanto seis no tenían inserción académica ni laboral. La creencia religiosa fue referida en 39%, identificándose en dos casos una "tendencia fundamentalista". Con respecto a la composición familiar, la mayoría (89%) no vivían solos. La mitad de los casos con información al respecto provenía de hogares de padres separados; la tercera parte tenía pareja conocida y de ellos cinco tenían hijos. En relación a la escolaridad, 37% tenía antecedentes de repetición escolar y sólo un tercio estudiaba al momento de la muerte, correspondiendo a las edades menores. Coincidiendo con los resultados de los estudios anteriormente revisados, algo más de la mitad presentó trastornos del estado de ánimo, especialmente depresivos; cerca de la cuarta parte tenía sintomatología ansiosa; en 16% se asociaban depresión y ansiedad y un caso presentaba un trastorno psicótico. Veintiuno por ciento presentaba consumo de alcohol u otras drogas, o ambos, 24% tenía el antecedente en la infancia de trastorno por déficit de atención y comportamiento y en 13% se encontró el antecedente en la infancia de síntomas sugestivos de un trastorno de ansiedad por separación. Dos tercios (61%) presentó acentuados rasgos de personalidad del tipo A (paranoide, esquizoide o esquizotípico) y en menor grado del tipo B (trastorno antisocial, límite, histriónico o narcisista), seguido por el tipo C (evitación, dependencia u obsesivo-compulsivo). En tres existía el diagnóstico de retardo mental. Once por ciento tenía antecedentes médicos: psoriasis, obesidad

mórbida, defecto neurosensorial congénito y cuadro agudo de abdomen grave, y en cinco casos existió consulta médica en el mes anterior al suicidio. Finalmente se constató que la mayoría de los jóvenes (80%) no estaba recibiendo tratamiento psiquiátrico o psicológico al momento del suicidio.

Otro estudio más reciente sobre IAE se realizó en Hospital Pereira Rossell en 2010 (Martínez, 2011) Se incluyó a todos los niños entre los 11 a 14 años 11 meses que hicieron un IAE en los 6 meses del estudio (1-7/2010). Se aplicaron cuestionarios especialmente diseñados y entrevistas semiestructuradas en las primeras 24 horas de la internación a padres y niños o adolescentes (Child Behaviour Check List –CBCL– para padres y niños mayores de 11 años). Entre los resultados se destaca que 82,5% pertenecían al sexo femenino y 17,5% al masculino; 91% eran mayores de 11 años y, de éstos, 47,5% tenía 14 años; 75% realizaron un primer IAE; la media de Puntaje Total del CBCL de la muestra fue de 62,4, o sea francamente patológica; la prevalencia CBCL (padres) fue de 76,9% y la CBCL (youth) de 48,7%. De acuerdo a los autores, estas diferencias refuerzan la importancia de tener en cuenta la perspectiva familiar en la evaluación y tratamiento de un adolescente. En relación a la psicopatología, prevalecieron los Trastornos del Humor y Trastornos por estrés postrauma (CBCL padres y youth); alta comorbilidad, CBCL padres 47,9%. Como dato de interés, los autores refieren que 23% de los adolescentes negaron la intención de hacerse daño o de intentar suicidarse.

En la misma época que el trabajo anterior, se realizó un estudio en el sector educativo (Canetti, A.; Larrobla, C. et al., 2011) cuyo objetivo general fue describir la frecuencia de factores de riesgo de IAE en adolescentes de 14 a 19 años que concurrían a un centro educativo de la ciudad de Montevideo, que consintieron por escrito en participar y cuyos padres no hubieran rechazado por escrito dicha participación. Los objetivos específicos fueron: 1) describir la frecuencia y características de la Ideación Suicida (IS), 2) medir los niveles de depresión y desesperanza de los adolescentes, y 3) comparar características sociodemográficas y psicosociales entre los alumnos con IS actual y aquellos que no presentaban pensamientos suicidas.

Cuarenta y dos por ciento de los estudiantes presentaron niveles de desesperanza por encima del puntaje mínimo según Escala de Desesperanza de Beck. En relación a la depresión, 13,2% superaba el punto de corte del Inventario de Beck para Depresión (4,5% niveles moderados o severos, 8,7% leve). En relación a ideas suicidas 3,2% superó los 10 puntos en la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI), recomendado por Beck como indicador de alto riesgo suicida y 10% tenía al menos 1 punto en dicha escala. Siete con tres por ciento tenía al menos un IAE previo. La desesperanza, depresión e ideación suicida se correlacionaron significativamente entre sí. Entre los factores que asociaron con ideación suicida en ambos sexos, los más importantes fueron niveles moderados y severos de depresión y antecedente de IAE. También asociaron el mal relacionamiento con los padres, escaso apoyo

familiar así como un clima de relaciones familiares conflictivo. A ello se suman la percepción del adolescente de tener problemas con amigos y en el ánimo. Para los varones aparece una asociación significativa con la percepción de ausencia de confidentes (aislamiento social), de problemas con la pareja y la presencia de conocidos con IAE. En las mujeres asocia significativamente la presencia de familiares con enfermedad física terminal (cáncer). La mayoría de los casos con IS actual o con IAE previos no había consultado previamente con equipos de salud mental a pesar de haber estado en contacto con el sistema de salud. Las autoras destacan el valor del *screening* en ámbitos educativos cuando es aplicado por personal especializado, en un contexto de apoyos para la atención de los casos identificados.

En 2009 el Programa Nacional de Salud de Adolescencia y Juventud realizó una investigación cuyo objetivo fue conocer las características sociodemográficas y clínicas de adolescentes y jóvenes que cometieron suicidio en Uruguay ese año. Las edades analizadas y el método empleado difirieron parcialmente del estudio de Rodríguez et al. (2005). En este caso se revisaron certificados de defunción e historias clínicas en población de 10 a 24 años. De los 79 casos estudiados, 83,5% pertenecía al sexo masculino y 16,5% al sexo femenino. Sesenta y ocho con tres por ciento tenía entre 20 a 24 años. La tasa de mortalidad por suicidio en Montevideo fue de 8,3 cada 100.000 adolescentes y jóvenes, y en el interior de 10,9. En 81% de los casos, el método utilizado fue el ahorcamiento; 15% utilizó arma de fuego; 2,5% ingesta de psicofármacos y 1,5% asfixia por sumersión. Del total, se revisaron 26 historias clínicas con los siguientes resultados: 58% tenía consultas en los diferentes servicios, en el año previo al suicidio (57 consultas en total). De los que consultaron, 23% lo hizo al menos en 3 oportunidades en el último año (40% lo hicieron en un servicio de psiquiatría, 33,4% en emergencia y 26,6% en diferentes policlínicas). Con respecto a los motivos de las consultas, 49% correspondía a la esfera psíquica (ansiedad, depresión, crisis de pánico, crisis de hetero y autoagresión); 16% a consultas por IAE; 7% a episodios agudos de consumo abusivo de sustancias psicoactivas (benzodiacepinas, pasta base, alcohol, marihuana y solventes, la mayoría de las veces con policonsumo); otro 7% correspondió a lesiones de entidad (en dos casos lesiones severas por agresión en vía pública con TEC con pérdida de conocimiento y traumatismo facial y otros dos casos por accidente de tránsito (accidente en moto posterior a ingesta abusiva de alcohol y caída en bicicleta con TEC pérdida de conocimiento). El restante 21% de las consultas corresponde a otros motivos. Treinta y cinco por ciento de los adolescentes cuya historia se revisó, eran portadores de enfermedad crónica no psiquiátrica como epilepsia, alergia, asma, dermatosis, bocio, discapacidad por retraso mental y tumor óseo con dolor crónico.

Del total de adolescentes, 50% tenían trastornos psiquiátricos diagnosticados mientras que 8% no y en 42% no se consigna el dato en la historia clínica. En cuanto al consumo de sustancias, 46% presenta consumo de alcohol, marihuana, pasta base, solventes, psicofármacos, tabaco, en un caso (4%) se explicita el no consumo.

Cincuenta por ciento no presenta el dato en la historia. En cuanto a antecedentes de IAE, 31% de los jóvenes con historia revisada (8) tuvieron IAE previo consignado, uno de ellos con 4 intentos (el primero a los 11 años), otro con 3 intentos y otros dos con 2 intentos cada uno. Los otros 4 adolescentes y jóvenes presentaron un intento antes del suicidio. Todos los que presentaron IAE fueron referenciados a psiquiatra y consta la consulta realizada. Finalmente en 20 de las 26 historias revisadas surgían situaciones o condiciones de vida desfavorables (eventos que sufre el individuo o su entorno que podrían favorecer la determinación de cometer suicidio) por las que había estado o estaba transitando el adolescente o joven, previo al suicidio. Estas situaciones generalmente afectaban los tres niveles: personal, familiar y del entorno de la cotidianidad del adolescente o joven. En 6 historias, por la falta de datos registrados, no puede descartarse su presencia.

Finalmente, se realizó un estudio en la emergencia pediátrica del Hospital Pereira Rossell (Pandolfo et al., 2011) cuyo objetivo fue conocer la incidencia de las consultas por IAE en menores de 15 años, las características de su entorno y los métodos empleados Se incluyeron 145 pacientes, cuya media de edad fue de 12 años 7 meses y 77% de sexo femenino. Entre los desencadenantes del IAE se destacan: conflictos interpersonales (57%), pérdidas afectivas (17%) y maltrato o abuso (11%). En 78% hubo ingesta de fármacos, 18% planificó el IAE, 77% ocurrió en su domicilio, 10% tuvo riesgo vital. Un tercio tenía al menos un IAE previo. De los 123 IAE con ingesta de fármacos, 101 fueron mujeres (n 112) y 22 varones (n 33) ($p < 0,05$). Entre los menores de 10 años, 8/15 fueron varones y, en los mayores de 10 años, 25/130 ($p < 0,05$). Entre los menores de 10 años, 50% utilizó un método no farmacológico. Entre los mayores de 10 años, lo hizo 19% ($p < 0,05$). Los autores concluyen que la incidencia de IAE es de 2/1000 consultas anuales, predominando en menores de entre 12 y 14 años, de sexo femenino, que ingieren fármacos en su domicilio. Entre los menores de 10 años predominan los varones y la utilización de métodos distintos del farmacológico.

Para culminar esta revisión, es importante señalar que en nuestro país son muy escasos los estudios neurobiológicos en personas con conducta suicida. Este hecho ha estimulado a incluir en este libro un capítulo específico de actualización en esta temática. Sólo mencionaremos que, a partir de los trabajos de Asberg (1986), se sabe que el sistema serotoninérgico juega un papel importante, estando el principal metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxi-indol-acético (5-HIAA), reducido en el líquido cefalorraquídeo de individuos con intentos violentos de suicidio. Con relación a otros sistemas de neurotransmisión, como el dopaminérgico y el noradrenérgico, los estudios no arrojan resultados consistentes. Dajas (1995, 2010) estudió niveles de noradrenalina en líquido cefalorraquídeo en casos de autoagresión suicida en Uruguay, reforzando otros hallazgos que señalan que, si bien este neurotransmisor es importante en la preparación de la conducta agresiva, no está elevada en el sistema nervioso central durante el acto agresivo mismo.

3. Aportes a la descripción de la fenomenología psicopatológica de la conducta suicida desde la perspectiva de la psiquiatría uruguaya: algunos hallazgos

Dentro de la perspectiva psiquiátrica, un área interesante sobre el estudio de la conducta suicida tiene que ver con los aspectos psicodinámicos y fenomenológicos identificados en aquellas personas que asumen estos comportamientos. En Uruguay hay al respecto descripciones interesantes que creemos deben ser rescatadas y consideradas, destacándose las realizadas por el profesor Murguía (por ese entonces Profesor Adjunto de Psiquiatría) en la segunda mitad del siglo pasado, décadas antes que Schneidman caracterizara el comportamiento suicida.

En 1967 Murguía publica un estudio de 50 pacientes con intento de suicidio, todos por primera vez (aunque luego hubieran repetido el IAE), y describe con exhaustivo detalle los rasgos psicopatológicos de los pacientes. Entre ellos destaca un conjunto de características comunes que analiza en profundidad: a) *Vivencia de soledad*, caracterizada por una experiencia subjetiva de aislamiento, de segregación social, de incomunicación, de falta de apoyo solidario para enfrentar la vida como anticipo de la muerte. Esta vivencia, cargada de representaciones de culpa y fracaso, sería responsable de poner a la conciencia ante la perspectiva de lo que el autor denomina *vacío antropológico*, siendo la que más gravita en cuanto a hacer conscientes las fantasías destructivas; b) *Desesperanza* "que acompañó y completó el sentimiento de soledad, dolorosa vivencia nostálgica de una interrumpida comunicación, siendo la experiencia vivenciada de un ámbito desértico y vacío, sólo poblado por fantasías de culpa e indignidad y por perspectivas amenazantes de castigos…"; c) *Defectuosa y distorsionada elaboración del tiempo:* "…Todos los pacientes vivenciaban, en cierto grado, un síncope del tiempo con incapacidad para elaborar la dimensión futura del tiempo". d) *Falta de resignación. Rebeldía:* "…las representaciones tanáticas que formulaba su conciencia atormentada, el continuo coqueteo con la idea de morir y con los procedimientos a utilizar para ello, la decisión final del proyecto suicida y su ejecución o ensayo de ejecución son la dimensión de una disconformidad rebelde con el destino existencial que ha tocado en suerte vivir. Son la expresión última del juego dialéctico entre las instancias conformistas y rebeldes del espíritu. El acto autoagresivo fue vivido por los pacientes, en el momento de cumplirlo, como la suprema y única posibilidad que les restaba de realizarse". Murguía también describe hallazgos fenomenológicos particulares. En las Personalidades Psicopáticas, identifica constantemente una vivencia desestimativa de la vida. Asimismo, en "Personalidades Psicopáticas, sujetos con rasgos de Neurosis Histérica, o aun en Personas más o menos normales, sufriendo todos ellos alguna frustración que determinó reacciones pasionales", el autor encuentra que el suicidio no "era sentido tan vívidamente como fuga de la situación penosa de desolación, desesperanza e intemporalidad, sino como realización y cumplimiento de una pulsión homicida ejerciéndose sobre la figura frustradora introyectada…".

4. Estrategias preventivas. La situación en Uruguay

4.I. Consideraciones generales

Hasta hace pocas décadas el suicidio y la conducta suicida eran tema privados, muchos veces ocultos, no sólo en Uruguay sino en el mundo, y su atención quedaba reservada al ámbito médico, especialmente del psiquiatra (Ginés, 1999). De hecho éstas siguen siendo una creencia y una práctica hegemónicas, acompañadas de variados mitos instalados en la sociedad que, de alguna manera, han permitido eludir el problema y concebirlo como una circunstancia de responsabilidad individual o, en todo caso, circunscripta al ámbito familiar.

Sin embargo los cambios ocurridos en la aproximación a los problemas que afectan la salud de las personas, su comprensión en términos de fenómenos multidimensionales y complejos, y los esfuerzos por mejorar la capacidad de prevenirlos, han hecho que la problemática de la conducta suicida vaya ubicándose cada vez más como un fenómeno social sobre el cual es necesario hablar y para el cual las acciones preventivas y de atención no se restringen al ámbito sanitario y psiquiátrico, sino que involucran al conjunto de la sociedad. El Estado ha debido ir asumiendo, concomitantemente, una responsabilidad y compromiso cada vez mayores, que lo llevan a ubicar hoy a esta problemática, por ejemplo, dentro de las prioridades sanitarias nacionales.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha priorizado la importancia de la prevención del suicidio y ha creado un programa específico, el SUPRE (Suicide Prevention), orientado a apoyar las acciones en este sentido. En América Latina, la Organización Mundial de la Salud (OPS) definió su Plan Estratégico 2014-2019, considerando que el suicidio es uno de los indicadores de impacto que deben ser evaluados en la Región. Dicho plan plantea que son "ocho los trastornos prioritarios que más contribuyen a la morbilidad en la mayoría de los países en desarrollo: depresión, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, suicidio, epilepsia, demencia, trastornos debidos al consumo de alcohol, trastornos debidos al uso de drogas ilícitas y trastornos mentales en los niños. En la Región, los problemas que requieren especial atención son la depresión, los trastornos debidos al consumo de alcohol, demencia y los trastornos mentales de los niños y los adolescentes, incluida la prevención del suicidio". El plan propone contener la mortalidad prematura debida a la violencia y los traumatismos al abordar los principales riesgos para los adolescentes y adultos jóvenes (15 a 24 años de edad) y que no haya aumentos de suicidios en esa franja en 2019 en comparación con 2014 (OPS, 2013).

Se han planteado diversas estrategias de acción cuyo impacto a nivel mundial ha sido evaluado en múltiples investigaciones: a) los programas de prevención primaria (y/o prevención universal) dirigidos a población general, cuyo objetivo es

sensibilizar, informar y reducir el estigma asociado, así como a población con factores de riesgo; b) los de prevención secundaria, dirigidos a mejorar el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno; y c) los de prevención terciaria, destinados a la puesta en marcha de estrategias de rehabilitación adecuadas para personas que ya presentan o han presentado conducta suicida (World Health Organization, 2012).

Estrategias preventivas a nivel de población general

- Restringir el acceso a los medios de autolesión/suicidio
- Desarrollar políticas para reducir el uso nocivo del alcohol como un componente de suicidio
- Ayudar y alentar a los medios de seguir las prácticas de información responsables de suicidio

Estrategias de prevención para las subpoblaciones vulnerables en situación de riesgo

- Formación de gatekeepers, o sea de personas que entran en contacto frecuente con los miembros de la comunidad, especialmente de poblaciones vulnerables
- La movilización de las comunidades
- Los sobrevivientes

Estrategias de prevención a nivel individual, específicamente la identificación, gestión, apoyo y derivación de las personas suicidas en las comunidades

- integrar la prestación de servicios de salud mental en la atención primaria;
- Llamar la atención sobre la falta de servicios de salud mental, si es necesario;
- Resaltar la necesidad de educar a los trabajadores de la salud primaria regularmente sobre la prevención del suicidio.

Mejorar el registro de casos y la realización de investigaciones

Uruguay ha acompasado los cambios mundiales producidos en la comprensión y abordaje de la conducta suicida. También en el país se trataba hasta hace poco de un tema tabú, individual, oculto, temido y sancionado socialmente. Influido por los movimientos internacionales, así como por las advertencias procedentes del campo científico, el problema del suicidio y de la conducta suicida se instala progresivamente como una cuestión social, en la que sin duda a la psiquiatría le compete una responsabilidad relevante, aunque necesariamente compartida. Al respecto, hacia fines del siglo XX, el profesor Ángel Ginés (1999) planteaba que la consulta especializada era para entonces en el país *"el principal recurso en la preven-*

ción del suicidio. Los conocimientos y los recursos terapéuticos actuales permiten afirmar que la prevención del suicidio tiene, por ahora, como instrumento principal la consulta con el médico especializado en psiquiatría. Desde luego que la medicina y la psiquiatría aspiran a multiplicar sus efectos benéficos a través de medidas de prevención directamente aplicables por la comunidad… El auxilio de la ciencia, la técnica y los técnicos es notorio, pero a condición de tener claro que desbordan su campo. La participación de la comunidad y de cada persona resultan pertinentes por su insustituible protagonismo".

Desde entonces a la fecha, Uruguay ha avanzado sustancialmente en la definición de políticas de prevención del suicidio, aun cuando ello no se refleje aún en una reducción de las tasas. La creación de la Comisión Honoraria de Prevención del Suicidio en 2004, el Plan de Salud Mental, el Plan de Prevención de suicidio 2011-2015 (actualmente se está formulando el plan para el próximo lustro) y el establecimiento del registro obligatorio de los intentos de autoeliminación (FRO) son expresión de estos avances. En el sector público, la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) ha introducido cambios en la gestión asistencial que ubican a la conducta suicida como problema específico a atender.

4.2. Sobre la formación de recursos humanos y prevención de conducta suicida

Un aspecto central en la prevención de suicidio es la formación de recursos humanos en salud. En relación a los aportes de la psiquiatría en esta línea, en el mismo trabajo de Ginés (1999), se señalaba que en Uruguay los especialistas "son entrenados para valorar el riesgo suicida, establecer los diagnósticos clínicos que condicionan el riesgo (en sus niveles neurobiológico, psicopatológico y psicosocial) y en la administración del plan terapéutico. El plan se establece con el consentimiento y el acuerdo entre la persona y su familia o ambos y el médico psiquiatra tratante. Este plan terapéutico incluye medidas de protección de la persona (cuando el incremento episódico del riesgo lo aconseja) y el empleo combinado de medicación, psicoterapia y medidas psicosociales".

Estas mismas orientaciones generales se mantienen en la currícula de la formación del especialista en la actualidad. Pero más allá de ser un referente esencial, diversos autores señalan que la formación del psiquiatra en el problema específico de la conducta suicida es insuficiente y se reconoce que la exposición a este problema es estresante, especialmente en los primeros años de residencia (Pilkinton, 2003; Barekatain et al., 2013).

Además de la formación del especialista en psiquiatría pediátrica y de adultos, en la currícula de pregrado de la carrera de medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UdelaR) se ha incluido progresivamente el tema del suicidio, especialmente vinculado con los trastornos psicopatológicos, como la

depresión y el consumo problemático de sustancias, o con problemas psicosociales y de salud prevalentes, como son la violencia y las situaciones traumáticas. En el país, además de las cátedras psiquiátricas, la Unidad de Salud Mental en Comunidad, hoy adscripta a la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina de la UdelaR, desarrolla actividades de enseñanza, extensión e investigación en esta problemática desde el primer nivel de atención y ha producido guías prácticas de prevención de conducta suicida para personal de salud y educación, en el marco de su integración al "Grupo de Prevención y Comprensión de la Conducta suicida" de la Universidad de la República (Larrobla, Canetti et al., 2013). Sin embargo, los estudios generados por este grupo con personal de salud muestran que la formación es aún insuficiente y que existe una demanda de los propios profesionales por mejorar su adiestramiento en el abordaje de esta problemática. Persisten fuertes creencias y barreras socioculturales y formativas que siguen ubicando a la conducta suicida como una situación rechazada y contraria a la consideración, aún hegemónica, de que la práctica sanitaria está destinada a salvar la vida a aquellos que padecen de enfermedades/lesiones de manera involuntaria y no a quienes se las provocan (Larrobla, Hein et al., 2015).

Tabla 2. Revisión de estudios de conducta suicida

Todas las edades

	Población	**Período**	**Factores primarios Antec médicos/de salud**	
Murguia, 1968	Suicidas en Montevideo			
Dajas,1988	Suicidas en Montevideo vs Estocolmo		+ depresión mayor en Montevideo	
Dajas, 1990	Suicidios pobl. general y Montevideo	(1987, 1988, 1989)	Motivos psiquiátricos (más de 40%), y de salud (12%) psicológicos (25%)	
Lucero, 2003	Montevideo pobl. general suicidas IAE Emergencias H. Clínicas	2000-2001	67% trastorno psiquiátrico; 30% síntomas. Diagnósticos más frecuentes: depresión y alcoholismo; 50% antecedentes personales de IAE. Enfermedades crónicas y antecedentes familiares psiquiátricos. En IAE: diagnósticos de trastornos depresivos y trastornos de personalidad.	
Pasturino, 2004	Suicidas que consultaron Hospital Vilardebó en los meses previos al suicidio	Mayo 2001-diciembre 2002	Antecedentes IAE; 75% síntomas depresivos (episodio depresivo mayor solo o en comorbilidad con esquizofrenia, trastorno de personalidad del grupo B o retardo mental), frecuente el consumo de sustancias, sobre todo alcohol.	
Vignolo, 2009	Pobl. general	Año 2000		
Larrobla, 2007	IAE de consumidores del H. Maciel.	Julio y octubre de 2004	34,7% realizó uno o más IAE.	
Heuguerot et al., 2015	Pacientes del Pineyro del Campo con antec. de IAE.	2015	Trastorno depresivo, rasgos acentuados de personalidad y trastorno por consumo de alcohol.	

en Uruguay. Todas las edades/adolescentes y jóvenes

Factores secundarios Sucesos estresantes, NSE	**Terciaros: edad sexo**	**Momento del año y del día**	**Método**
Predominó en los estratos medios (53%)	Ligero predominio, no significativo, del suicidio en los solteros		
Antec. de problemas familiares (19%). En Montevideo no hay diferencias en variables socioeconómicas de la zona de mayor prevalencia de suicidios con respecto a la media de la ciudad.	Adultos mayores aunque las tasas son altas a partir de los 50 años. El fenómeno se repite en el interior, con un predominio del hombre en la séptima y octava décadas, pero con cifras sobre la media a partir de los 20 años. Relación hombre-mujer de 3 a 1, casados IAE: mujeres, segunda década de la vida (Montevideo e interior), solteros	Montevideo: predominio hacia el fin de la primavera y comienzo del verano (sin dif. significativas)	Suicidio: métodos violentos. IAE: psicofármacos
Ingresos económicos estables (trabajo, jubilación)	Suicidas más frecuente en hombres, aumento del riesgo en el grupo de 20 a 30 años y a partir de los 45-50 años; casados Grupo con IAE –83 casos– menor edad (promedio de edad de 30,6 años), sexo femenino (1,4 a 1)	Mayor frecuencia en invierno y primavera	
Carencia de trabajo, familia y red de soporte social	Igual en ambos sexos, en edades medias de la vida.	La mayoría de ellos en primavera,	Predominio del ahorcamiento
En Montevideo, mayores tasas en el nivel de instrucción terciaria, en desocupados y jubilados	Tasas más altas para 75a y más, con picos, con aumento a partir de los 40; razón hombre/mujer: 4,35 divorciados/as y viudos/as	Momento más frecuente fue durante el día; no diferencias significativas en relación a la estación (predominó la primavera).	Disparo por arma de fuego.
	IAE: no diferencia significativa entre sexos.		

Adolescentes y jóvenes

	Población	Período	Factores primarios Antec. médicos/de salud	
Bailador, 1997	Adolescentes que asistían a 4 instituciones públicas de secundaria de Montevideo	1996	18% de los jóvenes se habían sentido tristes sin causa aparente, 28% pensaba que era mejor morir que seguir viviendo, 14% pensó alguna vez quitarse la vida y 5% había realizado por lo menos un IAE Asociación entre depresión, desesperanza, ideación suicida, trastornos de conducta, consumo de alcohol, uso de drogas	
Frioni, 1993	Adolescentes con IAE de 11 a 15 años atendidos en Clínica de Psiquiatría de Niños y Adolescentes del Hospital Pereira Rossell		Síntomas depresivos	
Rodríguez, 2005	Personas de hasta 19 años que consumaron suicidio en Uruguay	2002	En más de la mitad trastornos del estado de ánimo en su mayoría trastornos depresivos. Cerca de la cuarta, sintomatología ansiosa y en 16% asociación depresión y ansiedad. 21% hábitos tóxicos (alcohol o drogas, o ambos, de abuso), 24% antecedente en la infancia de trastorno por déficit de atención y comportamiento y en 13%. La mayoría rasgos de personalidad tipo A, 11% antec. médicos. 80% sin trat. Psiquiátrico.	
Martínez, 2011	Adolescentes de 11 a 14 años 11 meses que hicieron un IAE en los 6 meses del estudio	1-7/2010	62,4%, o sea francamente patológica (CBCL) Predominaron trastornos del Humor y Trastornos por estrés postrauma (CBCL padres y youth); alta comorbilidad.	
Larrobla, Canetti, 2011	Alumnos de 15 a 19 años de una institución educativa de Montevideo	2009-2010	42% niveles de desesperanza por encima del puntaje mínimo según Escala de Desesperanza 13,2% superaban el punto de corte del Inventario de Beck para Depresión (4,5% niveles moderados o severos, 8,7% leve). 3,2% superó el puntaje de 10 puntos en la Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI), recomendado por Beck como indicador de alto riesgo suicida y 10% tenía al menos 1 punto en dicha escala. 7,3% tenía al menos un IAE previo. niveles moderados y severos de depresión y antecedente de IAE	
Graña, 2009	Suicidas adolescentes y jóvenes	2009	58% consultas en diferentes servicios en el año previo al suicidio 50% de los que tenían Historia clínica tenían trastornos psiquiátricos diagnosticados; 46% consumo de sustancias como alcohol, marihuana, pasta base, solventes, psicofármacos, tabaco; 31% de los jóvenes con historia revisada (8) tuvieron IAE previo consignado,	
Pandolfo et al., 2011	IAE en menores de 15 a en Emergencia HPR	2010	IAE previos: un tercio	

Factores secundarios Sucesos estresantes, NSE	Terciaros: edad sexo	Momento del año y del día	Método
Percepción de conflictos en la familia			
• Motivos + frecuentes: conflictos familiares, en especial con la madre • Historias de pérdidas y separaciones	Predominio de mujeres edad promedio: 13 años	Ingesta de medicamentos	
2/3 nivel socioeconómico bajo. Más de la mitad trabajaban	Sexo masculino con un índice de masculinidad de 2,45. La edad media fue de 17 años, interior del país.		
	La mayoría femenina (87%). Cerca de la mitad 14 años.		
Asocian con Ideas suicidas mal relacionamiento con los padres, escaso apoyo familiar, clima familiar conflictivo. Percepción problemas con amigos y en el ánimo. En varones percepción de ausencia de confidentes (aislamiento social) y de problemas con la pareja y conocidos con IAE. En mujeres: familiares con enfermedad física terminal (cáncer).	No diferencia significativa de Ideación suicida entre sexos		
en 20 de las 26 historias revisadas surgían situaciones o condiciones de vida desfavorables personales, familiares y delentorno	83,5% masculino y 16,5% femenino. Predominio en el grupo de del grupo de 20 a 24 años (68%)		81% ahorcamiento; 15% arma de fuego; 2,5% el ingesta de psicofármacos y el 1,5% asfixia por sumersión.
Conflictos interpersonales (57%), pérdidas afectivas (17%) y maltrato o abuso (11%).	Media de edad fue de 12a 7m y 77% de sexo femenino.		78% fármacos. Mayoría mujeres. Entre los menores de 10 años, 50% utilizó un método no farmacológico

Tabla 3. Trabajos publicados en la Revista de Psiquiatría del Uruguay desde su origen a 1999

1) Puppo Touriz, Héctor; Martínez Pesquera, Guzmán *Estudio estadístico y etiopatogénico de 231 casos de intento de suicidio.* 1964;29(172):37-59.
2) Murguía, D. Exploración fenomenológica en 50 casos de suicidio. Rev Psiquiatría Uruguay. 1967; 32 (187:3-43).
3) Puppo-Touriz, H., Murguía D. Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el Departamento de Montevideo. (con.) Rev Psiquiatría Uruguay, 1968; 33(197:3-17).
4) Severino, Juan Pedro *Algunas consideraciones fenomenológicas sobre el suicidio.* 1975;40(238):9-15.
5) Murguía, Daniel; Puppo Touriz, Héctor, Soiza Larrosa, Augusto. *Epidemiología del suicidio en Latino-América.* 1979;44(264):225-237.
6) Puppo Touriz, Héctor; Mesa, Guillermo; Soiza Larrosa, Augusto; Yametti, Luis; Puppo Bosch, Dagoberto; Medina, Rubén; Perona, Domingo; Borges, Federico. *Algunos aspectos del suicidio en Montevideo con particular referencia a los tóxicos.* 1981;46(272):75-83.
7) Puppo Bosch, Dagoberto. Autopsia psicológica en 50 suicidios. 1981;46(273): 111-118.
8) Puppo Touriz, Héctor, Toma, José Antonio; Puppo Bosch, Dagoberto. Suicidio. 1981;46(274): 159-174.
9) Puppo Touriz, Héctor; Berro Rovira, Guido; Soiza Larrosa, Augusto; Puppo Bosch, Dagoberto. *Diagnóstico médico legal del suicidio. Empleo de una confiable metodología.* 1982;47(281):194-202.
10) Berro Rovira, Guido; Soiza Larrosa, Augusto. *Suicidio esquizofrénico. A propósito de una inusual observación.* 1983;48(286):192-202.
11) Puppo Bosch, Dagoberto; Soiza Larrosa, Augusto, Georgieff Oxobi, Lidia; Puppo Touriz, Héctor. *Estudio multidisciplinario de un suicidio.* 1986;51(301):23-32.

1) Dajas F. *Alta tasa de suicidio en Uruguay: consideraciones a partir de un estudio epidemiológico* Rev Med Urug 1990; 6: 203-215.
2) Dajas F Alta tasa de *suicidio* en Uruguay, IV: la situación epidemiológica ... Vol.17 - Nº 1 - Abr. 2001.
3) Viscardi N; Hor F; Dajas F. *Alta tasa de suicidio en Uruguay. Evaluación de la desesperanza en adolescentes* Rev Med Urug 1994; 10: 79-91.
4) Bailador P; Viscardi N; Dajas F. *Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo* Rev Med Urug 1997; 13: 213-223
5) Lucero Abreu R. *Suicidios en el Uruguay: su relación con la economía nacional (1972-1992)* Rev Med Urug 1998; 14: 236-247.
6) Montalbán, A. *El suicidio: la urgencia de un grave problema* Rev Med Urug 2004; 20: 91.
7) Dajas F. (2004). *El suicidio: la urgencia de un grave problema* Rev Med Vol. 20 Nº 2 Agosto.
8) Rodríguez Almada, H; Garcia Maggi, I; Ciriacos, C. *Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio en niños y adolescentes en Uruguay* Rev Med Urug 2005; 21: 141-150.
9) Larrobla C; Pouy A. *Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas* Rev Med Urug 2007; 23: 221-232.
Noticias
Ginés A. M. (1999). *Contra la desesperanza. Suicidio en Uruguay*. Revista Noticias - SMU; 97:54-56.

Referencias bibliográficas

Aleman, A. & Denys, D. (2014). A road map for suicide research and prevention It is time for policy-makers, funders, researchers and clinicians to tackle high suicide rates. *Nature, 509*:421.

Apter, A.; King, R. A.; Bleich, A.; Fluck, A.; Kotler, M. & Kron, S. (2008) Fatal and non-fatal suicidal behavior in Israeli adolescent males. *Arch Suicide Res*, *12*(1), 20-29.

Asberg, M.; Nordstrom, P. & Traskman-Bendz, L. (1986): Biological Factors. In: Suicide. En: Alec Roy, Chir B (eds). *Suicide*. Los Angeles: ED Williams y Wilkins, 47-72.

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). Guía *de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Bailador, P.; Viscardi, N. y Dajas, F. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes en Montevideo. *Rev Med Uruguay*, *13*: 231-223.

Barekatain, M.; Aminoroaia, M.; Ardestani, S. M.; Rajabi, F. & Attari, A. (Octubre 2013). Educational Needs Assessment for Psychiatry Residents to Prevent Suicide: *A Qualitative Approach International Journal of Preventive Medicine*, *4*(10).

Barrios, L. C., Everett, S. A., Simon, T. R. & Brener, N. D. (2000). Suicide ideation among US college students: associations with other injury risk behaviors. *Journal of American College Health*, *48*: 229-233.

Beck, A. T.; M. Kovacs & Weissman, A. (1979). *Journal Consult Clinic Psychology*, *47*: 343-352.

Bertolote, J. M. & Fleischmann, A. (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. En: D. Wasserman & C. Wasserman (eds.). *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention: a global perspective.* Oxford, Oxford University Press, pp. 91-98.

Bursztein, C. & Aptera, A. (2008). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry, 22*, 1-6.

Canetti, A. & Larrobla, C. (2011). *Risk factors for suicidal behavior in social disadvantaged adolescents of Montevideo*, Uruguay, 15th World Congress of Psychiatry, Buenos Aires. Recuperado de: http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Poster.1.Congreso-Mundial-Psiquiatria.2011.pdf

Dajas, F. (1990). Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. *Rev Med Uruguay, 6*: 203-215.

Dajas, F.; Costa, G.; Rivero, G. y Dajas, M. (1998). Estudio transcultural de la psicobiología del suicidio y la depresión. *Rev Psiquiatr Urug, 62*:23-30.

Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual. *Rev Med Uruguay, 17*: 24-32.

Dajas, F. (Diciembre, 2002). Incremento de las tasas Suicidio en Uruguay: el último incremento y la continua insensibilidad de las autoridades de salud *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 66*(2): 164.

Dajas, F. (Agosto, 2004). El suicidio: la urgencia de un grave problema *Rev Med Uruguay, 20*(2).

Dajas, F. (2010). El cerebro violento. Sobre la psicobiología de la violencia y los comportamientos agresivos. *Rev Psiquiatr Urug, 74*(1): 22-37.

Dubow, E. F.; Kausch, D. F.; Blum, M. C.; Reed, J., & Bush, E. (1989). Correlates of suicidal ideation and attempts in a community sample of junior high and high school students. *J Clin Child Psychol, 18*: 158-166.

Durkheim, É. (2008). *El suicidio.* Madrid: Ed. Akal.

Flechner, S. (2000). Psicoanálisis y Cultura: La clínica actual de pacientes adolescents em riesgo. Um nuevo desafío? *Revista Latino-Americana de Psicanálise,* (4): 467-482.

Frioni de Ortega, M. (1993). Trabajando en un hospital pediátrico con adolescentes que han realizado intento de suicidio. En: *La problemática del suicidio en el Uruguay de hoy*. Tomo 1, Montevideo, Ed. Roca Viva.

Ginés, A. M.(1999). Contra la desesperanza. Suicidio en Uruguay. *Revista Noticias - SMU; 97*:54-56. Disponible en: http://www.smu.org.uy/publicaciones/noticias/noticias97/art16.htm

González, V. (2010). *Ni siquiera las flores: el Suicidio en el Uruguay*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Licenciatura en Sociología. Montevideo. Recuperado de: http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Ni-siquiera-las-flores-El-suicidio-en-Uruguay.pdf

Heuguerot, M. C.; Lucero, R.; Porto, V.; Díaz, E. y París, M. A. (2015). Tentativa e ideación de suicidio en adultos mayores en Uruguay. *Ciência & Saúde Coletiva, 20*(6), 1693-1702.

Institute for Health Metrics and Evaluation, Human Development Network, The World Bank (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy - Latin America and Caribbean* Regional Edition. Seattle, WA, IMHE.

Larrobla, C. & Pouy, A. (2007). Intento de autoeliminación y consumo de sustancias psicoactivas. *Rev Med Urug, 23*: 221-232.

Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G. y Durán, M. (2013). *Prevención de conducta suicida en adolescentes Guía para el sector salud y educación.* (UdelaR-ASSE-ANEP-CODICEN). Programa de comprensión pública de temas de interés general. Montevideo, CSIC-Art.2-UdelaR.

Larrobla, C,; Canetti, A,; Hein, P. y Novoa, G. *Prevención de conducta suicida en adolescentes en Uruguay: hacia una mejora de los recursos humanos de salud***,** Fondo Ma Viñas-ANII: Informe final. Recuperado de: http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/Informe-final-Fondo-Vi%C3%B1as-ANII.pdf

Lucero Abreu, R. (1998). Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992 *Rev Med Uruguay*, *14*: 236-247.

Lucero, R.; Díaz, N. y Villalba, L. (Agosto, 2003). Caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el período abril 2000-abril 2001. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 67*(1): 5.

Mann, J. J. et al. (October 26, 2005). Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA*, *294*(16).

Manson, S. M.; Beals, J.; Dick, R.W. & Duclos, C. (1989). Risk factors for suicide among Indian adolescents at a boarding school. *Public Health Rep*, *104*:609-614.

Martínez-Aguayo, J. C.; Arancibia, M. y Silva H. (2015). Psicofarmacología del suicidio: un análisis crítico. *Rev Chil Neuro-Psiquiat, 53*(2): 127-133.

Martínez Schiavo, A. (Diciembre, 2011). Algunas apreciaciones sobre el Intento de Autoeliminación. *Cuadernos de SUPIA,* Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Año I, Nº 1.

Ministerio de Salud Pública (2011). Plan Nacional de prevención del suicidio para Uruguay 2011-2015. Un compromiso con la vida. Montevideo, MSP.

Montalban, A. (2004). El suicidio: la urgencia de un grave problema. *Rev Med Uruguay, 20*: 91.

Muniz, A.; Cabo, P.; López, N.; Tortorella, A.; Venturino, D.; Maciel, A.; Rodríguez, M. y Varela, M. (Noviembre, 1995). *Estudio comparativo entre técnicas Gráficas y test de Rorschach en una Población de adolescentes Parasuicidas*. Trabajo presentado en las Jornadas de ADEIP sobre Psicodiagnóstico, Buenos Aires.

Murguía, D. L. (1967). Exploración fenomenológica en 50 casos de intento de suicidio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 32*(187): 3-43.

Murguía, D. L. y Puppo Touriz, H. (1968). Algunos aspectos epidemiológicos del suicidio en el departamento de Montevideo. Comunicación Previa. *Rev Psiquiatr Urug*; *33*: 3-17.

Murguía, D. L.; Puppo Touriz, H. y Soiza Larrosa, A. (1979). Epidemiología del suicidio en Latinoamérica. *Rev Psiquiatr Uruguay, 44*:225-37.

Oliva Fragoso, S. (Febrero, 2015). *El Suicidio en Tanatología.* México, D. F.: Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia.

OMS (2014). Global Health Estimates 2013: deaths by cause, age and sex; estimates for 2000-2012. Recuperado de: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/

OMS (2016). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Ginebra, OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2013). Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019 "En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad". Washington, OPS, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. Págs. 44, 72-73.

Organización Panamericana de la Salud (2009). "Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe". Washington, DC, OPS. Ed. Jorge J. Rodríguez.

Organización Panamericana de la Salud (2014). "Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional". Washington, DC, OPS.

Pandolfo, S.; Vázquez, M.; Máx, M.; Vomero, A. y Aguilar Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias. *Arch Argent Pediatr, 109*(1), 18-23.

Pasturino, B.; Vallarino, V. y Lima, M. (Diciembre, 2004). Estudio sobre suicidios consumados. Población usuaria del Hospital Vilardebó. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 6(2), 147.

Paykel, E. S.; Myers, J. K., Lindenthal, J. J.; & Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *Br. J. Psychiat*, *124*: 460-469.

Pilkinton, P. & Etkin, M. (2003). Encountering suicide: The experience of psychiatric residents. Acad Psychiatry*, 27*: 93-99.

Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry, 20*:17-22.

Robert, P. (Junio, 1999). El suicidio en Uruguay. *Nueva época /Salud Problema*, Año 4, Nº 6.

Rodríguez Almada, H.; García Maggi, I. y Ciriacos, C. (2005). Resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay. *Rev Med Uruguay, 21*: 141-150.

Roy, A. (1989). Emergencias Psiquiátricas. En: H. Kaplan & B. Sadock (Eds.) *Comprehensive textbook of Psychiatry, 2*(29.1), 1414. 5ª ed. New York, William y Wilkins.

Shaffer, D. (1988).The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. *J Clin Psychiatry, 49*: 36-41.

Shneidman, E. S. (1993) Suicide as a psychache. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 181*(3), 145-147.

Sociedad Psiquiatría del Uruguay (Noviembre 1999) Índice de autores personales e institucionales. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 63*(2).

Vignolo, J. (2004). *Estudio del suicidio en el Uruguay Período 1887-2000 y Análisis epidemiológico del año 2000.* Montevideo, UdelaR.

Vignolo, J. C.; Pamparamborda, M. del C.; Murillo, N.; S. Hernández, S.; Pérez, C. y Méndez, A. (2009). "Análisis epidemiológico de los fallecimientos por suicidio, Uruguay año 2000", *Revista de Salud Pública, 13*(1), 6-17.

World Health Organization (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva, OMS.

Conducta suicida en la adolescencia desde la mirada de la psicología

Silvana Contino[1]; Cristina Larrobla[2], María José Torterolo[3]

Introducción

Las realidades históricas, condiciones macrosociales, sociodemográficas, socioeconómicas, políticas y culturales de un lugar impactan en su población, en la conformación de la subjetividad y el curso del desarrollo adolescente (Klein, 2008; Fandiño Parra, 2011).

En la modernidad de Latinoamérica el adolescente poseía un lugar y función social relevantes. Dicha modernidad creaba, sostenía y garantizaba la adolescencia como espacio social de futuro y, a cambio, ésta contraía conductas y funciones que aseguraban la perpetuidad y la renovación de la sociedad; la imagen social de "los jóvenes son el futuro" se apoyaba en ello. El sujeto creaba una historia de vida y la sociedad recibía la ilusión de poder generarse y transformarse en sus jóvenes. Valores como la honradez, el esfuerzo, el ahorro, el trabajo y la educación resultaban en el cimiento del proyecto a futuro. En la modernidad, términos como inquietud, vivacidad, curiosidad y entusiasmo, describen una forma de construcción de subjetividad adolescente, al mismo tiempo que consensúan la configuración de un espacio social de ellos (Klein, 2008:27).

Las sociedades latinoamericanas muestran una marcada ambivalencia al mirar a sus jóvenes como una "esperanza bajo sospecha". Un grupo del que se espera y se tiene expectativas pero a la vez se desconfía de sus posibilidades y "temidos desbordes" (Fandiño Parra, 2011, citando a Rodríguez, 2001:156).

1 Magíster. Licenciada en Psicología. Profesora Adjunta del Instituto de Psicología Clínica. Integrante del Grupo Comprensión y Prevención Conducta Suicida, UdelaR-ASSE.

2 Doctora en Salud Mental. Profesora Adjunta de la Unidad de Salud Mental en Comunidad (DT), Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina UdelaR. Responsable del Grupo Comprensión y Prevención Conducta Suicida, UdelaR-ASSE.

3 Licenciada en Psicología. Asistente de la Unidad de Salud Mental en Comunidad, Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, UdelaR. Integrante del Grupo Comprensión y Prevención Conducta Suicida, UdelaR-ASSE.

Al contrario de lo descrito en párrafos anteriores, actualmente la adolescencia ya no se funda desde el conflicto y la confrontación, sino que lo precario sustituye el júbilo adolescente (Klein, 2008; Viñar, 2009). Los jóvenes latinoamericanos, en su mayoría, tienen diferentes desafíos en distintas áreas, como ser en el ámbito de valores, donde predomina la lógica del riesgo, de la prevalencia del cuerpo, el cambio vertiginoso y las nuevas nociones de la dimensión temporal; desafíos frente a una desesperanza de futuro (Viñar, 2009). Estos desafíos involucran a las realidades de exclusión social que padecen y, por ende, la forma de revertirla, en una visión estigmatizante de meros consumidores, sujetos y objetos de violencia, explotación y abuso (Fandiño Parra, 2011, cita a Donas, 2001:157).

Desafíos

Más allá de los problemas y los desafíos de los jóvenes, se tiene que tener en cuenta la crisis sociodemográfica de la familia y del adulto en la época actual (Di Segni, 2002; Fandiño Parra, 2011). El amarre y la inclusión del sujeto a redes y normas sociales es más laxo, avanzando a una individualización. En el contexto posmoderno, al sujeto se le demanda que construya su propia identidad, situación que apremia a los adolescentes (Krause, 2007).

Las situaciones de precariedad en las que se encuentran los jóvenes se visualizan principalmente en tres niveles: social, familiar y de la subjetividad. A nivel social implica la fragilización de las condiciones de estudio y trabajo que conllevan sensación de incertidumbre. A nivel familiar, aparece el desmoronamiento de lugares referenciales y diferenciales, quebrándose la confianza imprescindible. A nivel de lo subjetivo, el crecimiento pasa a ser vivenciado como de extrema responsabilidad y por lo tanto como una pesada tarea (Klein, 2008).

La institución familia y el soporte social pueden proveer o no de un contexto para que los sujetos puedan enfrentar y resolver las tareas que el desarrollo adolescente supone, facilitando o no el proceso de un crecimiento saludable (Casullo, Fernández, González Barón, Montoya, 2001; Fandiño Parra, 2011; Andriola, 2013).

Las dificultades que rodean a los jóvenes no deben plantearse en términos dicotómicos de tener o no problemas, o si ellos mismos constituyen un problema; la discusión debe centrarse en que las dificultades y los conflictos impactan en el bienestar y restringen las posibilidades de los adolescentes. No se debería pensar esta situación en una lógica de víctimas o victimarios sino como actores y participantes de mejores formas de decidir y actuar. Una posibilidad para el logro de la actuación y decisión, es el fortalecimiento de sus capacidades, *confianza, visión y protagonismo,* que les permita adquirir y ejercer poder político y simbólico a favor de sus propios intereses y necesidades, a los efectos del logro de su bienestar integral. Ello lleva a la construcción de las capacidades que integren la percepción de

control personal y actitudes proactivas ante sí mismo, la vida y comprensión crítica del entorno, sujetos activos convencidos de ser capaces de participar en acciones colectivas que contrarresten relaciones de poder. *De esta manera, van adquiriendo autonomía en la toma de decisiones y logran tener mayor control sobre sus vidas en base al libre acceso a la información, la participación inclusiva, la responsabilidad y el desarrollo de capacidades*. Uno de los aspectos que facilita este proceso de autonomía progresiva de los adolescentes es el procurar un desarrollo y crecimiento saludable (Fandiño Parra, 2011).

El Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud (PNSAJ, 2009) del Ministerio de Salud de nuestro país enfatiza la atención integral de la adolescencia, corriéndose del enfoque asistencialista a la implementación de un modelo de atención con líneas estratégicas adecuadas en el marco de Atención Primaria en Salud. Este Programa intenta construir una línea de consolidación de estrategias y acciones interdisciplinarias e intersectoriales participativas, tendientes a promover y atender la salud de los adolescentes. Señala como necesario superar las estrategias exclusivas de un enfoque de riesgo para transitar a un paradigma que se oriente a las capacidades personales, familiares, sociocomunitarias en las que se encuentren los adolescentes. Todo ello desde un enfoque de derechos, ecológico, de género, ético y de educación para la salud. Implica una postura en la que se valoriza y prioriza al adolescente, y la importancia de ello reside en el derecho a ser escuchado, opinar y ser partícipe en la toma de decisiones sobre políticas acerca de ellos mismos.

Krause (2007) señala que se le demanda a los profesionales de la salud mental en esta época posmoderna, a diferencia de otras épocas, sostener la búsqueda de un rol que facilite y permita la construcción de una identidad junto al apoyo en la construcción de proyectos existenciales en un mundo donde hay muchas formas de "ser", apoyo a la construcción, facilitar la decisión y posibilidades de actuar ante la identificación de las propias necesidades e intereses.

Prevalencia de suicidio e Intentos de Autoeliminación (IAE) en adolescentes

Según Werlang y Botega (2004), el suicidio puede ser pensado como una de las dimensiones del comportamiento suicida, integrando un continuo que comprendería desde pensamientos autodestructivos, amenazas, intentos de suicidio o autoeliminación (IAE) hasta el propio acto consumado. Diversos autores (Dubow, E. F., Kausch, D. F., Blum, M. C., Reed, J., Bush, 1984; Paykel, E. S., Myers, J. K., Linderthal, J. J., Tanner, J., 1974; Diekstra, 1993) han intentado conocer las relaciones entre las distintas fases del fenómeno a través de autopsias psicológicas, entrevistas en muestras de población general o de pacientes psiquiátricos. Las conclusiones son diversas, pero existe coincidencia en que la predicción de quién

progresará a partir de una forma de comportamiento suicida a otra sigue siendo difícil.

A pesar de las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO), no se cuenta con información confiable en lo que respecta a la dimensión real que tienen los IAE en términos globales; sin embargo diferentes trabajos han demostrado que éstos son el mejor predictor de los suicidios (Shaffer, D., Garland, A., Gould, M, Fisher, P., Trutman, P., 1988; Castorina, 2005). Se sabe que la ideación suicida (IS), aunque no es un factor determinante para llegar al suicidio, en alguna etapa de la vida como la adolescencia, en momentos de gran ansiedad e impulsividad, puede transformarse en tal.

En este contexto, el interés por comprender la conducta suicida epidemiológica y psicosociológicamente crece en la medida en que mundialmente se agrava. Las estadísticas fallan y son subestimadas especialmente cuando los datos provienen de la población de niños y adolescentes. En estos casos se tiende a negar o esconder las conductas, debido a los sentimientos que el acto provoca prevaleciendo en muchas situaciones, ciertos mitos en la población (Sabatés, 2010; Grau, 2008; Olson, 2005; Limonero, 1997).

El fenómeno del suicidio en la adolescencia es considerado de prioridad sanitaria a nivel nacional e internacional. Este presenta en los últimos tiempos un incremento sostenido en la franja etaria comprendida entre los 10 y 24 años, siendo la tercera causa de muerte.

Perspectiva adolescente

Son escasas las investigaciones que adopten la perspectiva/opiniones/representaciones y/o vivencias de los propios adolescentes en referencia a las problemáticas que creen que padecen o aquellas identificadas como problemas de salud mental. Entre los trabajos nacionales publicados se encuentra una encuesta realizada por el PNSAJ (2009), donde se destacan como problemáticas prevalentes: los accidentes, problemas relacionados con eventos estresantes de la vida personal y familiar, consumo de alcohol y drogas, alteraciones psicosomáticas, del humor, sueño e ideas depresivas, IAE, angustia, aburrimiento, soledad, sensación de inadecuación, problemas en el estudio, problemas de conducta, autolesiones, heteroagresividad, trastornos de la alimentación, relaciones sexuales sin protección e infecciones de transmisión sexual. Estos aspectos continuaron corroborando su importancia como situaciones problemáticas a partir de estudios más recientes (Larrobla y cols., 2014; Martínez, 2011; Pandolfo, 2011). Indagar frente a las percepciones, perspectivas, opiniones, representaciones o vivencias[4] de los adolescentes es darle lugar a su pronunciamiento y la posibilidad de ser escuchados.

4 El término vivencia ha sido nombrado y empleado indistintamente como experiencia subjetiva,

En los desarrollos de Vygotsky (1926) los fenómenos psíquicos son estudiados como fenómenos vivenciales, los que presentaban un componente cognitivo además del afectivo que es determinante. Las experiencias de un sujeto con el entorno van acompañadas por el elemento afectivo y la interpretación que éste hace de él, de acuerdo a la edad o etapa evolutiva en la que se encuentra, de acuerdo con el desarrollo progresivo de las funciones superiores (Fariñas León, 1990; Domínguez García, 2013).

La vivencia de un sujeto se manifiesta no sólo como una función de su vida anímica personal, sino como un fenómeno de significados, valores sociales y culturales, de un sistema de sentidos. Es decir, los aspectos socioculturales de un momento histórico se encuentran en la construcción de la vivencia (Hernández, 2008; Díaz Gómez, 2005, Toassa y Proença Rebello De Souza, 2009).

La vivencia no puede ser reducida a una emoción o sentimiento, estado de ánimo o recuerdo que pueda despertar cierta situación, si bien está implícito en ella de manera ineludible, incluye aspectos que hacen a las sensaciones, componentes cognitivos, explicativos y/o justificativos, lo que entiende el individuo de una situación (Díaz Gómez, 2005; Hernández, 2010).

Adolescencia: importancia del contexto familiar y el apoyo social

Si se hace un análisis a través del paso del tiempo de cómo los cambios culturales delimitan el campo de interrelación entre adultos y el desarrollo de los jóvenes, los movimientos socioculturales diagraman, de forma diferente, el devenir adolescente y su entorno. En el siglo XIX la autoridad paterna ponía un orden y poder sobre los hijos en la familia. Los padres característicos de estos tiempos eran represores de ciertas conductas de los adolescentes y la oposición a todo aquello establecido era característico de éstos. En la entrada y transcurso del siglo XX, las figuras parentales fueron perdiendo autoridad, aparecieron los padres que no ponían límites, como para contrarrestar los efectos en ellos de sus propios padres represores y a su vez, aparecieron los padres que dudan en la crianza de sus hijos y lo que hacen es consultar, de modo constante, a los que creen competentes para ello como instituciones educativas y/o profesionales de la salud y salud mental en particular. Esto ha dejado a la "deriva" a los jóvenes, frente a un vacío de oposición clara para la subjetivación. A su vez, las instituciones educativas no pueden cumplir con las demandas sociales, ya que son reflejo, en uno u otro sentido, de los movimientos socioculturales de la época y en el que apuestan a la creatividad del niño, malentendiendo que no hay que poner límites o dudar frente a lo que es más apropiado para lograrlo. No se puede hablar de una hegemonía del funciona-

vivencia emocional, experiencia interna y experiencia emocional (Hernández, 2010).

miento familiar, sino que hay diferentes presentaciones familiares que se han dado a través de los tiempos, y hasta en un mismo período de tiempo (Di Segni, 2002).

Las generaciones de jóvenes del mundo posmoderno se encuentran en la crisis prolongada de la dificultad del ingreso a la edad adulta a la que se le agrega la confusión en los referentes de sentido y valores que caracterizan al mundo contemporáneo; siendo éste un mundo en mutación. La familia, hoy caracterizada por la diversidad que adquiere en la estructura y funcionamiento derivados de los cambios socioculturales y demográficos, se encuentra desprevenida frente a un mundo adolescente tan diferente al que fuera conocido por los adultos, no exentos ellos de fragilidades en muchos casos.

Las instituciones educativas se encuentran en crisis viendo cómo surgen nuevas formas de violencia. Los docentes se enfrentan a un desprecio y agresividad que no entienden desde su cultura y formación. La distancia cultural entre las generaciones es tal que los padres no saben cómo encararla, dando una fuente de dudas tanto para padres como para jóvenes. La solidez que caracteriza a las instituciones encargadas de la socialización y sostén subjetivo, la que se apoyaba en los dispositivos disciplinares, se vio sustituida por una fluidez propia de las lógicas de mercado de fines del siglo XX. Esta situación deja a los adolescentes en una suerte de desamparo (Le Breton, 2005; Viñar, 2009; Fernández Moar, 2013).

Dentro de la condición adolescente se creará un imaginario en el que tienen lugar las significaciones sociales. El adolescente se apoya en los valores e ideales de cada momento histórico que dará cimiento a las urgencias identificatorias y vinculares. Estas lo llevan a explorar y experimentar las más heterogéneas situaciones vitales en los bordes de los desbordes. Las significaciones del imaginario social de una época van a poner el sello sobre la orientación de las pulsiones, sobre la forma y el contenido del psiquismo, en referencia a las representaciones, deseos y afectos. Esto es lo que se ha dado en llamar el enfoque transubjetivo, en el que las producciones culturales de una época determinan los movimientos significantes que influyen en la formación de los hábitos, acciones y producciones representacionales de los sujetos (Le Breton, 2005; Cao, 1994, 2011, 2013).

El proceso adolescente presenta diferentes tiempos y las identificaciones, las funciones imaginativas y el pensamiento, se constituyen en verdaderas identidades grupales en un momento de relevancia. Estas identidades grupales lo ponen a salvo de las vivencias de vacío, son factores de protección ante vacíos identificatorios y posibles fallas en el sostén familiar (Nin, 2004; Amorín, 2008).

Hay una urgencia en los adolescentes por conectarse a otros vínculos que ofician como modelos, rivales y/o auxiliares en la desesperada búsqueda de un lugar en la tan temida vida adulta. Se da una dinámica de intercambios que producen identificaciones fugaces en la larga marcha de desprendimiento material y sim-

bólico de la familia de origen. Se da la puesta en marcha de un proyecto a futuro y construcción de un escenario para el enfrentamiento generacional. Este último incluye el cuestionamiento de los valores e ideales inculcados por la familia, según sean los roles familiares, y habrá mayor o menor chance para elaborar las vicisitudes del ciclo vital con el consecuente posicionamiento subjetivo (Kancyper, 1997; Cao, 2013).

Cumsille et al. (1994) hacen una revisión de los estudios sobre la relación entre el nivel de estrés, el apoyo social y el bienestar psicosocial en los adolescentes. Hay estudios convergentes en que, en la adolescencia, el sujeto se encuentra dentro de una serie de estresores propios de la etapa evolutiva, lo que lo hace más vulnerable a los desajustes psicosociales. La teoría del estrés social ofrece un marco conceptual útil para identificar los factores estresantes como los procesos que enfrentan los adolescentes y el ajuste social concomitante. Cumsille et al. (1994), plantean distinguir los adolescentes más resistentes a factores estresantes de aquellos que son más vulnerables, relacionándolo con las disposiciones de la personalidad y por el apoyo familiar y social. No todos los factores estresantes cotidianos (por ej. las discusiones con los padres, los fracasos escolares, etc.) tienen efecto negativo, sino que pueden llevar a un crecimiento.

Las estrategias de afrontamiento son mecanismos que los individuos utilizan para minimizar los efectos del estrés. En este sentido, el afrontamiento juega un papel importante como mediador entre las experiencias estresantes a las que se encuentran sometidas las personas, los recursos personales y sociales, con los cuales cuenta para hacerles frente. Los adolescentes utilizan estrategias de afrontamiento más focalizadas a la emoción, es decir, amortiguar lo que se siente, y otros más focalizados al problema. Estas últimas son las que recurren más a los apoyos sociales, asociándose con una mayor resistencia al estrés. Las primeras pueden traer consecuencias negativas al bienestar subjetivo (Verdugo-Lucero et al., 2013).

En la adolescencia los sistemas de apoyo social, entendiéndose éste como el intercambio de recursos que se produce al relacionarse una persona con otra, experimentan cambios. El mundo de los adolescentes se expande más allá de los padres y la familia, y el nivel de apoyo social total aumenta con la escolaridad, reflejando un aparente aumento en el apoyo social formal (con profesores y orientadores), y los informales (como pares y amigos). Al sufrir cambios el apoyo social, la percepción puede ser de inestabilidad. Un individuo es percibido como un proveedor y otro como receptor, radicando la importancia del apoyo social en los beneficios que se obtienen de la interacción. Es importante considerar que se realiza una distinción entre el apoyo social recibido y el apoyo social percibido. El primero consiste en la dimensión objetiva del apoyo, la cantidad de ayuda recibida, tomándose en cuenta las creencias que tiene el sujeto en referencia a las fuentes de apoyo. El segundo, hace a la dimensión subjetiva, compuesta por la cognición y la evaluación del

apoyo, implica la valoración que hace el sujeto del apoyo recibido en cuanto a la satisfacción y el ajuste a las necesidades (Cumsille et. al., 1994; Orcasita Pineda y Urbide, 2010).

El sistema de apoyos sociales ayuda a organizar las habilidades y recursos de los adolescentes para enfrentar el estrés proporcionando ayuda instrumental y emocional. Los comportamientos de apoyos sociales incluyen intentos de ayuda emocional al individuo para superar el malestar emocional y compartir responsabilidades. No existiría suficiente evidencia empírica que plantee que las medidas de apoyo social operen en forma similar en contextos sociales y culturales diferentes. Los adolescentes que disponen de una buena red de apoyo social, les asegura su capacidad de afrontamiento a las situaciones negativas. Los apoyos sociales son un constructo multidimensional que presentan las categorías de apoyo emocional, material e informacional. El primero se refiere a aspectos como la intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación; el segundo se representa en la ayuda o asistencia material, por último, el tercero implica consejo, guía, información relevante para la situación (Cumsille, et al, 1994, Orcasita Pineda y Urbide, 2010). Los adolescentes que poseen una percepción de un alto grado de apoyo social, presentan alto autoconcepto, estilo de afrontamiento adecuado, mayor autoestima y autoconfianza, mayor control personal y bienestar subjetivo (Orcasita Pineda, y Urbide, 2010; Verdugo Lucero et al., 2013).

El adolescente necesita contar con apoyos que den la sensación de interés por él, tanto del contexto familiar como del grupo de pares. Si el apoyo proporcionado por la familia, resulta insuficiente, los grupos informales de amigos adquieren mayor relevancia, pudiendo influir positiva o negativamente en su desarrollo y en las conductas que implementa (Orcasita Pineda, Linda y Urbide, Ana Fernanda, 2010; Verdugo Lucero et al., 2013). Oliva (2004, 2006, 2008), Luna Bernal, Laca Arocena, Cruz Abundis, (2013), plantean que en el período de la adolescencia el contexto familiar tiene relevancia para su desarrollo. Lo describen como el entorno en el que se dan una simultaneidad de situaciones vitales, tanto a nivel de los adolescentes como de sus padres, que complejizan las relaciones familiares. Varios factores inciden para que se dé un aumento de los conflictos, entre ellos, el empuje hormonal, las funciones cognitivas operatorias formales, se van consolidando y le posibilitan la argumentación de un sostenido cuestionamiento. El factor principal de socialización en esta etapa son los pares, debilitándose esta función por parte de la familia, apareciendo conflictos de diferente índole. Contino (2015) plantea en su investigación[5] que los adolescentes describían un contexto familiar inmediato

5 La investigación consistió en explorar los componentes que se encuentran presentes en la construcción de la vivencia de los adolescentes sobre el problema que los motiva a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario. Uno de los resultados que la investigación arroja es que los propios adolescentes identifican la conflictiva familiar como uno de los componentes relevantes del contexto donde se da la vivencia de su problemática.

donde prevalecía el conflicto, caracterizado como *"discusiones", "convivencia conflictiva", "desconfianza y engaños",* en las que identificaban el inicio de los problemas por los que consultaban. Esta descripción es el aspecto cognitivo-explicativo de la vivencia de la no existencia de un apoyo familiar sostenedor. El aspecto afectivo que acompañaba esta vivencia aparecía en una escala dimensional que iría de los menos claros al entendimiento y a los más específicamente identificados: confusión, incomodidad, desconfianza, enojo/cansancio/aburrimiento, celos, soledad, culpa, angustia, depresión. La aparición intensa de los cuatro últimos, vinculados a una no percepción de apoyo social, conducía a conductas en una escala dimensional que iba desde la huida de la casa, evitación del contacto familiar, retraimiento social, cortes e IAE como formas de resolución del problema.

La adolescencia no es una sola sino que, como se planteó al inicio del trabajo, serían múltiples. En este sentido, no hay un arquetipo adolescente, sino adolescentes marcados por su pertenencia de género y orientación sexual, clase, lugar donde viven, orígenes, los de sus padres, historia personal y relacional, etc. Sin embargo, a pesar de que ningún joven se parece a otro, en la actualidad son los rasgos los que los asemejan. La juventud en occidente vive el tiempo de los márgenes, en el tanteo de la experimentación de roles y del mundo circundante, búsqueda de sentido y de valores, búsqueda de las propias marcas. La crisis adolescente señala el choque entre las potencialidades y los deseos del adolescente y el camino que la sociedad le propone recorrer. Si las transformaciones físicas de la pubertad se realizan en un contexto relacional en el que se sienten solos, sin interlocutor y se sienten poco queridos e insignificantes, es probable que vivan esta experiencia de forma más dolorosa. Los referentes familiares, el que se sientan incluidos, y la presencia afectiva de los demás a su lado, les permiten dominar ese momento difícil de metamorfosis corporal y anuncio de responsabilidades que puede ir viviendo sin una preocupación excesiva. Los padres deben oficiar de función contenedora, de puesta de límites, dándoles el sentimiento de valor a su existencia (Le Breton, 2005).

Hay momentos en los que el sufrimiento puede ser mayor que el esperado para la crisis adolescente. Momentos éstos en los que se tiene que presentar una postura de alerta y dejar de lado el enunciado "es por una crisis adolescente". La angustia desbordante que no puede ser procesada por la palabra, en algunas oportunidades aparece a nivel del acto, las autoagresiones y lo desmedido; son alertas que lo padres o adultos de referencia no deberían minimizar. En los adolescentes el desorden y el desalineo del cuerpo, como el desorden en los espacios comunes, son parte de la expresión de la crisis, pero la magnitud de ello puede alertar sobre una depresión, cuya intensidad de los procesos comprometidos trascienden la crisis en sí. El hecho de que aparezcan conflictos familiares ya se ha señalado como factor de riesgo, pero no necesariamente su presencia impedirá que tenga lugar una interrelación positiva entre padres e hijos (Oliva, 2004, 2006; Catsicaris, 2008).

Adolescencia, cuerpo, conductas de riesgo y su percepción

El proceso adolescente implica transitar un cambio global a través del interjuego que se da entre el ser infantil y el adulto, tanto desde lo individual como desde lo transgeneracional y lo cultural. Es así como en el proceso de construcción de las identificaciones se distinguen elementos internos (propios del individuo) y externos (propios del mundo y personas que lo rodean), donde el interjuego entre ambos será decisorio en la resultante (Freire, 1990). Esto significa una travesía de elaboración psíquica de las transformaciones corporales propias a la irrupción de la sexualidad adulta, el surgimiento de nuevas y escondidas dimensiones del deseo, el desprendimiento de la familia con las características de un trabajo de duelo. Un proceso que lleva tiempo, de retiro de anteriores investiduras a objetos de amor y de odio de la infancia.

Según Mercedes Freire de Garbarino (1990), es de suma importancia para la creación de la identidad, la fantasía del propio cuerpo. La forma en cómo se va creando el esquema corporal propio y del otro determinará su ubicación, movimiento y utilización respecto al medio en el que se esté. Al decir de la autora, en este período "el adolescente tiene que manejar de sí dos cosas que no coordina: su yo corporal y su yo psicológico, lo que le trae confusión y pérdida de la identidad, no sabe lo qué es, si adulto, si niño" (Freire, 1990:38). En un estudio realizado en la Universidad del Trabajo del Uruguay (UTU "Domingo Arena", Piedras Blancas)[6] entre los años 2009 y 2011, se les solicitó a los adolescentes y jóvenes que participaron que describieran tres cosas que les gustaba de ellos mismos y tres cosas que no les gustaran. De esta forma se obtuvo un acercamiento al universo simbólico de las representaciones de sí mismos, las cuales están ligadas a los procesos identificatorios mencionados anteriormente y expresaban lo valorado y no valorado en torno a la adolescencia y el "ser" adolescente, las exigencias sociales concomitantes, lo que se conceptualiza como adolescencia y se espera sea adecuado/inadecuado, bueno/malo, lindo/feo, etc. Todas ellas dicotomías presentes en los sistemas cognitivos sociales y culturales. En las respuestas obtenidas pueden observarse claramente dichas dicotomías y ellas reflejan tanto las exigencias internas como externas que estos adolescentes sienten en relación a sí mismos. Los relatos, tanto negativos como positivos, fueron clasificados de acuerdo a sus contenidos y se identificaron tres categorías que hacían referencia a: *emociones* (por ej.: "forma de

6 El proyecto titulado "Factores de riesgo y representaciones socioculturales de Intentos de Autoeliminación en población adolescente: el caso de Piedras Blancas", fue financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC). En él se detectaron: frecuencia y características de Ideación Suicida (IS); niveles de Depresión, Desesperanza y percepciones y valoraciones respecto a la muerte en general, y violenta en particular, de los adolescentes comprendidos entre 14 y 19 años que concurrían a los tres turnos de la institución educativa. El total de adolescentes que consintieron por escrito, conforme Art. 8 de la Ley 17.823, Código del Niño y del Adolescente, y cuyos padres/responsables no rechazaron por escrito la participación en la investigación, fue de 310.

ser, carácter, temperamento, sensibilidad, llanto, agresividad, orgullo, ignorancia, impaciencia, inseguridad, egoísmo, soberbia, arrogancia, timidez, ser exigente, celos, ser haragán, sentirse feo, miedo a ser feliz, irresponsabilidad, envidia, ser confiado, ser depresivo"); *aspecto físico* (por ej.: "apariencia, estado físico, cuerpo, cara, altura, cicatrices, dientes, nariz, panza, pelo, piernas, boca, manos, pies, ojos, orejas, uñas, espalda"); y *acciones-comportamientos* (por ej.: "drogarse, fumar, tomar alcohol, salir mucho, hacer los mandados, levantarse temprano, no estudiar, leer, pelear, enojarse, robar, decir malas palabras, discutir, mentir, joder y criticar, hacer enojar a los adultos, jugar de mano, violencia"). Siguiendo el mismo orden clasificatorio que el descrito anteriormente, ejemplos de aspectos percibidos como positivos fueron: "forma de ser, personalidad, manera de pensar, humor, dignidad, tranquilidad, responsabilidad, solidaridad, preocupación, simpatía, humildad, ser feliz"; "Belleza, aspecto, cara, cuerpo, manos, pies, ojos, panza, pelo, dientes, boca"; "Trabajar, estudiar, ser bueno, ser buena madre, ser buen compañero, hacer deporte, salir, escuchar música, bañarse, colaborar, ordenar el cuarto, mirar tele, jugar al *play,* comprar ropa, divertirse, estar en casa, no mentir, estar con la familia, comer, dormir".

Según Winnicott (1958), el estar solo es una capacidad y un logro que demuestra la madurez y el desarrollo emocional de las personas. Siguiendo esta línea, la propuesta de pensarse a sí mismo implicó movimientos en múltiples sentidos, que los enfrentó a sí mismos en soledad. Movimiento introspectivo que parece en algunos casos y momentos generar dificultades a la hora de producir y plasmar respuestas que aludan a lo agradable/aprobado y desagradable/desaprobado personal y socialmente. Reflexión que alude al otro y al nosotros, por ejemplo: "no me gusta cuando le falto el respeto a mi abuela", "no me gusta que me insulten", "me gusta salir con amigos", "me gusta estar con mi novio". En las acciones es donde aparecerían mejor plasmados los aspectos socioculturales con los cuales se ven influenciados y se transmiten los parámetros internalizados; mientras que las respuestas referidas a lo corporal o aspectos físicos se vinculan con la importancia que tiene el cuerpo en esta etapa vital del desarrollo. Es importante destacar que hubieron algunos casos con importantes dificultades para responder a la consigna, ello fue expresado a través de verbalizaciones que denotaban cansancio, desgano, pobreza en la producción escrita y en cuanto a la capacidad sintáctica, así como también verbalizando su incapacidad para responder, ya sea porque se negaban simplemente a hacerlo, o porque verbalizaban que no sabían qué contestar. En estos últimos casos es donde tal vez se haga más evidente la dificultad de pensarse a sí mismos y calificarse, como lo mencionado por Winnicott, como ausencia de madurez y desarrollo emocional.

Este proceso de transformación que se recorre es una tarea dolorosa, que por momentos queda postergada y negada por la búsqueda del vértigo, involucrando conductas de riesgo como la conducción a alta velocidad, deportes extremos,

borracheras, consumo de sustancias, etc. Estas conductas de riesgo y sus consecuencias, como aquellas fatales o que dejan secuelas severas (siniestros de tránsito, IAE, muertes por suicidio, alcoholismo, drogadicción, trastornos de la conducta alimentaria), interrogan las distorsiones en el vínculo, la incomunicación con los adultos cercanos, la familia y los educadores, apareciendo situaciones de desamparo social y económico. Las diversas formas de conductas adolescentes que ponen en jaque la vida, la salud física y psíquica, las que bordean la muerte y la enfermedad, conjugan la violencia psíquica de la transformación que inaugura la pubertad en sujeción a otra violencia difusa e indiscernible en referencia al derrumbe de los lugares simbólicos familiares y grupales que sostienen la filiación y transmisión transgeneracional. El lenguaje y los valores de los adultos ya no les sirve a los jóvenes para constituir su identidad y reconocerse en una genealogía. Al ser *fallante*, la constitución del sentimiento de pertenencia se compromete en una "lucha cuerpo a cuerpo", de forma frenética y violenta, en la búsqueda de la excitación sensual y sensorial para calmar la angustia. La violencia hacia otros o vuelta hacia sí mismos, aparece consustancial al desamparo. La conducta que pone en peligro la vida es casi expresión de un sufrimiento, una búsqueda de ser.

En este sentido, algunas de las respuestas obtenidas en la investigación en la UTU (Larrobla y cols., 2013) dan cuenta de lo planteado. En los relatos que se corresponden con alumnos con factores de riesgo suicida (IS en el momento del trabajo de campo), la muerte aparece asociada a un sentimiento de alivio, rendición de cuentas, e incluso de sufrimiento en vida (por ej.: "un descanso eterno", "no sé qué es la muerte pero a veces pienso y creo que debe ser algo mejor que la vida", "un descanso interno", "una forma de liberarse del dolor y la pena que uno siente", "es cuando la persona termina de pagar en la tierra", "estar vivo y ser infeliz"). Todos los motivos relatados y el comportamiento resultante deben ser entendidos como un pedido de auxilio, un llamado a través del acto sin mediar palabra a las personas más significativas (pares, amigos, referentes educativos, padres, familiares, etc.) del entorno, las que pueden calmar la angustia del desamparo. Es un desafío de forma extrema, un juego con la muerte para saber si la existencia vale la pena de ser vivida (Ulriksen de Viñar, Le Breton, 2005).

Varios autores (Le Breton, 2005; Baudry, 2005; Viñar, 2009) señalan que la percepción del riesgo por parte de los jóvenes no es la misma que a nivel de los adultos. La no percepción de los riesgos en los primeros puede estar relacionada con la falta de proyección al futuro, de la anticipación de una temporalidad por vivir y de un proyecto a ser conquistado, con la dificultad de sentirse protagonista de su propia vida de confiar en su capacidad de crear y de ser reconocido. Le Breton (2005), señala que por momentos la valoración de las conductas de riesgo no tiene que tener una connotación negativa, lejos de constituir actitudes parasuicidas, son intentos dolorosos de insertarse en el mundo. El sentido de la vida es la pregunta acuciante que obsesiona al joven, por lo que lo llena de dolor. Las conductas de riesgo se di-

ferencian totalmente de la voluntad de morir, no son formas inhábiles de suicidio, sino desvíos simbólicos para asegurarse el valor y alejar el temor a la propia insignificancia personal. Son ritos íntimos de elaboración de sentido. La numerosidad de los IAE pone en el tapete la problematización de si el deseo de morir es lo principal o se trata de decir con el cuerpo la imposibilidad provisoria de vivir. Hay jóvenes que se plantean la idea del suicidio sin llegar al intento de hacer el acto. Las ideas de suicidio están vinculadas al sentimiento de no ser comprendido ni estimado por el entorno o la posibilidad de no manejar el dolor psíquico. En el estudio de Contino (2015), cuando se les preguntó a los adolescentes el porqué de los IAE como formas de resolución a sus problemas, algunas respuestas fueron: *"era una forma de aliviar tanto sufrimiento", "fue como una forma de descarga", "me sentí más aliviada", "solo lo que quería era descansar", "mi intención era solo dormir, dormir hasta que todo esto se solucionara"*.

Las conductas de riesgo con vértigo, como las carreras de motos o los juegos de riesgo, obedecen a un acto deliberado pero no meditado en sus consecuencias. Nacen del sentimiento de ser "especial" de no estar atrapado en la contingencia de los demás de ser indestructible, se trata de un desafío personal que provoca una intensidad de ser y genera un sentimiento de valor del propio coraje, poniendo en juego un narcisismo que permite autoreconstruirse. En las conductas extremas el individuo se arriesga a desafiar la muerte (Le Breton, Baudry, 2005).

"Matarse porque se quiere vivir… intentar transformar a un día en el primero… no se trata de confundir la muerte con el nacimiento… el tenue lazo entre uno y uno mismo que nos relaciona con el mundo es el cuerpo… no porque sea el físico lo que se está agrediendo al encaminarse a la muerte. Sino porque el cuerpo debe amarrarse a algo para que la vida pueda ser un sentido y porque se trata de encontrar en una experiencia del cuerpo el lugar desde el cual iniciar una relación con el mundo" (Baudry, 2005:104).

Es delgado el hilo entre los sentidos que pueden tener los IAE de los adolescentes, entre los que pueden responder a una acción pasajera dentro de la dinámica adolescente o a una modalidad que se instala dentro de un proceso que ya no es tan reversible. El malestar adolescente de la transformación psíquica se expresa a través del cuerpo, de estados depresivos, del dolor psíquico, angustia y duelo. De acuerdo a los hallazgos de la investigación de la UTU previamente citada (Larobla y cols., 2014), las representaciones sociales sobre la muerte violenta en los adolescentes, pudieron clasificarse en cuanto a sus motivos en diferentes dimensiones: a) *sociales,* referidas a problemáticas cuyo origen trasciende al individuo y su microambiente (por ej.: económica y violencia), b) *familiares,* asociados a situaciones derivadas de la interacción y crisis familiares (por ej.: problemas familiares, no contar con ningún apoyo y pérdida de algún familiar) y, por último, c) *personales,* relacionadas con experiencias directas o sentimientos del individuo (por ej.: pro-

blemas de pareja, depresión, soledad, desasosiego, situaciones de abuso sexual y maltrato).

Es en este período donde los parámetros corporales y témporo-espaciales toman otras dimensiones y redefiniciones de las que tenían en la infancia, frente a tanto cambio y movimiento, la calma se obtiene con la inmovilidad y la muerte. En algunos adolescentes en riesgo, la falla del control omnipotente es suplida por la inmovilidad, ésta habla de que la cohesión y la unidad yoica están amenazadas, y la amenaza es la muerte. Esta no tiene representación en el inconsciente, el sufrimiento psíquico se hace presente poniendo en juego, por un lado, el deseo del no deseo por la vida y, por otro, la penosa búsqueda por aferrarse a la vida y los objetos de deseo. Los adolescentes exponen diversas formas de fantasear con la muerte en las diversas conductas de riesgo, como la drogadicción, los accidentes, el alcoholismo y la violencia entre pares. La depresión puede ser una condición necesaria pero no suficiente para la conducta suicida. Es fundamental aclarar que el IAE o el suicidio se convertirán en un momento de quiebre entre pensamiento y acto. Un momento de emergencia impulsiva dirigirá al adolescente en riesgo a realizar el acto, para ello el estado de desesperación deberá haberse apoderado del joven. Ese sentimiento marca el desmembramiento de los procesos psíquicos habituales, de forma tal que pondrá entre paréntesis la posibilidad de representación, o sea, la producción de imágenes mentales (Flechner, 2000), o pondrá en evidencia las vulnerabilidades estructurales de un psiquismo que no cuenta con una adecuada capacidad de mentalización.

El interés por el cuerpo y su representación, utilización y modo de expresión de los deseos inconscientes, se encuentra en la inauguración del psicoanálisis como disciplina. Cuerpo que es soporte de la constitución psíquica y que depende de la presencia de otro. Hablar del cuerpo en psicoanálisis es hablar de la imagen, de lenguaje de inscripción, de marcas.

La imagen es la resultante de un proceso en referencia a la mirada que da paso al reconocimiento de la alteridad y la separación. Las marcas en el cuerpo son inscripciones que sirven de soporte a las identificaciones, el cuerpo se mapea erógenamente siguiendo la historia singular y cultural.

Las marcas en el cuerpo pueden tener una variedad de significaciones desde ritos de iniciación, marcas de pertenencia, de estigmatización y aquellas mágicas, de protección omnipotente. En algunos el acento está puesto en el efecto que produce ante la mirada del otro sobre la imagen del cuerpo o lo que la marca ha dejado en el cuerpo. Tantos los cortes como los tatuajes implicarían marcas que no están fuera del dolor en el cuerpo y que producen una reacción del que mira, la significación de esa mirada da existencia al que la porta. Para otros, las marcas en el cuerpo impli-

can un lienzo donde se escribe una historia que intenta simbolizar algo que no se puede de otra forma (López, 2013).

La perspectiva y panorama planteados hasta el momento deben interpelar a la sociedad en su conjunto, que interviene en la construcción de la identidad de los adolescentes. Teniendo en cuenta que actualmente dicha construcción se da en un momento sociohistórico donde los adolescentes y jóvenes son blanco de discriminación, estigmatización, subestimación y la vulnerabilidad, en la que se encuentra dada por el propio proceso y momento vital por el que transitan, siendo estos factores de riesgo que aumentan las posibilidades de avanzar en el continuum de la conducta suicida.

Referencias bibliográficas

Amorín, D. (2008). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. (Serie cuadernos de psicología evolutiva) Montevideo: Psicolibros Waslala.

Andriola, K. (2013). Salud Mental y Malestar Subjetivo. Debates en Latinoamérica, *Revista Derecho y Ciencias Sociales, 8*, 212-218. Instituto de Cultura Jurídica y Maestría en Sociología Jurídica. FCJ y S. UNLP. Recuperado de: http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/27184/13_Salud+Mental+y+Malestar+Subjetivo+;jsessionid=3C808B47271CF97F414CFA364062412B?sequence=1

Cao, M. (1994). *El trabajo de la intersubjetividad en psicoanálisis con adolescentes*. Recuperado de: http://200.123.167.85/BAKCUP%20AAPPG/Compartida/BIBLIOTECA%20DIGITAL/REVISTA%20AAPPG/1999%20N%C2%BA1/4-CAO.pdf

Cao, M. (2011). Nuevos teatros, viejos temores, *Cuestiones de Infancia*, 14, 28-40 Recuperado de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/handle/123456789/1055

Cao, M. (2013). *Bordes y desbordes adolescentes*, en I Coloquio Internacional sobre Culturas Adolescentes, Subjetividades, Contextos y Debates actuales, Buenos Aires, 2013. Recuperado de: http://www.sociedadescomplejas.org.ar/docs/CAO-Marcelo-Luis-Bordes-y-desbordes-adolescentes.pdf

Casullo, M. M.; Fernández Liporace, R.; González Barrón, R. y Montoya I. (2001). Problemas Adolescentes en Iberoamérica, *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*. Recuperado de: http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico2/2Psico%2003.pdf

Catsicaris, C. (2008). Crisis normal de la Adolescencia: crisis que nos involucra a todos, *Conexión Pediátrica, Artículos Especiales, 1,* 1-3, Servicio de Clínica Pediátrica Departamento de Pediatría Hospital Italiano de Buenos Aires. Recuperado de: http://conexionpediatrica.org/conexionpediatrica.org/index.php/conexion/article/viewFile/52/62

Contino, S. (2015). Estudio exploratorio sobre la construcción de la vivencia del problema que motiva a los adolescentes a consultar por atención psicológica en un servicio clínico universitario, *Tesis de Maestría en Psicología Clínica*, Facultad de Psicología, UdelaR, Recuperado de: https://www.colibri.udelar.edu.uy/simple-search?query=Contino

Cumsille, P. y Lorto Martínez, M. (1994). Efectos del estrés y el apoyo social sobre el bienestar psicosocial de los adolescentes. Revisión de la literatura, *Psykhe, 3* (2), 115-123 Recuperado de: http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/49/49.

Di Segni Obiols, S. (2002). *Adultos en crisis Jóvenes a la deriva*, Buenos Aires: Novedades Educativas.

Díaz Gómez, A. (2005). *Subjetividad una perspectiva histórico-cultural. Conversando con un psicólogo cubano Fernando González Rey*, 2005, Universidad de Manizales Colombia. Recuperado de: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V4N-310subjetividad.pdf

Domínguez García, L. (2013). Perspectivas Histórico Cultural para el desarrollo. *Revista Amazônica, 9*(2), 169-259. Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730567

Fandiño Parra, Y. J. (2011). Los jóvenes hoy: enfoques, problemáticas y retos. *Revista Iberoamericana de Educación Superior, 2*(4). Recuperado de: http://ries.universia.net/index.php/ries/article/view/42

Fariñas León, G. (1990). Acerca del concepto de vivencia en el enfoque histórico cultural, *Revista Cubana de Psicología, 16*(3), 62-66. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v16n3/11.pdf

Fernández Moar, M. R. (2013). Trayectorias familiares de Adolescentes en conflicto con la ley penal, Tesis de Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas, Facultad de Psicología, UdelaR, Montevideo (sin editar).

Flechner, S. (2000). La clínica actual de pacientes adolescentes en riesgo, un nuevo desafío, *Revista uruguaya de psicoanálisis* (on line) *92,* Recuperado de: http://www.appu.org.uy

Freire de Garbarino, M. y Maggi de Macedo, I. (1990). *Adolescencia.* Ed. Roca Viva.

Grau, J.; Llantá, M. J.; Massip, C.; Chacón, M.; Reyes, M. C.; Infante, O.; ... Morales D. (2008). Ansiedad y actitudes ante la muerte: revisión y caracterización en un grupo heterogéneo de profesionales que se capacita en cuidados paliativos, *Pensamiento Psicológico, 4*(10), 27-58.

Hernández, A. (2010). La vivencia como categoría de análisis para la evaluación y el diagnóstico del desarrollo psicológico. *Psico Pedia Hoy, 12*(12). Recuperado de: http://psicopediahoy.com/vivencia-como-categoria-de-analisis-psicologia/

Hernández, O. (2008). La subjetividad desde la perspectiva histórico-cultural: un tránsito desde el pensamiento dialéctico al pensamiento complejo, *Revista Colombiana de Psicología, 17*(1), 147-160, Recuperado de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3244933

Kancyper, L. (2007). *Adolescencia: el fin de la Ingenuidad*. Buenos Aires: Lumen.

Klein, A. (2008). La (dramática) realidad social y psíquica de muchos jóvenes latinoamericanos. *Revista Liberabit [online]. 14*(14), 21-30. Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272008000100004&script=sci_arttext

Krause, M. (2007). Krause: La psicoterapia al microscopio, *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria. Temas y Controversias,* Universidad de Chile, Facultad de Medicina, *3*(3). Recuperado de: http://psychotherapyandchange.org/download/10_Krause_La_psicoterapia1.pdf

Larrobla, C.; Canetti, A.; Reigía, M. y Brenes, V. (2014). *Representaciones socioculturales sobre intentos de autoeliminación en adolescentes: una visión desde el personal de la UTU "Domingo Arena" - Piedras Blancas, "20 años de la SUPM. Más allá del genoma... más acá de la cultura. La salud Mental desde el paradigma de la complejidad",* Sociedad Uruguaya de Psicología Médica (Ed). Uruguay: Oficina del Libro - Fundación de Ediciones de la Facultad de Medicina/Universidad de la República Oriental del Uruguay. Montevideo. Págs. 531-544. Disponible en: http://www.psicologiamedica.org.uy/wp-content/uploads/2013/12/0intro.pdf

Le Breton, D. (2005). La vida en juego para existir, *Adolescencia bajo riesgo*, Uruguay, Montevideo. Ed. Trilce.

Le Breton, D. y Ulrikesen de Viñar (2005). *Adolescencia bajo riesgo*, Introducción, pp. 9-14., Uruguay, Montevideo, Ed. Trilce.

Le Breton, D. y Baudry, P. (2005). El cuerpo insoportable, 103-123, *Adolescencia bajo riesgo*, Uruguay, Montevideo, Ed. Trilce.

Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte, *Ansiedad y Estrés, 3*(1), 37-46.

Luna Bernal, A. C. A.; Laca Arocena, F. V. y Cruz Abundis, M. C. (2013). Conflictos con los padres y satisfacción con la vida de familia en la vida de adolescentes de secundaria, *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 16*(3). Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Recuperado de: http://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2013/epi133h.pdf

López, A. (2013). Tatuajes hoy, *I Coloquio internacional sobre culturas adolescentes, subjetividades, contextos y debates actuales*. Recuperado de: http://www.coloquio.sociedadescomplejas.org

Martínez Schiavo, A. (2011). Algunas apreciaciones sobre el Intento de Autoeliminación, Revista de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, Año I , N° 1: 52-59.

Oliva Delgado, A. y Parra Jiménez, A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la Adolescencia. En *Familia y desarrollo psicológico.* Universidad de Sevilla, Recuperado de: https://scholar.google.com.uy/scholarq=Contexto+familiar+y+desarrollo+psico?q=C%C3%B3gico+durante+la+Adolescencia+Oliva+2004+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Oliva, A. (2006). Relaciones Familiares y desarrollo adolescente, *Anuario de Psicología 37*(3), 209-223. Recuperado de: http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/61838/82584

Oliva Delgado, A; Jiménez Morago, J., Parra Jiménez, A. y Sánchez Queija, I., (2008). Acontecimientos vitales estresantes, resiliencia y ajuste adolescente, *Revista de Psicopatología y psicología Clínica*, Vol. 13, núm. (1), 53-62, Recuperado en: http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4050/3904

Olson, J. M. & Stone, J. (2005). The influence of behavior on attitudes. En: D. Albarracín, B. T. Johnson, y M.P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp: 223-271). Mahwah, NJ, Lawrence Erlbaum Asociates.

Orcasita Pineda, L. y Uribe Rodríguez, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes, *Psychology: avances de la disciplina, 4*(2). Recuperado de: http://revistas.usbbog.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/182/159

Pandolfo, S.; Vázquez, M.; Másа, M.; Vomero, A.; Aguilara, A. y Bello, O. (2011). Intentos de autoeliminación en menores de 15 años. Experiencia en un Servicio de Urgencias, *Arch Argent Pediatr, 109*(1), 18-23.

Sabatés, L. A. y Montané, J. M. (2010). Aportaciones sobre la relación conceptual entre actitud y competencia, desde la teoría del cambio de actitudes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 8*(3), 1283-1302.

Toassa, G. & Rebello De Souza, M., (2009), As vivencias: Questões de tradução, sentidos e fontes epistemológicas no legado de Vigotski, Universidad de São Paulo, *Psicología, 21*(4), 757-779. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/pusp/v21n4/v21n4a07

Uruguay. Ministerio de Salud Pública (2009). Programa Nacional de Salud Mental Adolescente y Juventud. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Programa_Nacional_Salud_Adolescente_2007_0.pdf

Verdugo-Lucero, J. L.; Ponce de León-Pagaza, B. G.; Guardado-Llamas, R. E.; Meda-Lara, R. M.; Uribe-Alvarado, J. I. y Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 11*(1), 79-91. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/rlcs/v11n1/v11n1a05.pdf

Viñar, M. (2009). *Mundos Adolescentes y Vértigo civilizatorio*, ISBN 978-9974-32-523-4, Uruguay, Mdeo.: Ed. Trilce.

Winnicott, D. W. (1958). La capacidad para estar solo. En: Donald W. Winnicott (Ed.) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional.* 1ª ed. Buenos Aires: Paidós; 2002. pp. 36-46.

Suicidio y poder a fines del siglo XIX en Uruguay

Un aporte histórico para comprender el fenómeno actual del suicidio en el país

Dra. Cristina Heuguerot[1]

Introducción

A comienzos del siglo XXI el desarrollo de la medicina ha logrado extender el ciclo vital de los seres humanos. Sin embargo un problema actual señalado por la OMS es la muerte autoinflingida, un asunto que se manifiesta tanto en jóvenes como en adultos mayores en países con buen nivel de desarrollo y en sujetos cuyas condiciones de vida no son necesariamente desesperantes.

Uruguay no es una excepción. En 2014 los intentos de suicidio y los suicidios consumados superaron el número de las otras muertes violentas y a pesar de que las autoridades sanitarias han tomado medidas preventivas, el asunto se mantiene sin cambios.

Ante esta situación nos preguntamos: ¿qué expresa el acto suicida hoy en Uruguay?

Se considera aquí que la comprensión del presente sólo es posible en articulación con el pasado, por eso este artículo se propone enfocar el tema desde la Historia, una disciplina en la que éste no es habitual, ya que hasta ahora, los historiadores uruguayos no se mostraron demasiado interesados en relevarlo.

El suicidio ha sido estudiado desde otras ciencias sociales como la sociología. Sin embargo Robertt (1998) afirma que, aunque es un tema clásico en esta disciplina a partir de los aportes pioneros de Durkheim, en Uruguay ha estado relativamente ausente. Eso explica que su investigación se haya propuesto estudiar la tasa de suicidio durante treinta años y correlacionar las estadísticas gubernamentales con algunas variables externas, realizando un mapeo que retoma el postulado de

1 Profesor Adjunto Gº 3 del Instituto de Estudios en Docencia (DEED) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FHCE) de la Universidad de la República (UdelaR). mheuguer@gmail.com

Durkheim sobre la incidencia en el fenómeno de la integración social, ahora desde una perspectiva culturalista.

Desde esa misma disciplina, en un artículo titulado "Historia y Suicidio en Uruguay", González (2012) intenta buscar *"...algunas posibles interpretaciones en cuanto a la evolución del suicidio asociándolo a la consolidación de la matriz social promovida desde el Estado desde comienzos del siglo XX"* (González, 2012, p. 57). Para ello realiza un estudio, desde 1900 en adelante, apoyado en las tasas de suicidio que aporta el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Otra obra importante referida al tema en el país es la de Vignolo (2004) que, con fines epidemiológicos, se propuso analizarlo desde el siglo XIX hasta el año 2000. En este estudio, en el capítulo III, se señalan algunas dificultades para acceder a las cifras oficiales de defunciones anteriores al siglo XX probablemente debido a que, entre otras posibles causas, el Registro Civil del Estado uruguayo tenía pocos años de existencia (1879).

A diferencia de estos trabajos citados, esta comunicación no se propone abordar los intentos de autoeliminación (IAE) ni los suicidios del pasado en Uruguay tomando como fuente cifras sino los seres humanos. Está enfocado en los sujetos protagonistas de IAE y de suicidios a través de ciertos documentos escritos contenidos en la prensa de la época seleccionada, así como en la opinión de los periodistas sobre el fenómeno, considerando que éstos representan, al menos, una voz con poder, visible en la sociedad de la época. Así, la investigación muestra referencias al IAE y al suicidio en los medios de prensa desde los últimos años del período colonial hasta principios del siglo XX, documentando presencias e invisibilidades, frecuencias y formas de su enunciación. Para ello se toma como fuente la base digitalizada "Publicaciones Periódicas del Uruguay".

Asimismo, a partir de un enfoque histórico contextualizado, el artículo se centra y analiza la información sobre el IAE y el suicidio en los primeros meses del año 1890 contenida en el diario "El Día" de Montevideo en la edición de la tarde.

En primer lugar es propósito de este trabajo aportar nuevo conocimiento para debatir desde la Historia con otras ciencias sociales. Por eso, utilizando el saber desarrollado en torno al suicidio en los últimos años, se presentan en un cuadro los datos relevados del pasado, organizados por categorías, cuya relación ya ha sido probada para épocas más actuales. Esto permitirá reflexionar sobre cambios y permanencias del fenómeno en el país. En este aspecto, como el número de casos es pequeño, debe considerarse que ésta es una investigación exploratoria inicial que busca sólo relevar algunos elementos para poder construir hipótesis, orientadoras de trabajos posteriores.

Finalmente cabe agregar que debe considerarse que un estudio histórico es siempre –por lo menos– una doble reconstrucción recortada del pasado: la visión de algunos de los protagonistas que, por algún medio, consiguió llegar al presente y la del investigador actual que hurga en la historia, atrapado en sus propios intereses y limitaciones. Desde esta perspectiva se intentará abordar la dimensión existencial de los sujetos que en el siglo XIX intentaban anticipar su fin o de los que cometieron suicidio, así como relevar la percepción, las formas de afrontamiento social del fenómeno y la circulación del poder; esto es, intentar comprender el sentido del suicidio en esa época.

Uruguay en la última década del siglo XIX: el año 1890

La historiografía nacional ubica en este momento el fin del Militarismo y el comienzo del Civilismo. En efecto, políticamente es una época de transición porque en 1890 finaliza el gobierno de Máximo Tajes, último representante del poder castrense, que en las décadas anteriores había implementado un primer proceso de modernización. Éste se caracterizó por el cercamiento de los campos, la afirmación de la propiedad privada en el medio rural, acompañando un proceso de mestización y diversificación de la ganadería que alejó a muchos pobladores sin tierras del medio rural. Un "ordenamiento" que se complementó con una diversificación del poder estatal: el perfeccionamiento de los instrumentos legales de control como la creación del Registro Civil, la implementación de mecanismos disciplinarios, uno de ellos la educación pública, y un proceso de laicización que separó gradualmente al Estado de la Iglesia Católica. Pero esos cambios no solo permitieron controlar con mayor eficacia a los habitantes cada vez más numerosos por las oleadas migratorias, sino que adaptaron al país a las necesidades de la inversión inglesa. Los efectos de estos cambios se plasmarán, entre otros, en el desarrollo y la modernización de la ciudad de Montevideo.

De este modo, transición, permanencia y crisis coexisten en el año 1890. Como expresan Barrán y Nahum (1971), hay transición entre un modelo económico que se está agotando en medio de una crisis económica producto, en parte, de los mismos cambios modernizadores señalados como la "plétora" del ganado. Pero también por la retracción de los mercados europeos, la creciente competencia de los países vecinos a nivel internacional y el fin del alto comercio; un cambio sustantivo de los signos más tradicionales de la economía uruguaya hasta entonces. Hay en el país una crisis financiera que, nacida en 1875, tendrá grandes secuelas en 1890: cierre de bancos, inexistencia de crédito y quiebre de empresas de inversión, como el caso de Reus.

En este breve retrato histórico hay que imaginar las condiciones de la vida cotidiana en el país.

La población uruguaya de ese momento debía estar cerca del millón de habitantes según los datos que aporta el INE;[2] de ellos, alrededor de 300.000 habitaban en la capital. Barrán (1992) afirma que la población uruguaya de 1895 era muy joven, con una media de 17 años.

El aumento de los pobladores se explica por una gran inmigración, sobre todo italiana, que, según sostiene Porcekanzski (2011), se organizó y reforzó en una ley (Nº 2096) del 19 de junio de 1890.

El diario "El Día", de José Batlle y Ordóñez, ilustra sobre esa permanente llegada de inmigrantes, los que muchas veces eran reenviados desde Buenos Aires por no haber allí trabajo. En Montevideo se alojan hacinados en el Hotel de Inmigrantes. El periódico publica repetidamente un anuncio de las autoridades informando a los empresarios que allí hay trabajadores disponibles; también informan sobre las gestiones gubernamentales para enviar esa mano de obra a distintas zonas del interior del país.

No es difícil imaginar el sufrimiento que generaba la distancia del país de origen y de los afectos 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 suicidio y de los IAE que se analizan acá.

Esta breve síntesis sobre el período muestra que el año 1890 es clave para comprender al Uruguay del siglo XX, aunque el país estaba todavía lejos de ser la "Suiza de América".

Principales resultados

a. Publicaciones Periódicas de Uruguay

La búsqueda casi sistemática de la información contenida en la base de datos virtual denominada "Publicaciones periódicas del Uruguay" mostró escasísima información sobre el suicidio o los intentos de suicidio. Se revisó la prensa desde comienzos del siglo XIX hasta las primeras décadas del siglo siguiente. La publicación más antigua consultada es la Estrella del Sur, del año 1807, cuya aparición coincide con las invasiones inglesas al Río de la Plata y la última es un semanario del departamento de Salto denominado "El Lechuza", del año 1920.

En general, las publicaciones más antiguas declaraban que su único interés era publicar noticias de interés colectivo, lo que permite suponer que esa es al menos una de las razones por las que los intentos y los suicidios consumados no fueran registrados. Otra hipótesis posible es que esa invisibilidad pudiera estar expresando

2 En 1860 el país tenía 229.480 habitantes y Montevideo 57.913, mientras que en 1908 la totalidad de habitantes es estimada en 1.042.686 y Montevideo 309.231. www.ine.gub.uy

el poder de la Iglesia Católica durante el período colonial, y en los primeros años de la República, con su postura condenatoria del acto suicida.

Aunque en 1863 "El Siglo" ya incorpora avisos fúnebres y defunciones en su sección Gacetilla, no se mencionan las causas. Recién en 1872 una revista espiritista[3] que defiende el carácter científico de tales estudios menciona el suicidio afirmando que:

"*Las estadisticas médicas dan mas locos y suicidas por causas políticas, por las ambiciones, por los infortunios domesticos, por el juego, y por los vicios, que los que pueden jamas dar los estudios serios y tranquilos, y para todas esas causas de demencia y desesperación, el Espiritismo es el mejor antidóto, ya porque enseña que lo sobrenatural es una quimera, ya por que con su benéfico y poderoso influjo, morigera las pasiones, y retempla el corazón y el alma para sobrellevar con valor y calma los embates de la vida*[4]" (p. 24).

Pero será sobre todo la prensa anarquista de comienzos del Siglo XX –muy crítica de la sociedad y preocupada por el poder– en la que el suicidio y el IAE aparecerán como discurso ideológico a través de diferentes formas y estilos: humor e ironía, poesía, culpa y el ataque directo a la autoridad y a los convencionalismos sociales. Interesa señalar que, simultáneamente, descalifica con fuerza a sus protagonistas.

En este sentido, en 1903, "El Diablo Rojo" (Nº 1) publica un poema anónimo:

Si me ahorco me cuesta un real;
Dos reales si me enveneno;
Y por dos no habrá un puñal,
Si el puñal ha de ser bueno.
Temo con bala romper
Mi pobre vital estambre
Mas barato es no comer,
Es claro, morirme de hambre.

Ya en 1916 otra publicación anarquista "El Hombre"[5], en su Nota de la Semana, destaca lo que titula una "Tragedia pasional", relatando detalladamente el suicidio de una joven, llamada Asunción Zaldívar, en el Prado. Artículo bastante extenso que critica valores socialmente compartidos y las figuras de autoridad, pero que en ningún momento nombra la palabra suicidio, procediendo a informar sobre el hecho por medio de eufemismos: *"El romanticismo exajerado, respeto excesivo a las costumbres del medio , obediencia ridícula a los mandatos paternales…" Pero es lo cierto*

3 "Revista Espiritista. Periódico de Estudios psicológicos. Año 1, Nº 2, julio 1872.

4 En las citas se respeta la grafía de época.

5 P. 1 Año 1, Nº 6, del 2 de diciembre de 1916.

que sin los autoritarismos maternales, el amor de estos jóvenes hubiéralos llevado por un camino llano, ageno a resoluciones dramáticas y extremistas".

Asimismo, el periodista juzga negativamente a los protagonistas: *"… eran pobres enfermos con sentimientos sinceros y nobles, pero falseados por una deficiente educación. Si hubieran sido personas de carácter, con voluntad, hubieran afrontado la lucha y su amor se hubiera ennoblecido y aún acrecentado ante el obstáculo";* y elabora hipótesis sobre los motivos que llevan al acto: *"Tendrían los protagonistas predisposiciones ingénitas a soluciones románticas lamentables cuando son estos sus resultados"*. También incluye una carta que *"… tuvo el bello gesto de enviar… en hora postrera a su padre"* lo que el periódico considera "*una protesta, que es una condenación de autoritarismos arcaicos un grito contra una moral criminal que es necesario destruir"*. En ella la protagonista explica: *"yo amo a Luis… como a mí se me prohíbe amar cuando llegue a vuestras manos esta carta, ya no existiré*". Hace una defensa del amor *"lo más bello que hay en la vida"* y define a un culpable: *"…La culpable de mi muerte es ella, nadie más que ella: mamá. Ella se opone a que yo ame, olvidando que ella también fue joven y amó.!!!"*

El periodista insiste: *"Estas razones deben hacer pensar a muchos padres y madres acerca de su inconsiderado autoritarismo. El afán de lucrar con el trabajo de sus hijos el mayor tiempo posible o también el egoismo de retenerlos eternamente a su lado determina a que muchos padres labren conscientemente la infelicidad de su prole"* y aprovecha para reiterar su oposición a los fundamentos sociales: *"…quizá el triste concepto de que los hijos son propiedad de los padres, cosas explotables que deben necesariamente redituar interés"*.

Finalmente concluye: *" No será desgraciadamente ésta la última tragedia amorosa, en tanto la moral presente impere y la organización familiar y social revista los caracteres de un manifiesto atentado a la libertad y a la vida. Urge, urge cambiar el medio, acabando con las causas de todos los males, si se quiere que la humanidad llegue a ser feliz algún dia"* (p. 1).

En 1920 el semanario "El Lechuza" de Rivera, que se autodefine como "crítico, satírico, literario y jocoso", en su primer número, del 1º de octubre, en la sección policial comenta con cierta ironía, con algo de humor y cierta discriminación étnica un intento de suicidio que titula "Cansado de la vida." El periodista relata*: "Negrito Fros, uruguayo, viudo, menor de edad, funerario en extremo, intentó contra su vida en la tarde de ayer, arrojándose delante de la rejilla de un mataburro, próximo a la avenida Ataques en momentos en que pasaba un tren de carga. Aunque la policía no ha llegado al completo esclarecimiento del hecho….podemos nosotros afirmar que las causas que motivaron a dicho joven a atentar contra su vida son el* ***fracaso*** *en sus amores con una Srta. rubia de la calle Buen Retiro."*

b. El Día

A diferencia de esta primera base datos ya comentada, en el período consultado el diario El Día trae mucha información sobre el tema que nos convoca.

Es una publicación de aparición diaria que perteneció a José Batlle y Ordóñez, un político destacado del Partido Colorado, gobernante e impulsor de grandes reformas en el país, una figura de renombre internacional y emblemático en la historia uruguaya, con gran influencia hasta la primera mitad del siglo XX.

El periódico citado había sido imaginado como una opción de poder. Caetano y Rilla (1994) afirman que: *"Los redactores de El Diario no eran periodistas sino colorados amigos de Batlle; no opinaban ni relataban como profesionales sino como políticos" (p. 87)*. Vendido a muy bajo costo se proponía formar opinión pública, era un instrumento de educación y difusión política para los crecientes grupos sociales de trabajadores. Todo esto permite afirmar que el análisis de los artículos sobre el IAE y los suicidios, y otros que expresan opinión, pueden acercarnos a comprender la opinión de algunos dirigentes políticos de la época sobre el suicidio.

Importa señalar que, si bien el periódico fue fundado en 1886, esos primeros años no siempre estuvieron en condiciones de ser consultados[6], por lo que, con intenciones de comprender el problema desde las épocas más antiguas, se analizó la información microfilmada desde el 2 de enero de 1890 hasta el 16 de abril, en la edición de la tarde.

La información obtenida en el período estudiado fue de tal magnitud que, como se dijo, se opta por presentarla en primer lugar organizada en un cuadro para luego desplegar algunas citas textuales que permiten visualizar la circulación del poder y comprender algunas características subjetivas de la época en torno al suicidio, su valoración, su sentido, ya sea por la forma en que el fenómeno aparece en la prensa como en las opiniones explícitas escritas de los periodistas.

Primera sistematización de la información

El cuadro que sigue sistematiza la información contenida en el diario El Día en las fechas señaladas. La primera columna adjudica un número correlativo a cada caso de IAE o de suicidio en orden cronológico. Las columnas siguientes informan cada caso por categorías: edad, sexo y estado civil, profesión, nacionalidad, situación del acto (Suicidio o IAE), método y motivos. Se trata de las categorías habitualmente consideradas en el presente al investigar el fenómeno[7].

6 Biblioteca del Poder Legislativo (BPL).

7 La grafía de las fuentes no ha sido alterada, aparece tal cual se registró en el periódico consultado.

Nº	Edad	S/est	Profesión	Nacion.	Suic.	IAE	Método	Motivos
1	61	M/solt		Ital.	X		Degüello navaja	No permitir inmigración
2	16	F/solt				X	Disolución fósforo	Amor contrariado
3		F/	Prostituta			X	Disolución fósforo	Celos
4		M/				X	Precipitación al mar	Enagenación mental
5	16	F/solt				X	Disolución fósforo	Amor contrariado
6		M/cas	Jornalero	Español	X		Arma blanca Precipitación al vacío	Enagenación mental
7		M/				X	Arma blanca	Cansado de vivir
8	17	F/	Sirvienta		X		Fósforo y queroseno	Motivos desconocidos
9	20	M/			X		Tiro en la sien	Motivos desconocidos
10		M/				X	Tiro en la sien	Motivos desconocidos
11	46	M/cas			X		Ahorcamiento	Motivos desconocidos
12		M/			X		Precipitación al vacío	Motivos desconocidos
13	32	M/cas	Cocinero	Ital.		X	Tiro arma de fuego	Celos
14		F/				X	Disolución fósforo	Se negó a informar
15		M/	Tipógrafo			X	Precipitación al mar	Se negó a informar
16	Avanz.	M/			X		Precipitación a aljibe	Grave enfermedad
17	50	M/				X	Tiro arma de fuego	Deudas juego-enf. Mental
18		F/				X	Disolución fósforo	No informa motivos
19	43	M/	Albañil	Oriental	X		Precipitación al tranvía	Motivos desconocidos
20	Avanz.	F/				X	Arma blanca cuello	Enfermedad crónica
21	C/niña	F/				X	Precipitación al mar	Motivos desconocidos
22	50	M/s flía.	Mozo hotel	Alemán	X		Ahorcamiento	Motivos desconocidos

La fuente consultada permite afirmar que, entre el 2 de enero y el 16 de abril de 1890, hubo al menos 22 IAE o suicidios, principalmente en Montevideo, una ciudad que tenía en ese momento cerca de 300.000 habitantes. El dato permite comprender que la prensa preciera impresionada, se hablaba de "epidemia" o "monomanía" de suicidios. Esto explica también que el acto suicida se expresara de diversas formas, como si hubiera actuado un mecanismo defensivo: a través del humor, la ironía y la descalificación de sus protagonistas, aunque, como ya se ha visto, eran formas utilizadas en la prensa antes y después de este año.

Como se puede observar, algunos datos como el estado civil, la nacionalidad o la profesión no aparecen con frecuencia acompañando la noticia. Esto impide hipotetizar sobre alguna correlación posible, ya sea con la inmigración o con los efectos de la profesión en la decisión de anticipar el fin.

El cuadro muestra la masculinización del objeto de estudio: de 22 casos, 14 son hombres y son sólo 8 mujeres. Hay 9 suicidios consumados: 8 de hombres y sólo uno femenino. En IAE de 13 casos hay 7 femeninos y 6 masculinos. Importa destacar que hay una distancia estrecha entre el suicidio y el IAE, es decir, que en el período estudiado de 1890 la letalidad del acto parece ser muy alta.

En cuanto a las edades ordenadas por décadas: hasta 20 años hay 4 casos; de 20 a 30 años hay 1 caso; de 30 a 40 años hay 1 caso; de 40 a 50 años hay 4 casos y con más de 50 hay 3 casos. Interesa señalar que, de estos últimos 7 casos, 5 son suicidios consumados, por lo se podría afirmar que, al igual que en el presente, a mayor edad mayor letalidad del acto.

La información sugiere que los IAE y los suicidios son más frecuentes entre los jóvenes y a partir de la edad madura. Como hay que considerar que las expectativas de vida eran menores, podría sostenerse que las dos franjas etarias en que se presenta el acto suicida son en la juventud y en la mayor edad, lo que es coincidente con lo que revela la situación actual del fenómeno en el país.

En cuanto al método: el envenenamiento por disolución de fósforo (con agua o queroseno) hay 6 casos, un método claramente femenino y principalmente en mujeres jóvenes "por amor contrariado", lo que denota, al mismo tiempo, la fuerza de los convencionalismos sociales y el rechazo al sujetamiento de un modelo cultural protagonizado por las mujeres. En cuanto al degüello o el uso de arma blanca (cuchillo, navaja), hay 4 casos de los cuales uno sólo es femenino; hay también 4 casos de uso de armas de fuego, todos masculinos. Precipitación al mar con intención de muerte, se registran 3 casos: 2 masculinos y uno femenino, mientras que el método de precipitación (al vacío desde un balcón, a un aljibe o frente a un tranvía) hay 3 casos, todos ellos protagonizados por hombres. El ahorcamiento cuenta con sólo 2 casos masculinos, pero parece muy letal, ya que ambos son suicidios con-

sumados. ¿Podría pensarse que también en el método las diferencias de género operaban ya como en la actualidad?

Hay 50% de los casos en los que se ignoran los motivos que llevaron al acto: 8 de ellos por desconocimiento de los familiares, o porque la noticia no lo explica, y 3 porque el sujeto se negó a informar. De los 11 casos restantes la enfermedad mental parece ser la causa de 3 casos; los celos parecen haber sido los motivos en 2; enfermedades graves o crónicas en 2 casos de sujetos con "edad avanzada"; mientras que por "estar cansado de vivir", o por no ser admitido como inmigrante, son las causas de cada uno de estos últimos.

Dimensión existencial de los sujetos

La desesperanza, la inexistencia de proyectos de futuro, la soledad, suelen ser algunos de los motivos más asociados hoy a la decisión de poner fin a la vida, acentuado cuando se suma la edad avanzada. El sufrimiento de los inmigrantes y los efectos del poder en los sujetos se revelan en su máxima crudeza en el relato preciso y detallado de un suicidio ocurrido al llegar a Buenos Aires en el barco Olimpo, que realizaba la travesía Montevideo-Buenos Aires. "El Día" del 2 de enero de 1890 transcribe un artículo publicado por un diario argentino, informando que el suicida era Pablo Scalambro, un italiano, soltero, de 61 años, que había llegado primero a Montevideo a bordo del "Magdalena". Tomó esa resolución cuando la Comisaría de Inmigración argentina le prohibió desembarcar como inmigrante por estar excedido de la edad admitida legalmente para ello. Ante esa situación : *"…el pasajero se dirigió…donde tenía su equipaje y apoderándose de una de las navajas de afeitar que tenía en una pequeña valija se dirigió al water closet y allí puso término a su vida infiriéndose una herida incisiva ….produciéndose con esa herida la muerte instantánea…"*. El artículo señala que actuó *"…el médico Ricardo García Blanco que encontrándose accidentalmente a bordo practicó el primer examen médico"…*

Con cierta dosis de humor irónico el artículo finaliza diciendo: *"Conocido el hecho…el cadáver fue desembarcado el mismo día… Scalambro ha salido con la suya, ha entrado en Buenos Aires ya que no como inmigrante, como cadáver."*

También con cierta ironía el 24 de febrero la misma fuente comenta otro suicidio *"Se trata de un hombre de edad ya avanzada y el que por estar gravemente enfermo se quitó la vida de un modo original arrojándose dentro de un aljibe donde pereció ahogado."*

La soledad puede aparecer de formas diversas. En un texto escueto pero preciso, que no da cuenta de la existencia de familiares ni motivos, se *dice " Fallece José Bacedo, oriental, de 43 años y albañil"* (que) *"dos días antes se tiró frente al tranvía al Paso del Molino, intentando suicidarse"* o una noticia del 16 de abril revelando que

por las *"…averiguaciones de la policía se sabe el nombre del suicida de ayer ahorcándose en camino Prolongación de la calle Industria en una quinta propiedad del Sr. Francisco Otonello… era Carlos Müllve, era alemán de 50 años y trabajaba como mozo de hotel. No se conoce familia alguna, ni bienes."* La brevedad de estas noticias, respetuosas, asépticas, objetivas, sin comentarios del periodista, sugiere que se cumple una tarea de informar objetiva, ejecutada a la distancia.

La enfermedad mental también justifica el suicidio o los intentos. En estos casos las noticias se suelen centrar en algunos detalles del acto suicida que muestran su irracionalidad. Además, en general, frente a un suicidio o un IAE se señala la intervención del médico, que dispone el aislamiento del sujeto o legaliza la causa de muerte, ejerciendo un saber-poder que restituye racionalidad e impone legalidad al acto suicida (Foucault).

El ejemplar del 13 de enero registra un intento en la playa Ramírez protagonizado por un *"individuo"(* que) *"…pretendió ayer suicidarse arrojándose al mar en un paraje en donde no hacía pie"*(que*) "…fue visto por algunas personas y el botero de las casillas de los baños que le salvaron la vida"*. Agrega que: *"Según declaró luego su familia en la comisaría que estaba atacado de enagenacion mental" e informa que "luego de reconocerlo el médico forense sería enviado después al manicomio nacional."*

El 20 de enero se anuncia que el Hospital de Caridad atendió en la guardia de la noche un *"súbdito español, de profesión jornalero con una herida grave en el cuello, que se produjo con un arma punzo – cortante con intención, según declara, de degollarse"*, y más adelante, en otra sección, se informa: *"Francisco Pagani domiciliado en Salsipuedes, Mal abrigo, que anoche se infirió dos heridas graves en el cuello con un cuchillo de grandes dimensiones…su esposa le arrebató el cuchillo" y agrega que "se ignoran los motivos que le impulsaron a tomar esa determinación"*. Dos días después el mismo diario publica una noticia detallada del suicidio consumado de Pagani cuando era trasladado *"por dos sirvientes*" del Hospital de Caridad al manicomio. En los corredores altos "*…en un brusco movimiento Pagani se desprendió de sus acompañantes y sin vacilar un momento se arrojó de cabeza al patio"*. Agrega que *"Fue tan recio el golpe que recibió que se deshizo el cráneo contra el pavimento, quedando muerto casi instantáneamente."*

La misma fuente menciona un intento de suicidio el 5 de marzo. Un hombre de nombre José Regal, de 50 años, intenta suicidarse a balazos y declara que "*había pretendido suicidarse por haber perdido en el juego una cantidad de dinero que no le pertenecía. Esto se ha comprobado después que no es cierto porque no falta un solo vintén en la caja de la Asociación Rural"* (era empleado). Agrega luego que *"…tiene alteradas las facultades mentales y cree que al quitarse la vida obedece a un mandato divino. Tenía escritas 3 cartas que se encontraron en los bolsillos y pretendió romper. Una de ellas está dirigida al Jefe de Policía General Tajes y es de carácter particular. La otra a Don Lucio*

Rodríguez Díaz, la última a Don Luis Lerena Lenguas. Al leer cualquiera de ellas se comprende inmediatamente que su autor está en un grado avanzado de demencia".

También se producen actos suicidas por amor, como ya se mencionó. Es interesante notar la similitud entre dos noticias separadas por tres décadas como es la que ya fue comentada del semanario "El Hombre" de 1920[8] y la que sigue del diario El Día, del 8 de enero: se presenta a la protagonista como *"…una encantadora muchacha de 16 años cuyo nombre se nos ha pedido preservar, la que por amores contrariados hubiera atentado contra su vida si no hubiera mediado una circunstancia excepcional e imprevista. La romántica niña tenía ya preparada una fuerte disolución de fósforos que pensaba tomar anoche. Su mamá al abrir el armario donde ella guarda las ropas se encontró con la copa que contenía el veneno en solución. Comprendiendo al momento de lo que se trataba interrogó a la niña que no tardó en confesar llanamente la verdad. Los padres han resuelto que cese la oposición que hasta ahora hacían al novio de la muchacha y ésta, ante semejante resolución, ha prometido formalmente no volver a pretender atentar contra su vida".*

Parece necesario comparar la presentación de este caso con otros. Aquí aparece cierta comprensión: "la niña", "romántica", una cierta protección al respetar el anonimato, sin duda actúa también el peso del grupo social de pertenencia y puede estar mostrando una sociedad jerarquizada, sin integración, esperable en un país que vive un fuerte proceso social de inmigración creciente.

Tres días después, la misma fuente registra otro intento: una "mujer de la vida" de nombre Julia Álvarez, declara que *"…los celos fueron que la impulsaron a tomar resolución tan extrema".* El método es nuevamente fósforo disuelto en agua *pero "… como se le hizo beber a tiempo un antidoto se encuentra fuera de todo peligro y arrepentida sinceramente de haber intentado quitarse la vida."*

Los celos son el motivo de un intento producido el 10 de febrero: *"Pedro Sosay, italiano de 32 años, casado y con ocupación cocinero" entró a una "Casa de Tolerancia" en la calle Yerbal Nº 22 en la que habita una mujer con quien él hace vida común y encerrándose en una de las piezas se descerrajó un tiro en el costado derecho del cuerpo…"* Trasladado al Hospital de Caridad: *"…está en estado de suma gravedad".*

También aparece la asociación entre pobreza y suicidio en una noticia del 20 de enero referida a un sujeto que vive en el Cerro, de nombre Antonio Figueroa: *"… ocasionándose una herida en el cuello y dos en el cuerpo en la región del pecho",* explica que su estado es muy grave y que *"….ha intentado suicidarse por estar cansado de vivir."*

Pocos días después, el 25 de enero, registra un intento de una joven de nombre Margarita Rodríguez, "humilde", de 17 años, que trabaja en una casa de Misiones

8 P. 4.

entre Cerrito y Piedras. Bebió una disolución de fósforo en queroseno por motivos desconocidos. *"Inmediatamente de haber bebido esta sintió los efectos del tósigo y sin fuerza suficiente para soportar los crueles dolores que padecía..."* avisó y fue asistida por un médico, aunque el mismo diario registra su muerte el día 28 declarando que *"...los auxilios de la ciencia fueron inútiles para salvarle la vida."*

La percepción de los contemporáneos sobre el iae y el suicidio

El IAE y los suicidios aparecen en el diario como una preocupación constante, ya sea formando parte de las noticias o en comentarios aislados.

El 8 de enero se expresa: *"Hace algunos días que felizmente no se produjo ningún caso de suicidio lo que fundadamente hacía suponer que la epidemia de quitarse la vida sino había desaparecido totalmente por lo menos había declinado de un modo notable..."* pocos días después, el 20 de enero insiste: *" ...la monomanía de los suicidios que parecía haberse calmado un tanto en los últimos días, hoy ha vuelto a manifestarse, pues dos tentativas de ellas se encuentran consignadas en el parte policial."* Con cierta ironía a la semana se reitera que *"... dos nuevos casos de personas que han atentado contra su vida viene a demostrar que no ha desaparecido la epidemia de suicidios no que ha declinado(...) lo único que ha variado es la forma(...) que días pasados estaba en moda la vulgar disolución de fósforos y esta semana se presenta bajo la forma de pistoletazos disparados sobre las sienes"*

Sin embargo, un lugar especial en este trabajo tiene un artículo de opinión del periódico, sin firma, aparecido el 11 de febrero titulado*: Los suicidios*.

El escritor afirma que, dado "*el número de suicidios ocurridos en los últimos días",* se propone "*meditar sobre las causas que pueden producirlos"* y agrega que: *"...nos hemos convencido que el suicidio es útil a la sociedad porque la purga de sus miembros suicidas."*

Comenta que algunos medios de prensa argentinos han decidido combatirlo al no informar sobre el suicidio; otros por medio de *"ridiculizar para tratar(...) de intimidar a los poseídos de suicidio-manía."*

La postura de "El Día" es que esas son acciones ineficaces y agrega: *"... nos proponemos fomentar los suicidios, aplaudir a los suicidas."* Continúa diciendo: *"Ellos proceden lógicamente: los individuos que no tienen condiciones para afrontar la lucha por la existencia hacen bien en darse la Muerte, porque así no dejarán semillas estériles para el bien; no quedarán tras ellos miembros inútiles o perjudiciales á la sociedad."*

En un diario laico es interesante la afirmación que hace: *"Ningún suicida tiene perdón de Dios, porque no hay desventura que no se pueda remediar con perseverancia y voluntad."*

Sin embargo, el artículo establece una excepción*: "…disculpemos a los jóvenes apasionados (…) ellos proceden con ligereza al atentar contra lo que no les pertenece, que es de la vida. Y los disculparemos por su inexperiencia y por su juventud…que solo denotan desequilibrios en sus facultades mentales".*

Para finalizar su opinión expresa: *"Ellos se castigan a sí mismo y hacen el único bien que son capaces de hacer á sus semejantes, quitándose la vida. Tendrán pues nuestro estímulo y nuestro aplauso. Suicídese todo lo inútil y hará cosa de provecho, puesto que así juegan a la sociedad de elementos inservibles. Sigan en su tarea, mátense ya que no son capaces de vivir como los demás."*

La extensa cita se justifica porque el artículo condensa una serie de percepciones que subyacen a lo largo de las noticias analizadas. El tema de los intentos de suicidio y de los suicidios consumados pasó de la invisibilidad, del silencio a principios de siglo –*"Tanto no quería ver la muerte"*, como afirma Barrán (1992)[9]– a una presencia constante en formas diversas en la prensa de 1890 consultada. También denota cierta coincidencia con la publicación anarquista de 1920 ya comentada.

La dura crítica a los suicidas parece intentar formar opinión pública sobre el tema, pero cabe interrogar: ¿mostrará a una sociedad abrumada por el suicidio? El texto parece denotar enojo e incomprensión, el rechazo de cualquier culpa imaginada, un acto solo explicable por "desequilibrios mentales" y apenas aceptado para los jóvenes sin experiencia que son "románticos" quizás un resultado del "efecto Werther." De hecho las noticias referidas a esta franja etaria, generalmente asociados a mujeres de grupos sociales más privilegiados, así lo sugieren. Las alusiones a Dios para fundamentar el discurso en defensa de la vida son más interesantes porque proceden de un periódico que será muy crítico de la religión instituida. Aunque la defensa de esa vida "que no les pertenece" parece abrevar en la más antigua tradición cristiana. La crítica a la debilidad para soportar la vida cotidiana, la insensibilidad frente al sufrimiento del otro, conjuntamente con el culto de la perseverancia y de la voluntad, bien pueden estar mostrando una subjetividad en transición, a medio camino entre lo que Barrán denominó la sensibilidad bárbara y la civilizada.

Aportes para un debate

El análisis de las fuentes históricas contextualizadas sugieren que la hipótesis de Robertt sobre la incidencia de la integración social desde una perspectiva cultural sobre el suicidio es una perspectiva que podría ser considerada relevante al analizar el fenómeno actual en el país. En relación a la hipótesis manejada por González, que asocia el suicidio a la matriz social promovida por el Estado, según

9 P. 19.

muestra la fuente histórica consultada, el problema del suicidio parece estar ya plenamente instalado en 1890.

El cuadro que se construyó y analizó sugiere que algunas de las características actuales del IAE y del suicidio en Uruguay ya estaban operando en el siglo XIX y muestra algunas ausencias que bien podrían haber arrojado luz sobre el fenómeno, como la nacionalidad o la profesión de los protagonistas.

Esta investigación indica que el suicidio fue un tema casi ausente de la prensa en las primeras épocas del siglo XIX. Como ya se expresó, es posible pensar que la invisibilización del problema pudiera estar mostrando el poder de la iglesia en ese período más lejano. Cabe agregar que, las escasas veces que aparece el tema en ese tiempo, se afronta a través de eufemismos, la poesía, el humor, la ironía, utilizando formas que bien pudieron actuar a modo de mecanismos defensivos.

También revela la importancia del IAE y del suicidio en Uruguay en el período estudiado del año 1890, y todo permite suponer que su incidencia podría haber sido aun mayor a la que el país exhibe en la actualidad. Asimismo, la investigación muestra que en el año y en el período analizado el fenómeno era un problema reconocido, de manejo público en los medios de prensa.

Es claro que la posibilidad de informar o invisibilizar sobre cualquier hecho es siempre un ejercicio de poder, por eso cabe preguntarse sobre los factores que pudieron incidir para que el tema se volviera posteriormente un tabú en los medios de prensa.

En este sentido hay que pensar que el diario El Día no es en nuestra historia un periódico más. Como ya se dijo, su razón de ser era la intención de formar opinión pública, ciudadanos y adeptos al partido colorado, dado que su fundador y director fue una figura política emblemática en Uruguay, con gran influencia hasta la primera mitad del siglo XX. Su proyecto político, económico y social fue a la vez continuidad y cambio pleno de realizaciones: el estatismo y el proteccionismo, la definitiva separación entre la iglesia y el Estado, la multiplicación estratégica de la educación pública, la legislación en materia de trabajo y seguridad social, la afirmación de la democracia representativa. Una serie de acciones que exigían esfuerzo, perseverancia y voluntad, así como gobernantes y ciudadanos aptos para impulsarlas. Un proyecto de poder que construyó la "Suiza de América". En ese escenario: ¿qué sentido tenía el suicidio?

Sin duda éste es un campo de problemas en el que se articulan distintas formas de poder, visualizadas en las citas precedentes: la prensa que invisibiliza o informa, descalifica o protege y, además, busca formar opinión pública; el Estado, a través de diferentes actores y organismos de disciplinamiento y control: la policía, el manicomio, el registro de las defunciones, el médico que interviene en los intentos y

en el acto suicida otorgando un "orden legal" y que distingue "lo normal" de lo que debe ser aislado, recluido, los padres que se oponen a ciertos amores inconvenientes, y la familia como institución autorizada para denunciar los casos de enfermedad mental, informar u ocultar a la policía los motivos que pueden haber llevado a un familiar a suicidarse. Pero también el artículo muestra el poder del sujeto que ejecuta el gesto suicida.

¿Cómo vive la sociedad uruguaya de fines del siglo XIX esa "monomanía" de suicidios? Los suicidas: ¿la están desafiando?, ¿expresa una crítica social encubierta?

Un acto que conmociona a la sociedad, que enoja quizás porque cuestiona, desafía un orden social. Al mismo tiempo, un sujeto que inmerso en sí mismo, en su sufrimiento personal, resulta incapaz de aportar al proyecto colectivo. Con su acto desata culpas, que bien pueden explicar el enojo del periodista de El Día en el extenso artículo presentado. Un artículo que puede parecer impensable e incomprensible para nuestra subjetividad a comienzos del siglo XXI.

Referencias bibliográficas

Barrán, J. y Nahum, B. (1971). *Historia Rural del Uruguay Moderno. 1886-1894.* T. II. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, J. (1992). *Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. 1. El poder de curar*. Montevideo, EBO.

Caetano,G. y Rilla, J. (1994). *Historia contemporánea del Uruguay. De la colonia al Mercosur.* Montevideo, Fin de Siglo.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión.* Argentina, Siglo XXI editores.

González, V. (Diciembre 2012). *Revista Encuentros Uruguayos*, *V*(1), 57-73.

Porzecanski, T. (s. f.). En: *El libro del Centenario del Uruguay.* Recuperado de: www.1811-2011.edu.uy/B1/content/inmigrantes *Entrada: abril de 2016*.

Robertt, P. (1998). *El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico*. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Informe de Investigación Nº 23. Montevideo. Sin editar.

Vignolo, J. (2004). *Estudio del suicidio en Uruguay. Período 1887-2000 y análisis epidemiológico del año 2000.* Recuperado de: www.medfamco.fmed.edu.uy. Entrada: febrero de 2016.

Bases de Datos:

Publicaciones Periódicas del Uruguay. Recuperado de: www.periodicas.edu.uy. Entrada: febrero de 2016.

Diario "El Día" (Marzo 2016). Biblioteca del Poder Legislativo.

El suicidio en Uruguay

Pablo Hein[1] – Víctor Hugo González[2]

Introducción

Cuando se nos planteó la necesidad de contar con un artículo que mostrase la visión de la temática, desde la mirada o perspectiva sociológica, para un público amplio como lo es este libro, nos enfrentamos a dos o tres dilemas. El primero fue escribir y por ende plantear una necesaria redefinición de la temática, saliéndonos del encuadre clásico del tema es decir el "durkheniano", pero esta empresa nos llevaría necesariamente a plantear un artículo por demás denso, en su debate teórico y muy poco productivo para el presente libro.

El segundo era redefinir el tema desde nuestra comprensión actual, planteando los debates e interrogantes que compartimos, en mayor o menor medida, con el "resto" del Grupo y el tercero, fue replantear el texto pionero en esta materia para nuestro país, desde y para la Sociología, que fue y es, el trabajo del colega y mejor compañero de cátedra (allá por fines de los 90) de Dr. Pedro Robertt.

Sin pensarlo mucho, esta tercera vía fue la que nos motivó y evaluamos como más oportuna para este libro. Inmediatamente hablamos con Pedro, allá en ALAS Costa Rica y le planteamos que coprodujera con nosotros o que lo prologara. Pedro, nos explicó que en estos momentos estaba en otros temas, en otros lugares, lejos del suicidio, pero cerca de la comprensión de nuestra sociedad, de nuestra compleja, ambivalente, disciplinada (incluso en este tema) y moderna sociedad latinoamericana.

---

1 Docente e Investigador del Departamento de Sociología, FCS, UdelaR. Docente en el Área de Metodología. Integrante del Grupo Comprensión y Prevención de conducta suicida, que lo componen las Facultades de Ciencias Sociales, Medicina, Psicología y Humanidades y Ciencias de la Educación. Desarrolla investigación en el estudio de Egresados de la UdelaR, en la Dirección General de Planeamiento. pablo.hein@cienciassociales.edu.uy

2 Magíster en Psicología Social por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y Licenciado en Sociología por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Se desempeña como docente e investigador en la Facultad de Ciencias Sociales. Integrante del Grupo de Comprensión y Prevención de conducta suicida. Trabaja en el Área de Gestión y Seguimiento Presupuestal en la División de Desarrollo Institucional. vicspinsoc@gmail.com

Es así que vaya nuestro modesto homenaje, a los esfuerzos que realizó Pedro, por los años 90 para con este tema, en donde las bases de datos eran terreno secreto, y los desarrollos informáticos conllevaban esfuerzos mayores en temas de procesamientos, pero que más allá de estas y otras dificultades nos mostró un tema por demás oculto y latente en nuestro moderno Uruguay, sacando o descolocando este tema netamente médico para ámbitos más sociales o sociológicos.

El suicidio en Uruguay. Una actualización

El presente artículo busca actualizar y comparar la situación mostrada en el estudio pionero de Pedro Robert (1997, 1999) con el Uruguay de principios del siglo XXI.

Los estudios del suicidio desde las ciencias sociales y humanas aún presentan una escasa acumulación. Con una mirada predominantemente cuantitativa. (Dajas, 2001; Vignolo, 2004; Robert, 1997, 1999). Presentándose en los últimos años un conjunto de investigaciones, que plantean interpretaciones sociales y culturales con el fin de comprender su devenir. (González, 2010, 2015; Hein, Rodríguez, 2015).

Las fuentes posibles de investigación y estudio del suicidio son las estadísticas oficiales, entrevistas a familiares, amigos y personas significativas del entorno del suicida y el análisis de las cartas y notas dejadas por las personas que se suicidaron.

Al igual que Robert este artículo abordara el fenómeno del suicidio mediante el análisis de la variación de la tasa de suicidios ampliando el período original de 1963 a 1993, llegando a 2014 y, por último, la relación de esta última con un conjunto de variables que se han postulado como explicativas o asociadas al suicidio. La principal fuente serán las estadísticas de suicidios del Ministerio de Salud Pública del Uruguay.

El artículo presenta la ubicación de la tasa de Uruguay en el contexto internacional y latinoamericano, en segundo lugar, se analiza las variaciones de la misma para el período 1963 a 2014. En tercer lugar se observara la tasa de suicidios considerando la división territorial en grandes áreas (Montevideo e interior), sexo y edad.

Después de un análisis tipológico regional que permitió a Robert (1997, 1999) afirmar que en el Uruguay hay zonas más o menos "suicidógenas". Continuando con una revisión del comportamiento de la tasa de suicidio en relación a tres modelos de variables como son las poblacionales o demográficas, estructurales y de desorganización social.

Para finalizar se presentan algunas reflexiones de las continuidades y discontinuidades que halló Robert (1997, 1999) con el Uruguay del siglo XXI, desde una perspectiva sociológica.

La comparación internacional

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud en sus informes del 2014 estiman que unas 800.000 muertes por suicidio ocurrieron en todo el mundo en el año 2012, dándose muerte una persona cada 40 segundos. Representando una tasa mundial anual estandarizada por edad de 11,4 por 100 000 habitantes (15,0 para los hombres y 8,0 para las mujeres). En la Región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 defunciones por suicidio anualmente. Siendo para América del Sur una tasa total ajustada según edad de 5,2 por 100.000 habitantes y de 8,2 y 2,1 para hombres y mujeres respectivamente. Presentando América del Sur valores menores a los mundiales.

Una primera instancia del estudio del suicidio en el Uruguay requiere de su ubicación en el contexto mundial y latinoamericano. La literatura plantea la vinculación entre niveles de desarrollo económico y social con altas tasas de suicidio. Estudios realizados han mostrado que las mayores tasas de suicidios se presentan en los países desarrollados. Robert (1997, 1999) mostró como esta relación no se presenta de forma lineal, cosa que podemos observar en el cuadro 1 para la situación actual (2012). Como expresó "*así, detrás de tasas de suicidio diferentes pueden encontrarse complejos factores no sólo económicos sino también sociales y culturales*". (Robert, 1999)

Pudiéndose observar en el cuadro 1 como Noruega (IDH: 0,955) siendo el país primero en el ranking de IDH aparece con una tasa media de suicidios y Australia (IDH: 0,938) segundo con un IDH muy alto aparecen con una tasa alta de suicidios. Uruguay (IDH: 0,792) muestra un desarrollo alto de IDH. Así, Bielorrusia que presenta un IDH similar al de Uruguay estando en el grupo de IDH alto tuvo una tasa de suicidios muy alta en comparación con la uruguaya.

Por lo tanto se puede concluir al igual que Robert (1999) que no se cumple de manera lineal la relación entre altas tasas de suicidio y alto desarrollo económico y social. Teniendo que complejizar las explicaciones posibles del fenómeno.

Cuadro 1. Tasas de suicidios e IDH grupos.

		Tasa de suicidios			
Baja Menor a 5		**Media Entre 5 y 9,9**	**Alta Entre 10 y 14,9**	**Muy alta Mayor o igual a 15**	
IDH	**Bajo**		Senegal Nigeria Pakistán		Sudán
	Medio	Belice	Guatemala Paraguay	Bolivia El Salvador	India Guyana Surinam
	Alto	Jamaica Perú Venezuela México Panamá Bahamas	Colombia Ecuador Brasil Costa Rica	Trinidad y Tobago Bulgaria	Cuba Bielorrusia **Uruguay**
	Muy alto	Barbados Grecia Italia	Reino Unido España Dinamarca Suiza Nueva Zelanda Alemania Noruega	Argentina Chile Francia Finlandia Bélgica Suecia Estados Unidos Australia	Lituania Polonia Hungría Austria Japón

Fuente: Preventing Suicide. A global imperative. World Health Organization. 2014.
Informe de Desarrollo Humano 2013. PNUD.

La segunda comparación planteada es la ubicación de la tasa de Uruguay en el contexto latinoamericano. Pudiendo ver en el cuadro 2 que presenta una tasa alta de suicidio conjuntamente con otros países del continente (Argentina, Chile, Bolivia, Trinidad y Tobago, etc.). Lo que podemos observar como Argentina y Chile perteneciendo al grupo de IDH muy alto presenta tasas similares a la uruguaya, siendo Barbados la excepción, ya que presenta un IDH muy alto, pero con una tasa sustantivamente menor.

Los países latinoamericanos del cuadro 2 pertenecen su mayoría al grupo de IDH medio. Apareciendo en este grupo dos de los países con la mayor tasa de suicidios, Guyana y Surinam con 44,2 y 27,8 cada 100.000 habitantes respectivamente.

Las menores tasas de suicidios se presentan en los tres grupos de IDH, así Belice aparece con una tasas de 2,6; Bahamas con 2,3 y Barbados con 2,3 cada 100.000

habitantes. Al igual que en el contexto internacional no se encuentra una relación lineal entre desarrollo socio económico y tasa de suicidios.

Cuadro 2. Tasas de suicidios totales y según sexo, IDH e IDH grupos en países de América Latina.

País	Total	Hombres	Mujeres	IDH	IDH grupos
Guatemala	8,7	13,7	4,3	0,581	Medio
Guyana	44,2	70,8	22,1	0,636	Medio
Paraguay	6,1	9,1	3,2	0,669	Medio
Bolivia	12,2	16,2	8,5	0,675	Medio
El Salvador	13,6	23,5	5,7	0,680	Medio
Surinam	27,8	44,5	11,9	0,684	Medio
Belice	2,6	4,9	0,5	0,702	Medio
Colombia	5,4	9,1	1,9	0,719	Alto
Ecuador	9,2	13,2	5,3	0,724	Alto
Jamaica	1,2	1,8	0,7	0,730	Alto
Brasil	5,8	9,4	2,5	0,730	Alto
Perú	3,2	4,4	2,1	0,741	Alto
Venezuela	2,6	4,3	1,0	0,748	Alto
Trinidad y Tobago	13	20,4	6,2	0,760	Alto
Costa Rica	6,7	11,2	2,2	0,773	Alto
México	4,2	7,1	1,7	0,775	Alto
Panamá	4,7	8,1	1,3	0,780	Alto
Cuba	18,5	11,4	4,5	0,780	Alto
Uruguay*	17,7	29,2	7,0	0,792	**Alto**
Bahamas	2,3	3,6	1,3	0,794	Alto
Argentina	10,3	17,2	4,1	0,811	Muy alto
Chile	12,2	19	5,8	0,819	Muy alto
Barbados	2,3	4,1	0,6	0,825	Muy alto

Fuente: Preventing Suicide. A global imperative. World Health Organization. 2014. Informe de Desarrollo Humano 2013. PNUD. * Ministerio de Salud Pública del Uruguay.

Este análisis comparativo necesita sin embargo relativizarse, debido a errores en el registro y/o la clasificación de las defunciones. Los suicidios siempre representan una porción desconocida de las defunciones no registradas y es probable que en los países con un porcentaje mayor de muertes no registradas hubiera un

mayor número de suicidios no incluidos en el cálculo de las tasas. Recientemente para Uruguay (Hein; Rodríguez, 2016) pudieron estimar un subregistro por causa de defunción de casi el 9% anual, lo que daría un factor de corrección de 1,09 para aplicar a las tasas de suicidio reportadas anualmente por el MSP. También las presiones de carácter social y cultural y diferencias en la construcción de los censos nacionales dificultan o hacen que se deban relativizar algunas comparaciones.

Tal como planteara Robert (1997, 1999) la ubicación de Uruguay en el contexto internacional y latinoamericano responde a un desarrollo económico y social diferenciado y por otro, de estructuras administrativas que registran eficazmente el hecho de la muerte, desde las primeras décadas del siglo XX.

La explicación de la alta tasa de Uruguay puede deberse a un desarrollo temprano administrativo y fundamentalmente de salud que registra, históricamente con mayor eficacia que sus pares latinoamericanos.

Puede observarse en el cuadro 3 como Uruguay comparte con Barbados, Chile, México y Puerto Rico porcentajes pequeños de subregistro para el año 2009. Habiendo mejorado en forma sustantiva el registro en Chile y México y mostrándose estables Barbados, Puerto Rico y Uruguay respectivamente.

Por lo tanto "*si se considera que la magnitud del sub registro está asociada al grado de eficacia de las estructuras administrativas y de salud, resulta válido sostener que las diferencias en las tasas de suicidio puedan estar relacionadas, en parte, a la eficacia en el registro de la muerte*."(Robert, 1999)

Cuadro 3. Subregistro, tasas de suicidios y variación porcentual de América Latina (1990-1992; 2009)

Países	% subregistro		Variación	Tasa suicidios		Variación
	1990-1992	2009	%	1990-1992	2009	%
Argentina	9,3	4,7	**-49,5**	7,5	7,3	**-3,3**
Barbados	1,2	1,5	25,0	4,7	3,57	**-24,0**
Brasil	27,2	6,4	**-76,5**	3,1	4,19	**35,2**
Chile	12,5	1,3	**-89,6**	5,5	8,75	**59,1**
Colombia	35,5	21,9	**-38,3**	3,8	4,54	**19,5**
Costa Rica	5	14,8	196,0	5	5,96	**19,2**
Ecuador	32	17,4	**-45,6**	3,9	5,45	**39,7**
El Salvador	40,8	24,7	**-39,5**	11,9	8,58	**-27,9**
Guatemala	14,9	12,7	**-14,8**	0,5	2,12	**324,0**
Guyana	12,1	20,3	67,8	1,4	16,4	**1071,4**
Jamaica	7,1	31,9	349,3	0,2	0,3	**50,0**
Martinica	14,5	9,9	**-31,7**	4	8,66	**116,5**
México	18,3	0,5	**-97,3**	2,1	3,5	**66,7**
Panamá	23,1	14,4	**-37,7**	3,8	5,29	**39,2**
Paraguay	15,2	33,1	117,8	2,5	3,13	**25,2**
Perú	52,8	42,3	**-19,9**	0,5	0,99	**98,0**
Puerto Rico	3,1	3,8	22,6	7,7	8,26	**7,3**
Rep. Dominicana	40,3	50,9	26,3	2,1	1,72	-18,1
Suriname	6,2	10	61,3	21,6	14,79	**-31,5**
Trinidad y Tobago	3	8,2	173,3	8,6	12,44	**44,7**
Uruguay	3,9	1,4	-64,1	12*	15,7*	30,8
Venezuela	18,5	11,1	**-40,0**	4,1	4,39	**7,1**

Fuente: Robertt, Pedro. 1999. Organización Mundial de la Salud (1990-1992). Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe Regional. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2014.
* Ministerio de Salud Pública del Uruguay.

Evolución de la tasa de suicidio en el Uruguay. 1963-2014

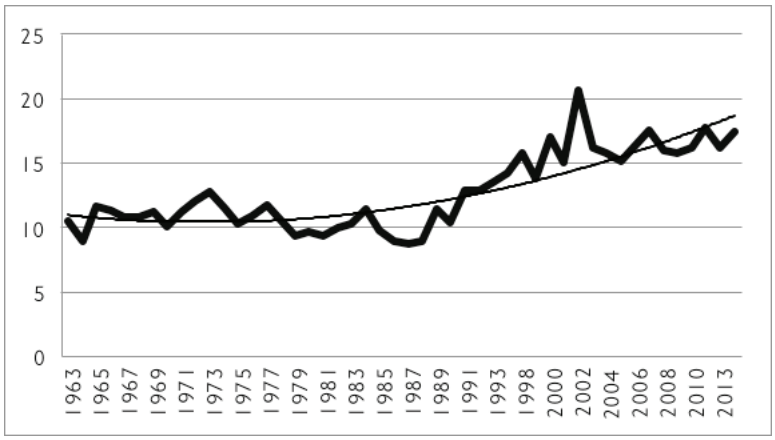
Tal como expresó Robert (1997, 1999) el Uruguay tenía una tasa media de suicidios a nivel mundial y alta a nivel latinoamericano. Esa tendencia se quiebra en la década de 1980 comenzando la misma al alza llegando en el 2014 a una tasa de 17,4 cada 100.000 habitantes. De esta forma Uruguay se posiciona entre los países de tasa muy alta para el contexto latinoamericano e internacional.

Es de destacar como a partir del año 2000 la tasa se posiciono por encima de 15 cada 100.000 habitantes, dándose el pico histórico en el año 2002 de 20,6, respondiendo a una de las mayores crisis históricas en donde el país presentaba indicadores sociales tales como pobreza, indigencia, desempleo entre otros con sus peores valores. Luego de 2002 la tasa presenta un descenso retomando la tendencia al alza.

Robertt (1997) plantea una posible explicación en donde él observó que la anomia estaría asociada, actualmente, a la no división del trabajo, a la no participación en la economía, en la cultura y en las decisiones colectivas e individuales. De esta forma, las tasas de suicidio de hoy y ayer serían un reflejo de la violencia estructural que han sufrido los sujetos en nuestro Uruguay.

En definitiva, esta mirada de larga duración permite apreciar la dimensión estructural que el suicidio tiene (...). Su gravitación era muy alta aun con un país demográficamente joven, y lo siguió siendo a medida que se entraba en las distintas fases de 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)

Gráfico 1. Tasa de Suicidios en Uruguay. 1963-2014.
Tasa cada 100.000 habitantes.



Fuente: Ministerio de Salud Pública. Uruguay.

En el cuadro 4 puede observarse como la tasa media del período 1963-65 pasa de 10,3 cada 100.000 habitantes hasta llegar a 17,1 cada 100.000 habitantes en 2012-14. Representando un crecimiento del 65% con respecto al período base (1963-65).

Por debajo del período base se puede observar los años 1978-80 hasta 1987-89, retomando la tendencia al crecimiento con respecto a 1963-65.

Con respecto a la relación entre la tasa de suicidios de hombres y mujeres se comienza con 1 hombre por cada 3.3 mujeres para llegar al final a un distanciamiento de 1 hombre cada 3.9 mujeres. En los periodos la mayor distancia se da en 1981-83 con 1 hombre cada 5.2 mujeres Presentándose la menor distancia entre hombres y mujeres en 1969-71 con 1 hombre cada 3 mujeres. Es importante destacar que en ambos sexos la tasa creció pasando de 15,9 a 27,7 en los hombres y de 4,9 a 7,2 en las mujeres, representando un crecimiento del 74,5% en los hombres frente a un 47,6% en las mujeres.

Cuadro 4. Tasa de suicidio en el Uruguay 1963-2014. (Total y por sexo).

Año	Tasa	Base 100 = 1963 - 65	Hombres	Mujeres	Hombres/ Mujeres
1963-65	10,3	100	15,9	4,9	3,3
1966-68	11,0	106	16,8	5,3	3,2
1969-71	10,8	105	16,4	5,5	3,0
1972-74	12,1	117	19,2	5,2	3,8
1975-77	11,0	106	17,4	4,8	3,7
1978-80	9,8	95	16,1	3,8	4,4
1981-83	9,8	95	16,7	3,2	5,2
1984-86	10,0	97	16,5	3,9	4,2
1987-89	9,7	94	15,6	4,1	3,8
1990-92	12,0	116	18,9	5,5	3,5
1993-98	14,5	140	23,5	6,0	4,0
1999-01	15,3	148	25,6	5,6	4,6
2002-04	17,5	169	28,4	7,2	3,9
2005-07	16,3	158	25,7	7,5	3,4
2008-10	15,9	154	26,0	6,6	4,0
2012-14	17,1	165	27,7	7,2	3,9

Fuente: Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida 2015.

Montevideo e interior, cambio de tendencia

En el análisis realizado por Robert (1997, 1999) este planteaba la existencia de "dos áreas o estructuras diferentes del suicidio. Este plantea que al viejo concepto de integración social planteado por Durkheim (2004), desde una perspectiva culturalista no se lo elimina a este concepto, pero desde esta perspectiva resulta más comprensiva.

Durkheim (2004) denomina tres tipos de suicidios: el altruista, el egoísta y el anómico, en donde los dos últimos son un factor regular y específico de suicidios en nuestras sociedades modernas. Ante esto plantea una relación entre integración social y suicidio, proponiendo que "el suicidio varía en razón inversa del grado

de integración de los grupos sociales de que forma parte el individuo" (Durkheim, 2004, p. 203).

Montevideo se presenta como una estructura o área cultural del suicidio diferenciada del resto del país" (Robert, 1999). Esta estructura se encuentra en proceso de dilución en forma sistemática, debido a dos movimientos, primero un crecimiento importante de la tasa montevideana de un 258% y un crecimiento menor del resto del país de 28,7%. Pasando la tasa de 3,4 a 12,2 la capitalina y el resto del país de 15,8 a 20,4 cada 100.000 habitantes.

El otro movimiento que se expresa en el cuadro 5 es la disminución de la distancia de la tasa de los hombres para 1963-65 en comparación con 2012-14 en Montevideo. Pasando las mujeres de una relación de 1 hombre cada 4,6 mujeres a 1 hombre por cada 3,4 mujeres. En el interior esta comparación se presenta a la inversa, aumentando la distancia entre hombres y mujeres, pasando de 1 hombre cada prácticamente 3 mujeres a 1 hombre cada 4 mujeres.

Este doble movimiento contrario en Montevideo y el resto del país mantiene la tendencia en donde se da una razón similar y una masculinización del suicidio en el resto del país y la aproximación de las mujeres a los hombres en Montevideo. (Robert, 1997, 1999).Otra característica que se mantiene y confirma la literatura sobre el suicidio es que el mismo se presenta como un fenómeno esencialmente masculino.

Cuadro 5. Tasas de suicidio cada 100.000 habitantes. Montevideo, resto del país y sexos.

Año	Montevideo	Resto del país	Resto del país / Montevideo	Hombres / Mujeres Montevideo	Hombres / Mujeres Resto del país
1963-65	3,4	15,8	4,7	4,6	2,9
1966-68	4,8	15,5	3,3	3,1	3,0
1969-71	3,3	16,5	5,5	3,1	2,9
1972-74	4,7	17,2	3,7	3,1	3,6
1975-77	3,9	16,0	4,1	4,7	3,4
1978-80	2,9	14,8	5,3	6,0	4,0
1981-83	4,7	13,2	3,1	5,4	4,7
1984-86	5,6	13,5	2,4	3,0	4,7
1987-89	5,4	13,0	2,6	3,1	3,9
1990-92	8,0	15,0	2,0	2,7	3,8
1993-98	11,3	16,8	1,5	3,0	4,6
1999-01	11,4	18,1	1,6	5,0	4,6
2002-04	13,5	20,2	1,6	3,0	4,4
2005-07	13,3	18,4	1,4	3,5	3,4
2008-10	13,0	18,0	1,4	3,7	4,1
2012-14	12,2	20,4	1,7	3,4	4,1

Fuente: Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida 2015

En el cuadro 6 puede observarse como ya lo había mostrado Durkheim (2004) para el siglo XIX, que el crecimiento de la tasa de suicidio es constante de cuando se pasa de un grupo de edad al siguiente. Esta regla se cumple para la mayoría de los períodos tanto en la tasa total como en las de hombres y mujeres. Así para la tasa total, en el primer período 1963-1967 esta regla no se cumple cuando pasamos del grupo de edad de 15-24 a 25-34. En los hombres se cumple siempre la relación de a mayor edad mayor su tasa y en las mujeres no se observa esta regla para varios periodos (1963-1967, 1968-1972, 1973-1977, 1978-1982, 1983-1987, 1988-1993) y en el pasaje de varios grupos de edad, dándose la peculiaridad que de 15-24 a 25-34 es donde más se incumple la regla de Durkheim (2004).

Se destacan para las tasas masculinas del grupo de edad 75 y más con valores en los tres últimos períodos de 91,5; 82,5 y 78,3 cada 100.000 habitantes.

Tomando como año base el primer período (1963-67) puede observarse como la tendencia es a la baja en los siguientes períodos para empezar a crecer la tasa a partir del período 1988-93 en los grupos de edad de 25-34; 35-44 y 75 y más años. El resto de los grupos de edad comienza a crecer la tasa en el período 1997-2002. Cuando se realiza el mismo ejercicio para los hombres, el único grupo que presentó

sus tasas siempre mayor con respecto al año base fue el de 35 a 44 años, los demás grupos tuvieron descensos y luego mostraron un crecimiento en su tasa. Para el caso de las mujeres se da otra singularidad, el grupo de edad de 15 a 24 años para todos los períodos presentó una tasa menor al tomado como base (1963-1967). Los otros grupos de edad al igual que los hombres mostraron un descenso de su tasa para luego acompañar la tendencia al crecimiento de la tasa.

Cuadro 6. Tasas de suicidios en Uruguay en tramos de edad por períodos y por sexo. Suicidios cada 100.000 habitantes.

Años	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y +
1963-1967	11,5	9,9	10,9	16,5	19,5	25,4	29,7
1968-1972	10,8	11,2	12,2	14,7	22,3	24,8	28,4
1973-1977	9,7	11	12,8	16,1	21,4	26	32,6
1978-1982	7,7	7,8	11,7	15,2	16,2	23,6	27,7
1983-1987	5,5	8,9	10,7	13,3	20,2	22,9	29,3
1988-1993	9,4	10,6	12,8	15,8	19,4	23,8	34,2
1997-2002	13,2	15,7	17,5	22,3	25,6	31,8	39,7
2003-2008	13,9	16,4	16,4	22,7	26,1	28,8	36,3
2009-2014	16,8	19,4	18,3	20,3	21,6	25,2	34,7
Hombres	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**	**65-74**	**75 y +**
1963-1967	14,8	15,8	17	24,8	31	43,3	58,9
1968-1972	13,9	18,9	18,1	22,9	36,1	44	57,1
1973-1977	14,1	18	19,8	25,7	34,2	44,1	65,2
1978-1982	11,6	13,2	20	24,4	28,2	41,6	57,9
1983-1987	7,8	14,9	17,9	22,8	33,5	40,2	64,4
1988-1993	14	17	19,8	24,8	33,2	40	74,1
1997-2002	21,2	25,8	28,0	35,9	43,3	58,7	91,5
2003-2008	22,4	27,5	24,6	33,5	41,9	50,2	82,5
2009-2014	27,9	32,1	28,3	31,8	33,1	45,2	78,3
Mujeres	**15-24**	**25-34**	**35-44**	**45-54**	**55-64**	**65-74**	**75 y +**
1963-1967	8,2	4,2	4,9	8,2	7,9	9,5	9,8
1968-1972	7,8	3,8	6,4	6,6	8,8	8,1	9,2
1973-1977	5,3	4,3	6	6,9	9,1	10,7	11,3
1978-1982	3,8	2,5	3,7	6,5	5	8,9	8,6
1983-1987	3,2	3,1	3,9	4,3	8,2	9,1	7,6
1988-1993	4,7	4,4	6,2	7,2	7,1	11	10,5
1997-2002	5,0	5,7	7,5	9,7	9,8	10,9	10,4
2003-2008	5,3	5,5	8,6	12,5	12,1	12,1	10,6
2009-2014	5,4	6,8	8,7	9,6	11,4	9,6	10,6

Fuente: Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida 2015

En el cuadro 7 podemos observar para el período 1967-67 y 2009-14 como la tasa total de suicidios crece en forma relevante para los grupos de edad que van de los 15 a 44 años, después un crecimiento importante en los grupos de 45-54, 55-64 y 75 y más años, dándose un descenso poco significativo de la tasa en los 65-74 años, pasando de 25,4 a 25,2 cada 100.000 habitantes.

Es de significar que al igual que la tasa total las variaciones porcentuales de los hombres en todos sus grupos de edad sin excepciones presentan un crecimiento en su tasa, siendo los más destacables los grupos de edad más jóvenes. En donde el grupo de 25-34 años mostró un crecimiento del 103.4%, de 15-24 años del 88,4% y el de 35-44 en 66,7%.

En las mujeres destaca el descenso de la tasa de las más jóvenes en un 33,8%, presentando un crecimiento similar en la tendencia de los hombres dado que son las mujeres de los grupos de 25 a 44 años los que mostraron un crecimiento importante.

Cuadro 7. Variación porcentual de la tasa de suicidios total, hombres y mujeres entre 1963-1967 y 2009-2014.

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 y +
Total	46,2	96,4	68,1	23,3	10,9	-0,7	16,9
Hombres	88,4	103,4	66,7	28,4	6,9	4,3	33,0
Mujeres	-33,8	62,7	76,6	17,4	44,5	1,0	8,2

Fuente: Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida 2015

Análisis regional del suicidio (1963-1967 - 2009-2014)

Al igual que lo planteado por Robert (1997, 1999) el análisis regional ha permitido detectar zonas más o menos "suicidógenas". Así la media de todo el período posiciona a Montevideo con la tasa más baja y al Noreste con la más alta. Montevideo para todos los períodos analizados presenta la menor tasa, salvo en el último que se posicionó con la más baja con el Norte con una tasa de 11,8 cada 100.000 habitantes. El Noreste presenta para la mayoría de los periodos analizados la mayor tasa regional, dándose dos excepciones, la primera en el período 1978-82 que la región Suroeste presento una tasa de 16,3 y en el último período la región Central con un valor de 21,7.

En orden ascendente para todo el período las regiones se ordenarían primero Montevideo, seguido de la región Norte, Litoral, Sureste, Suroeste, Central y con la tasa más alta Noreste.

Cuadro 8. Tasas de suicidios por regiones de Uruguay por períodos.

Región	1963-67	1968-72	1973-77	1978-82	1983-87	1988-93	1997-02	2003-08	2009-14
Central	15,7	16,7	17,7	15,5	13,6	16	16,9	20,4	21,7
Litoral	12,8	13,3	12,5	13,4	11	12,6	16,9	15,9	16,2
Mvdeo	4,2	3,7	4,2	3,4	5,3	7,8	12,6	12,5	12,6
Noreste	22,2	20,3	20,9	14,5	18,8	21,5	24,3	24,5	20,6
Norte	15,7	16,4	14,2	12,8	12,6	9,4	13,3	12,8	11,8
Sureste	16,3	18,1	16,3	13,3	14,4	13,3	19,3	18,3	18,0
Suroeste	13,0	15,5	19,6	16,3	9,3	16,3	19,9	20,0	19,9

Fuente: Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida 2015. Región Central Durazno, Flores, Florida, Lavalleja y Tacuarembó. Litoral: Paysandú Río Negro, Salto y Soriano. Noreste: Cerro Largo, Rocha y Treinta y Tres. Norte Artigas, Rivera. Sureste: Canelones, Maldonado Suroeste: Colonia, San José y Montevideo.

Puede observarse en el mapa 1 como para el primer periodo las zonas presentaban a Montevideo dentro del grupo de un tasa menor a 5 cada 100.000 habitantes, el Litoral y Suroeste en el grupo de 5,1 a 15, las regiones Sureste, Central y Norte en el grupo de 15,1 a 20, y la región Noreste de con una tasa superior a 20.

El mapa 2 mantiene los mismos rangos para Montevideo y Noroeste en donde la primera región pertenece al grupo con una tasa menor que 5 y la segunda región presenta una tasa mayor que 20 cada 100.000 habitantes. Las regiones pertenecientes al grupo de tasas de entre 15,1 y 20 ahora suman en el mapa 2 a la región Suroeste y el Litoral se mantiene en el grupo de tasas de entre 5,1 y 15.

En el mapa 3 perteneciente al período 1988-1993 se observan nuevos posicionamientos de las regiones, en donde la región Norte baja sus tasas y pasa a estar en el grupo de 15,1 a 20 al igual que las regiones Litoral, Sureste. Montevideo en cambio pasa a un grupo más alto en sus tasas abandonando las tasas menores que 5. La región Noroeste se mantiene en el grupo con una tasa mayor a 20.

El mapa 4 consolida para los cuatro periodos tomados en cuenta en los mapas a la región Noroeste en el grupo de tasa mayor a 20 cada 100.000 habitantes. Pasa la región Central del país al grupo de mayor tasa. La región Norte y Montevideo se mantienen en el grupo con tasas de 5.1 a 15 cada 100.000 habitantes. Las regiones Litoral y Sureste pasan a un grupo con una tasa mayor con respecto al mapa 3, siendo de tasas entre 15,1 y 20. La zona Suroeste de Colonia y San José se mantiene en el grupo de 15,1 y 20 cada 100.000 habitantes.

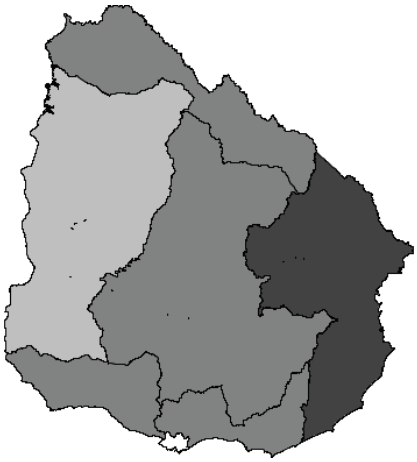
Comparando el crecimiento regional del primer período con el último es Montevideo quien presenta el crecimiento de su tasa en forma sustantiva de un 199,5%.

Luego le sigue la zona Suroeste y Central con un crecimiento de su tasa de un 53,4% y 38,4% respectivamente. Con un crecimiento del 26,9% y 10,4% la región Litoral y Sureste para mostrar las regiones Norte y Noreste un crecimiento negativo con respecto al periodo inicial de -24,8% y -7%.

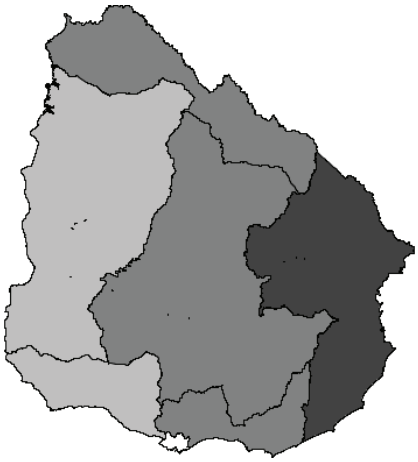
Tal como expresó Robert (1997, 1999) "muchos estudios han relevado las diferencias importantes entre Montevideo y el resto del país en términos económicos, políticos y culturales" que podrían estar explicando el desarrollo desigual de las tasas de suicidios regionales.

Para finalizar esta sección se puede afirmar como expresó Robertt (1997, 1999) que el Uruguay posee zonas más suicidógenas que otras, dándose para todas las regiones un paso hacia tasas mayores de suicidios en el periodo estudiado.

Mapa 1. Tasas regionales 1963-1967.

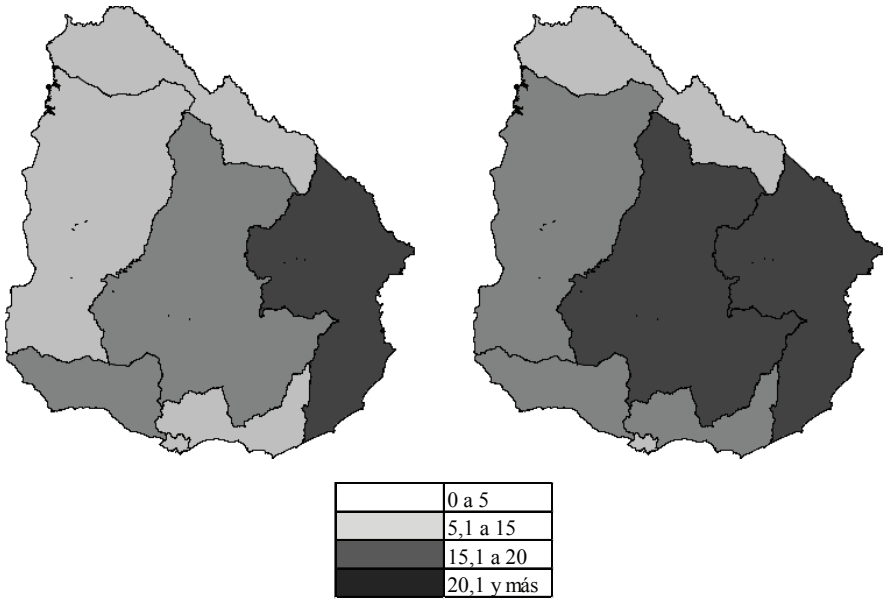


Mapa 2. Tasas regionales 1973-1977.



	0 a 5
	5,1 a 15
	15,1 a 20
	20,1 y más

Mapa 3. Tasas regionales 1988-1993. Mapa 4. Tasas regionales 2009-2014.



La estructura social del Uruguay actual y su incidencia en el suicidio

Al igual que lo hizo el Dr. Robertt a continuación se presenta un estudio descriptivo mediante la correlación simple (coeficiente R de Pearson) entre un conjunto de variables y aquellas definidas como dependientes (por más información ver anexo). Sabemos que la simple matriz de correlaciones es un primer indicador que logra de una manera sencilla despejar que variables, en principio, puede estar correlacionadas al fenómeno. Es justo reconocer que hoy en día existen un conjunto de técnicas multivariadas, que pueden dar cuenta de un conjunto de variables para explicar/determinar/comprender un fenómeno social. Esto no se presenta por dos o tres simples motivos, el primero es respetar la estructura y la manera de enfocar en el texto original, la segunda es un artículo de divulgación general y por último dicho trabajo está planteado para futuras etapas del Grupo.

El análisis se estructura en tres bloques de variables, bien diferenciadas, aquellas de cohorte demográfica, las denominadas estructurales y las de desorganización o desestructuración social. Es importante remarcar que para el segundo bloque se crearon algunas variables nuevas, dada su incorporación a los procesos de medición actuales, y sucede todo lo contrario, para el tercer bloque, es el caso de los divorcios, hecho que el Registro Civil dejo de comunicar por el año 2000-2002.

Para comenzar la descripción se incluye la matriz de las variables demográficas. En este grupo de siete variables se percibe, en primer lugar que casi todas tienen una correlación tendiente a moderada y por otro lado, claramente se observa el comportamiento de cuatro de ellas como "destacado", estas son; el porcentaje de jóvenes (que luego haremos una observación), el porcentaje de personas mayores de 65 años, y dos índices el de envejecimiento y masculinidad.

Estas cuatro variables, correlacionan con las tasas trienales y de forma creciente es decir a medida que pasa los años su correlación aumenta sostenidamente. Para el caso de porcentajes de jóvenes esta correlación es negativa, es decir al disminuir el porcentaje de jóvenes, aumenta la tasa de suicidio. Por otro lado existe un comportamiento "anómalo" con esta variable para el trieño 1995 a 1997, hecho que se debe estudiar con mayor detenimiento.

Otras variables que impactan o correlacionan de forma negativa, es decir a medida que desciende una aumenta la otra, son el porcentaje de urbanización, y la densidad de la población, ambas variables indicadores proxy del mismo hecho, los procesos de urbanización, socio-económicos o los procesos de desruralización que se producen desde los años 60 en nuestro territorio. Cuando más denso poblacionalmente es el territorio existe una probabilidad importante de aumento de lazos sociales, integración cultural, y por ende cohesión social que hacen entre otras cuestiones al descenso o a la estabilidad de los indicadores tanto de IAE como de suicidio. Dentro del conjunto de variables demográficas podríamos despejar y sostener que tres serían las clásicas e importantes de observar, estas son el porcentaje de urbanización, el índice de masculinidad y el porcentaje de personas mayores de 65 años.

Por último, a manera de hipótesis, todo hace suponer que; en zonas densamente pobladas, con un perfil de población joven, serían las zonas que menos probabilidad tienen de la ocurrencia de este evento.

Las variables, descartadas en esta tabla son; la relación de dependencia total, relación de dependencia del grupo etario 0 a 14 y porcentaje de jóvenes de 14 a 17 años en el total de jóvenes, todas ellas presentan escasa o muy débil correlación, para los tres períodos estudiados.

Matriz de Coeficiente correlación r de Pesaron Variables demográficas

Tasa suicidios	Trienal (1995-1997)	Trienal (2005-2007)	Trienal (2010-2012)
Porcentaje de urbanización	-0,267	-0,146	-0,293
Índice de masculinidad	0,198	0,264	0,388
Porcentaje de jóvenes (15 a 24 años)	0,629	-0,488	-0,600
Porcentaje de personas de 65 años y más	0,382	0,350	0,395
Densidad poblacional	-0,213	-0,195	-0,323
Edad Media	0,315	0,363	0,422
Índice de envejecimiento	0,208 (*)	0,318	0,351

(*) Se toma la tasa 1996 no la trienal dado variaciones importantes en dos departamentos que fueron contextuales 1997.

El conjunto de variables estructurales que habitualmente se observan como desarrollo sea este económico o social mostraron o arrojaron cierta importancia explicativa que las anteriores.

El primer hecho a destacar que todas presentan un crecimiento en sus indicadores desde el primer período, hasta el último.

En segundo lugar se repiten casi con idéntica intensidad aquellas explicaciones o lecturas realizadas por Robertt en la década de los ´90 . Este definió variables de tipo "integradoras" (podríamos sostener integrados-clásicas) como ser la presencia de hogares formales, matrimonios, entre otras, que actúan de forma inversa al fenómeno, es decir al aumentar el número de personas en hogares disminuye la tasa de suicidio. Otras variables también actúan con cierto efecto "inhibidor" o de influencia negativa, como ser aquellas sanitarias (número de médicos), o las económicas como ser tasa de desempleo, ingreso promedio de los hogares, o educativas medida en tasas de asistencia para los grupos de edades específicas.

Como sostiene Robert *"…..Actualmente, las mayores tasas de suicidio se registran en aquellas regiones que quedan fuera de la división del trabajo. Recientemente se ha indicado que la intensificación de la modernización se ha visto desplazado el espacio social de anomía…" (*Fachel Leal. 1998 en Robert. 1997)

Es importante remarcar las variables que nos aproximan a la educación, o la asistencia a centros educativos, que pueden estar indicando una visión integradora o mecanismo clásico de participación socio-educativa. Todo parece indicar que cuanto mayor es la asistencia educativa neta disminuyen las tasas de suicidio para los tres períodos.

Por último las variables integradoras por las vías de empleo, estas medidas por tasa de actividad, desempleo, o empleo arrojaron comportamiento "extraños", que ameritan un estudio más sistemático imposible de abarcar en este documento.

Como se ve en la matriz la tasa de desempleo se correlaciona negativamente con las tasas, hecho que está señalado futuros estudios. Se remarcan en la matriz a manera de ejemplo.

Como se remarcó al inicio, para este bloque específico se crearon un conjunto de variables con la intensión de abarcar un mayor número de variables que dieran una descripción más acabada o bien se comenzará a transitar nuevos senderos de comprensión o explicación del fenómeno. El resultado fue poco alentador, la mayoría de estas variables, tuvieron o tienen escasa correlación. En algunos casos se esperaba un comportamiento con mayor incidencia o correlación, estas son; porcentaje de necesidades básicas insatisfechas en el medio rural, porcentaje de técnicos y profesionales, población económicamente activa en la agricultura, porcentaje de asalariados, porcentaje de analfabetos. Por otro lado aquellas que indican o nos aproximan a la actividad de la población tampoco resultaron tan relevantes, salvo aquellas que apareen en la tabla, estas son tasa de actividad de ambos sexos y grupos etarios. Las tasas de empleo para ambos sexos y grupos de edad, como las tasa de desempleo de las mujeres en todos sus tramos. La variable que indicaba o media cierta desvinculación temprana al sistema educativo como ser jóvenes entre 25 y 29 años con primaria o menos como máximo nivel educativo, no impacta con el problema. Otras que indicaban afiliación con el sistema educativo se comportaron con el mismo sentido, como ser tasa neta de asistencia a educación para ambos sexos para el Grupo etario entre 15 y 17 años.

Matriz de Coeficiente correlación r de Pearson Variables estructurales

Tasa suicidios	**Trienal (1995-1997)**	**Trienal (2005-2007)**	**Trienal (2010-2012)**
Número de personas promedio en hogares particulares	-0,333	-0,514	-0,501
Número de médicos cada 1000 habitantes	-0,120	-0,190	-0,291
Número de matrimonios cada 100000 habitantes	-0,170	-0,341	-0,437
Tasa de desempleo	0,058	-0,222	-0,348
Ingreso promedio del hogar ($)	-0,111	-0,256	-0,305
Relación de jóvenes de jóvenes 14-29/adultos mayores (más de 65 años) (por 100)	-0,104	-0,349	-0,454
Tasa de empleo de mujeres de 30 años y más	0,191	-0,170	0,175
Tasa de desempleo de varones de 18 a 24 años	-0,025	-0,261	-0,230
Tasa de desempleo de varones de 25 a 29 años	0,059	-0,438	-0,459
Tasa de desempleo para los varones de 30 años y más	0,099	-0,118	-0,434
Tasa Neta de Asistencia a educación para jóvenes varones entre 18 y 24	-0,203	-0,422	-0,376
Tasa Neta de Asistencia a educación para jóvenes mujeres entre 18 y 24	-0,206	-0,367	-0,353
Relación de dependencia de mayores de 65	0,011	0,348	SD

Aquellas variables o indicadores que daban cuentan de la desorganización o desestructuración social no han aportado lo esperado para interpretar o explicar la tasa de suicidios, sea esto para un período particular o los tres.

El indicador que en principio Robertt lo sostuvo en su análisis es la tasa de divorcio, pero este indicador esta discontinuado en las mediciones oficiales en nuestro país. La migración neta definida o construida Tasa de migración total (saldo migratorio por 1.000 habitantes) según departamento, mediante estimaciones del INE, como indicador de desintegración o principios emergentes de anomía, dieron magros resultados en su estadístico, una correlación 0.19 para el último período.

Uno de los indicadores incorporados, arrojo resultados desalentadores como nuevo indicador. Este fue el índice Gini por región que se construyó o fue calculado en base al ingreso total del hogar (con valor locativo sin servicio doméstico) *per cápita* por 100 según región. Es importante señalar que en los cálculos realizados para el año 1996 y 2011 se consideraron los departamentos agrupados en base a la definición que uso Robertt. Esto es dado que las ECH no son encuestas representativas según departamento.

Más allá de esto, muestra que a menor índice Gini (este varia de 0 a 1, es decir valores cercanos 0 indican igualdad y valores cercanos a 1 desigualdad) mayor sería la tasa de suicidio, en concreto cuanto mayor desigualdad menor la tasa de suicidio, hecho que no se corresponde con toda la literatura o teoría sociológica presente.

Para está matriz existen también tres variables que mostraron un comportamiento inestable, es decir con cambio de signo de un período al otro, estas son Crecimiento de la población urbana que siendo negativo para los dos primero se tornó positivo para el trienio 2005-2007 y las tasas de accidentes de tránsito y homicidios no registran correlación con el suicidio.

Matriz de Coeficiente r de correlación de Pearson
Variables desorganización/desestructuración

Tasa suicidios	**Trienal (1995-1997)**	**Trienal (2005-2007)**	**Trienal (2010-2012)**
Índice de migración neta	0,295	0,297	0,194
Índice de Gini (Región)	-0,234	-0,33	-0,392
Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres	-0,077	-0,179	-0,280
Tasa de divorcios	0,380	0,217	SD

Breves conclusiones

Desde hace décadas el Suicidio en el Uruguay nos sigue mostrando o comportándose como uno de los flagelos más importantes, en materia sanitaria, impactando tanto en las esferas económicas, sociales como culturales de nuestra sociedad. Es por esto, que se ha establecido como un velo que no nos permite observar–analizar–estudiar– sobrellevar, (tal vez para no reflejarnos en el espejo con esta realidad cruda–dura), que nos aproxima a una sociedad desintegrada, con escasos niveles de cohesión social, donde los procesos de precarización vital, anomía, se hacen cada vez más agudos y la vulnerabilidad material y social campean a las anchas, en espacios territoriales cada vez más amplios de nuestro pequeño país. El Uruguay como pocos países a nivel mundial, ve con ojos estupefactos y con cierta parálisis en sus políticas y más aún en las sanitarias específicas, un aumento sostenido, del fenómeno, como de los impactos que estos ocasionan a nivel de las redes familiares y sociales.

Desde aquel análisis pionero de Pedro Robertt (1997, 1999) hasta nuestros días las causas, desarrollos y conclusiones en esta temática, no han variado. Se puede citar, la Ley de Salud Mental que colateralmente incluyó el tema suicidio, así como la constitución de la Comisión Nacional de Prevención de Suicidio (2004), integrada por una heterogeneidad de instituciones, desde los ámbitos sanitarios, pasando por los políticos, hasta los académicos. Podemos afirmar, sin intensiones de herir a nadie, que el Suicidio en el Uruguay sigue siendo un velo moral, sanitario, social y cultural que muchos no quieren descubrir, ya que sería observarse sus propias heridas, sus causas y encontrarse con una serie importante de limitaciones para su tratamiento.

Como lo describe este artículo, nuestro país sigue siendo uno de los países con mayor tasa de suicidio, con un comportamiento estable en sus variables, de sexo, edad y método que llaman poderosamente la atención. Sus tasas son más elevadas en las áreas rurales o en aquellas que ha sufrido un proceso de desruralización en las últimas décadas, pero con una participación importante de la zona noreste del país.

Como sostuvo Robertt parece que el concepto de área cultural parece más comprensivo y "explicativo" que aquel de integración social, existiendo una frontera clara pero cada vez menos precisa entre Montevideo y el resto del país. Una excepción a esta afirmación es la región norte, que para el último período analizado ha descendido sus tasas.

Si se observa tanto los sexos, como las edades, son los hombres o siguen siendo los hombres quienes presentan las tasas de participación más importantes con variaciones al interior de sus cohortes de edad. Es por esto que es llamativo que el grupo comprendido entre los hombres de 25 y 34 años, que son quienes muestran

un crecimiento en su tasa de más de 100%. A su vez es importante seguir remarcando que en el grupo de mayores de 65 años los hombres presentan porcentajes de participación elevados. Para el primer grupo podemos hipotetizar o seguir sosteniendo la hipótesis desarrollada por González, en base a los antropólogos Fraiman y Rossal, sostenía que "*las presiones estructurales empujan a los varones a buscar trabajo, implicando una moralidad de la provisión. Lógica del proveedor o lógica del consumo. (...) Si no puede lograrse el éxito ni en la provisión ni en el consumo, se producirá el malestar de vastos sectores, principalmente masculinos y jóvenes*." (Fraiman y Rossal, 2009. En González, 2012)

Si se observa las mujeres, es este mismo grupo etario, "las resposanbles" de sostener la tasa de suicidio femenina, que si no fuera por estas, se evidenciaría un descenso importante a nivel general. Es decir el resto de los tramos etarios, desciende su participación.

Todo parece indicar que este tramo de la juventud (sean estos mujeres u hombres), muestran o evidencias signos de desintegración, vulnerabilidad extrema, precarización concluyendo o determinando en parte la conducta suicida. Tal vez sea en este "público" en donde la precarización, la penuria de capacidades, la marginalidad económica, cultural y social, uso problemático de sustancias y escasas salidas laborales, el suicidio como salida se materialice rápidamente adoptándose como otro de los posibles comportamientos. Es bien diferente si pensamos en el extremo de edad mayor, ya que se da con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres, y las causas sociales y culturales se deben "rastrear" en otros territorios, para ello ver los capítulos temáticos que platea este mismo libro.

Si cambiamos la mirada y si observamos o analizamos los mapas, todo parece indicar que la zona "suicidógena", o a estas alturas "histórica suicidógena" de nuestro país, sigue siendo el Este o Noreste, con una contribución relativa, de la zona Centro del país. En la primera es aquella en donde los procesos de desruralización se evidenciaron más tempranamente, y en donde la penetración de capitales o lógicas capitalistas penetraron con mayor intensidad, generando desplazamientos de poblaciones. Por otro lado son zonas o regiones en donde la tasa de participación (por emigración) de la tercera edad es mayor que en otras. En la zona Centro el vaciamiento, por efecto de atracción de las ciudades puede estar al menos explicando la sostenida participación desde la década de los 60 hasta nuestros días.

Por otro lado, el análisis del conjunto de variables, mediante las matrices de correlación, nos está indicando algunas evidencias ya "halladas" o detectadas, en trabajos anteriores. La participación de las variables estructurales, y aquellas de desarrollo económico, social, sanitaria y cultural son las que mostraron mayor capacidad "explicativa" en el fenómeno frente a las variables demográficas y las de desorganización o desestructuración social. En concreto la estructura explicó,

explica y parece que va explicar el fenómeno de suicidio en nuestro país. Aquellas variables o indicadores desarrollados como "nuevos" y que tienen su que ver con el desarrollo de la estructura misma, como ser desempleo, actividad quedaron sin correlaciones estadísticas que nos "obligaron" a descartarlo en principio de este breve artículo. Esto nos obliga o determina a seguir profundizando con otras técnicas o análisis este conjunto de variables, que en principio la teoría o los marcos teoréticos nos "empujaban" a su construcción y posterior inclusión. En concreto queda la tarea de redoblar el esfuerzo en esta materia.

Volviendo a la mirada por departamento o por región, aquellas afirmaciones esgrimidas por Robertt las cuales sostenían que *"son los departamentos de urbanización tardía los que registran hoy mayores tasas de suicidio. La tasa de suicidio es mayor en los últimos años en los departamentos que se desruralizan más rápidamente…. El suicidio no se presenta en zonas rurales sino en aquellas que se desruralizan" (Robertt; 77: 1999)*.

Quedan abiertas muchas interrogantes o dudas, más que certezas. La incorporación de las variables de desorganización o desestructuración social deben de ser revisadas a la luz de la teoría, ya que a nivel internacional estas ocupan un papel cuasi central desplazando al bloque de variables poblaciones, hecho que en nuestro país en los últimos 15 años parece no suceder.

Por otro lado Robertt al final de su artículo aventuro que recorrido el crecimiento de la tasas regionales, comenzando por Montevideo y luego se materializan o expresa en el Interior. Si bien este "camino" o movimiento hacia el aumento se puede sostener hasta la década de los ´80 o fines de los ´80, los datos parecen indicar que se produjo "una globalización" del fenómeno ya que los niveles de aumento se dan en consonancia o en el mismo período tanto en Montevideo como el Interior del país, es decir el suicidio aumenta y aumenta niveles similares en la capital como en Interior.

Por último descartar la participación creciente y sostenida en estas dos últimas décadas de los jóvenes entre 24 y 35 años, el crecimiento constante de los hombres y hombres adultos mayores, así como los primero casos de niños o adolescentes que registra nuestro país, hecho que se percibe en otras latitudes.

Como sostiene Carmona *"…..en este texto intentará mostrar de qué manera las potencias mortíferas y destructivas del contexto cultural y la organización social pueden llegar a interiorizarse y convertirse en fuerzas autodestructivas; y a la vez el modo en que la agresividad, que hace parte de la dotación congénita de todo ser humano…….puede convertirse en una tendencia autodestructiva que amenace la existencia de la propia persona.* (Carmona J., 2012)

Datos anexos

Para una mayor comprensión de la base de datos y sus variables, estas se subdividen en tres categorías, incluso respetando aquellas inicialmente elaboradas por Robertt, estas son demográficas que tratan de dar cuenta de cambios en la estructura de población, las estructurales que son en principio aquellas que se estiman con menos movilidad o que afectan la estructura socioeconómica y cultural y por último el conjunto de variables que dan cuenta se cierta "desorganización social" en el entendido de estabilidad social y económica. Es importante volver a subrayar que las bases de datos fueron elaboradas con la profesionalidad y dedicación de la Lic. Jimena Pandolfi del Banco de Datos de la FCS a quien agradecemos mucho no solo su trabajo estadístico, como también sus aportes conceptuales oportunamente señalados y aprovechados.

Las variables demográficas

Porcentaje de urbanización
Relación de dependencia de mayores de 65
Relación de jóvenes de jóvenes 14-29/ adultos mayores (más de 65 años) (por 100)
Porcentaje de jóvenes (15 a 24 años)
Porcentaje de personas de 65 años y más
Densidad poblacional
Índice de envejecimiento
Relación de dependencia total
Relación de dependencia de 0 a 14
Porcentaje de jóvenes de 14 a 17 años en el total de jóvenes
Edad Media
Índice de masculinidad

Las variables estructurales

Número de personas promedio en hogares particulares
Número de médicos cada 1.000 habitantes
Número de matrimonios cada 100.000 habitantes
Porcentaje de necesidades básicas insatisfechas en el medio rural
Tasa de desempleo
Ingreso promedio del hogar ($)
Porcentaje de técnicos y profesionales
Población económicamente activa en la agricultura
Porcentaje de asalariados
Porcentaje de analfabetos
Tasa de desempleo para los varones de 30 años y más
Tasa de actividad de los varones de 14 a 17 años
Tasa de actividad de varones de 18 a 24 años
Tasa de actividad de varones de 25 a 29 años
Tasa de actividad para los varones de 30 años y más
Tasa de actividad de los mujeres de 14 a 17 años
Tasa de actividad de mujeres de 18 a 24 años

Tasa de actividad de mujeres de 25 a 29 años
Tasa de actividad de mujeres de 30 años y más
Tasas de empleo para los varones de 14 a 18
Tasas de empleo para los varones de 19 a 24
Tasas de empleo para los varones de 14 a 24 años
Tasa de empleo de varones de 25 a 29 años
Tasa de empleo para los varones de 30 años y más
Tasa de empleo de los mujeres de 14 a 17 años
Tasa de empleo de mujeres de 18 a 24 años
Tasa de empleo de mujeres de 25 a 29 años
Tasa de empleo de mujeres de 30 años y más
Tasa de desempleo de los varones de 14 a 17 años
Tasa de desempleo de varones de 18 a 24 años
Tasa de desempleo de varones de 25 a 29 años
Tasa de desempleo de los mujeres de 14 a 17 años
Tasa de desempleo de mujeres de 18 a 24 años
Tasa de desempleo de mujeres de 25 a 29 años
Tasa de desempleo de mujeres de 30 años y más
Jóvenes entre 25 y 29 años con primaria o menos como máximo nivel educativo
Tasa Neta de Asistencia a educación para jóvenes varones entre 15 y 17
Tasa Neta de Asistencia a educación para jóvenes mujeres entre 15 y 17
Tasa Neta de Asistencia a educación para jóvenes varones entre 18 y 24
Tasa Neta de Asistencia a educación para jóvenes mujeres entre 18 Y 24

Variables de Desorganización

Crecimiento de la población urbana
Índice de migración neta
Tasa de divorcios
Tasa de accidentes de tránsito
Tasa de accidentes de trabajo
Tasa de homicidios (cada 100.000 habitantes)
Índice de Gini (Región)
Porcentajes de madres adolescentes entre 15 y 19 años

Variables dependiente o indicador de suicidio (tasa)

Tasa suicidios anual (1997)
Tasa suicidios trienal (1997-1999) con el fin de expandir el año puntual
Tasa suicidios anual (2006)
Tasa suicidios trienal (2005-2007) con el fin de expandir el año puntual
Tasa suicidios anual (2011)
Tasa suicidios trienal (2010-2012) con el fin de expandir el año puntual

Referencias bibliográficas

Baudelot, Christian; Establet & Roger (2008). *Durkheim y el suicidio*. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

Carmona Parra, Jaime Alberto (2012). "El suicidio: Un enfoque psicosocial". En: *Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 3*(2), 316-339, Medellín.

Dajas, F. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay IV: la situación epidemiológica actual. Rev. Medica Uruguay.

Durkheim, É. (2004). *El suicidio.* Buenos Aires, Ediciones Libertador.

González, V. H. (2010). *Ni siquiera las Flores: El suicidio en el Uruguay.* Monografía de grado. Montevideo, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

González, V. H. (2012). Suicidio y precariedad en el Uruguay. En Uruguay. Inseguridad, Delito y Estado. Rafael Paternain, Álvaro Rico (Coordinadores) (Eds.). Pp. 230-242. Montevideo, Trilce.

González, V. H. (2015). "Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002-2010." Tesis presentada para optar al título de Magíster en Psicología Social. Montevideo, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas (2008). Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional de Salud Mental.

Hacker, R. P., & Rascovsky, A. (2002). Misticismo e religião. *Revista da Federação Psicanalítica da América Latina, 09,* 231-237.

Hein, P. González, V. H. (2015). Las grietas en el muro: Suicidio en Uruguay. En: *Derechos Humanos en el Uruguay. Informe 2015*. Servicio de Paz y Justicia. Uruguay.

Hein, P. Rodríguez, L. (2016). Fuentes de datos para el estudio del suicidio en Uruguay. Alcances y limitaciones. En: *El Uruguay desde la Sociología N° 14.* Montevideo, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

Kohn R, Freidmann H. (2012). "Culture and suicide". En: A. Shrivastava A, M. Kibrell & D. Lester (eds.) *Suicide*. Happauge NY, Nova Sience Publisher.

Mortalidad por Suicidio en las Américas. Informe Regional OPS OMS 2012. Washington D.C. (2014).

Pritchard C. & Hean S. (2008). "Suicide and undetermined deaths among youths and young adults". En: Latin America: comparison with the 10 major developed countries - a source of hidden suicides? *Crisis, 29*, 145-153.

Robertt, P. (1997). Informe de Investigación Nº 23. *El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico. Montevideo,* UdelaR, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología.

Robertt, P. (1999). El suicidio en Uruguay. *Salud Problema 6*, Nueva Época, Año 4. Pp 65-79. México, Universidad Autónoma Metropolitana. Biblioteca Digital.

Vignolo Ballesteros, J. C. (2004). *Estudio del suicidio en Uruguay. Período 1887-2000 y Análisis epidemiológico del año 2000.* Facultad de Medicina-UdelaR. Recuperado de: http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/biblioteca_virtual/Suicidio%20y% 20comportamiento%20humano.pdf.

World Health Organization (2003). The World Health Report 2003: Shaping the future. Geneve.

Efectos edad, período y cohorte en evolución de la mortalidad por suicidio en uruguay (1950-2014)

Pablo Hein y Leticia Rodríguez

"...el drama del desencantado que se arrojó a la calle desde el décimo piso,
y a medida que caía iba viendo a través de las ventanas la intimidad de sus vecinos,
las pequeñas tragedias domésticas, los amores furtivos, los breves instantes de felicidad,
cuyas noticias no habían llegado nunca hasta la escalera común, de modo que en el instante de
reventarse contra el pavimento de la calle había cambiado por completo su concepción del mundo,
y había llegado a la conclusión de que aquella vida que abandonaba para siempre
por la puerta falsa valía la pena de ser vivida."

El drama del desencantado. **Gabriel García Márquez**

Introducción

El presente capítulo tiene por objetivo abordar el estudio del suicidio en los últimos 70 años desde una perspectiva demográfica.

El fenómeno del suicidio, es sin lugar a dudas, uno de los fenómenos sociales que reviste intrínsecamente dos o tres características importantes: ha estado presente en todas las épocas históricas, es universal y, en principio, no reconoce diferencias importantes de raza o religión. Si lo observamos por la primera de estas características, se aprecia rápidamente que cada grupo social respondió y responde hacia él de forma diferente según principios que van desde los filosóficos, religiosos, pasando por los culturales y sociales e incluso por los económicos.

Más allá de estas consideraciones, existe otro hecho o evidencia que diferencia su tratamiento a lo largo de la historia, que es la relación que establece cada sociedad en su momento con el concepto o tema de la muerte. La concepción del suicidio como acto de "matarse a sí mismo" es relativamente nueva en casi todas las lenguas, en la anglosajona data del siglo XVII, y en la francesa, como en la castellana, en el siglo XVIII. En la Grecia antigua este hecho estaba de alguna manera condenado socialmente, de allí que los cuerpos de los suicidas no eran sepultados en tierras o cementerios comunes, ya que se consideraba que sus cuerpos eran impuros. Pensadores y filósofos ya explicitaban sus diferencias, es conocido el hecho

que Sócrates acabó su vida por mano propia, y que Sófocles compartía la idea de que los individuos eran libres hasta el mismo acto de quitarse la vida por mano propia. Por otro lado Platón y Aristóteles rechazaban dichas ideas, argumentado que dichas personas cometían una ofensa contra toda la sociedad (Corpas 2011).

Por su parte, no fue hasta el año 450 que la Iglesia Católica condenó públicamente dicha conducta, considerándolo como similar al homicidio. En filas luteranas, durante los siglos XVI y XVII se endurecieron las medidas contra el suicidio, sobre todo en Inglaterra. Durante el Renacimiento, y bajo las ideas de la ilustración francesa, el hecho del suicidio comenzó a relativizarse desde un punto de vista social y cultural, sobre todo en ciertos grupos sociales. Luego comienza una etapa en donde al tema se lo vincula, mediante algunos libros literarios, con la novela amorosa. De allí la idea de algunos intelectuales de la época, como Hume o Montesquieu, que se manifestaron en la centralidad de la libertad humana y el derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Ya entrado el silgo XIX se comienzan a desarrollar las primeras investigaciones sobre los aspectos psicológicos y psiquiátricos debido al gran número de casos. Por último es importante resaltar que, desde las Ciencias Sociales y en forma paralela a los estudios de la psiquiatría, comenzaron a proliferar diversas investigaciones que buscaron encontrar, desarrollar o explicar este "nuevo" fenómeno desde otras raíces o causas, que fueron culturales, humanas y religiosas.

En la actualidad, más allá de las visiones homogéneas del tema, se comienzan a visualizar explicaciones o comprensiones del fenómeno desde las más diversas disciplinas y ángulos de observación. Más allá de esta constatación, el número de suicidios e IAE se ha incrementado en las últimas décadas en todos los países, comenzando a generar preocupación en investigadores y responsables gubernamentales, tomándolo como problema prioritario a nivel social y sanitario. En nuestro país, en los últimos años, más allá de las políticas de prevención desarrolladas, se evidencian cuatro hechos específicos: una tendencia al crecimiento de las tasas de suicidios en todos los grupos de edad, crecimiento importante en los tramos más jóvenes, un crecimiento leve pero las tasas más altas en los adultos mayores, y un cambio paulatino del método más empleado, pasando del uso de armas de fuego al ahorcamiento, aproximándose a la tendencia regional (González y Hein 2016).

Este capítulo intenta aportar una mirada desde la demografía social, y para ello se hace una breve reseña de la transición epidemiológica y demográfica del país. Se analiza la evolución de la tasas de mortalidad por suicidio y se aplica un modelo de edad período cohorte al estudio del suicidio en Uruguay para el período comprendido entre 1950 y 2014.

Perfil demográfico y defunciones

El perfil epidemiológico y demográfico del país se ha modificado sustancialmente en los últimos 70 años, por lo que es necesario hacer una breve reseña de este proceso antes de centrar el análisis en la mortalidad por suicidio.

El perfil demográfico de una población, está determinado básicamente por la estructura por edad de su población y por la etapa en que ésta se encuentre en la transición demográfica y epidemiológica. Existe consenso en la literatura en que las sociedades transitan de una estructura poblacional joven, caracterizada por unas altas tasas de natalidad y mortalidad, a unas sociedades más envejecidas, con niveles bajos de natalidad y mortalidad. El descenso de estos indicadores se inicia en momentos diferentes, y el tiempo en que ambas variables toman en llegar a niveles bajos difiere entre poblaciones, dependiendo de los determinantes socioeconómicos subyacentes. En el caso uruguayo este proceso comenzó en las últimas décadas del siglo XIX y lo caracterizó el hecho de que ambos indicadores comenzaron a descender casi simultáneamente, lo que determinó que no se diera la explosión demográfica que se dio en otros países del continente (Pellegrino 2008).

La evolución de la esperanza de vida al nacer[1] en Uruguay pasó de 66,1 años en el quinquenio 1950-1955 a 77,0 en el quinquenio 2010-2015.[2] Esta importante ganancia sobre la mortalidad obedeció al avance en la transición epidemiológica, y a mejoras en las condiciones socioeconómicas de la población.

La transición epidemiológica es la teoría que explica los cambios en los perfiles epidemiológicos de una población que determinan el descenso de la mortalidad, consiste en el descenso del peso relativo de las defunciones por enfermedades transmisibles y un aumento del peso de las enfermedades crónicas y degenerativas, propias del deterioro por envejecimiento de la población.

Entre los cambios que propiciaron el descenso en la mortalidad cabría destacar las inversiones públicas en infraestructura urbana y las medidas de salud pública adoptadas desde fines del siglo XIX, que contribuyeron a reducir la mortalidad por enfermedades infecciosas y determinaron que el país alcanzara niveles elevados en la esperanza de vida al nacer desde inicios del siglo XX (Pellegrino, A. 2008).

El análisis de la distribución de las defunciones según causas de muerte muestra un claro panorama de la trayectoria y la situación epidemiológica de una población. Cabe destacar que el período analizado abarca las revisiones quinta a décima, de la

1 Es un indicador adecuado para mostrar las condiciones de salud de una población y tiene la ventaja de no estar afectado por la estructura de edad de la población, pues tiene su base en las tasas de mortalidad por edad. La EVN es el número promedio de años que vivirían los integrantes de una cohorte hipotética de personas que permaneciese sujeta a la mortalidad imperante en la población en estudio desde su nacimiento hasta su extinción.

2 CELADE.

Clasificación Internacional de Enfermedades.[3] Para poder analizar los cambios en los perfiles epidemiológicos de una población en el tiempo, y lograr a la vez comparabilidad internacional, existe gran número de trabajos que dan cuenta sobre la forma de lograr tablas comparables de causas de muerte que integren las diferentes revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Preston, Keyfitz y Schoen, 1972; Bernabeu Mestre, 2003). Para la realización de este documento se toma como base la elaborada por Mariachiara Di Cesare a partir de la clasificación propuesta por Preston, Keyfitz y Schoen en 1972 (Mariachiara Di Cesare, 2011).

Se construyeron seis grandes grupos de enfermedades para el período 1944-2014. El primer grupo refiere a las enfermedades transmisibles (Infecciosas y parasitarias, infecciones de las vías áreas superiores, influenza gripe y neumonía). El segundo grupo corresponde a neoplasias malignas, es decir, que excluye tumores benignos. El tercer grupo refiere a enfermedades del sistema circulatorio. El cuarto grupo corresponde a causas externas de mortalidad. El quinto grupo son las causas mal definidas y el sexto grupo contiene el resto de las causas de defunción.

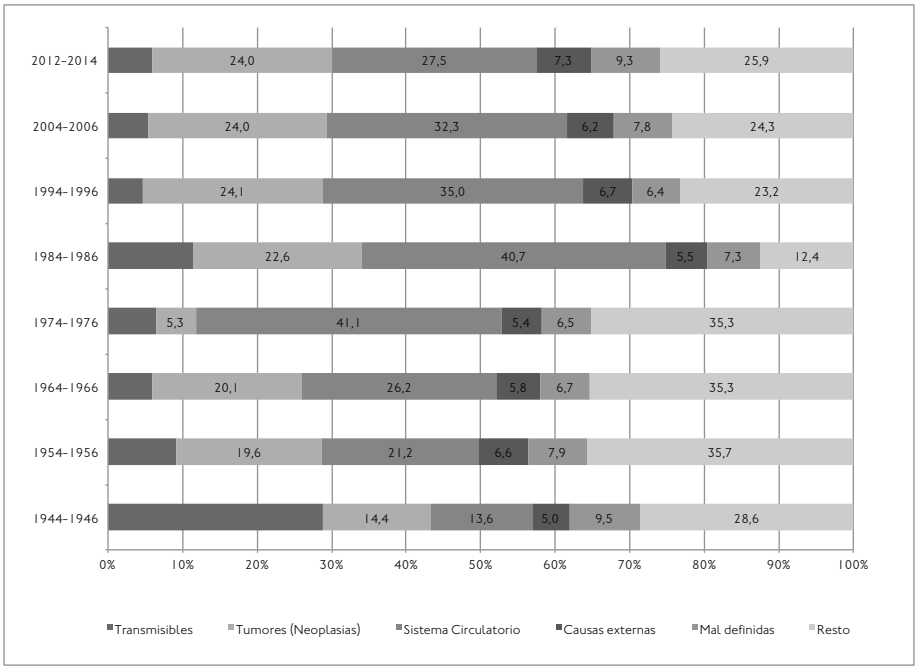
Como puede verse en el gráfico 1, en la primera mitad del siglo XX las enfermedades transmisibles tenían una alta prevalencia, siendo las causantes de poco menos de un tercio de las defunciones anuales (28,8%). Durante las primeras décadas del siglo, la medicina prácticamente no contaba con herramientas para combatir las enfermedades infecciosas.

Entre 1944 y 2014 las neoplasias y las enfermedades cardiovasculares pasan de ser responsables de 28,1% del total de las defunciones anuales (14,4% y 13,6% respectivamente) a ser 51,5% de las muertes (24,0% y 27,5%).

Es interesante observar el comportamiento que durante el período analizado han tenido las enfermedades cardiovasculares. Estas han pasado de ser 13,6% entre 1944 y 1946, a 40,7% del total de las defunciones entre 1984 y 1986; y luego han comenzado a descender, representando 27,5% del total de las defunciones en el período 2012-2014. Esto tiene su correlato en los progresos médicos y tecnológicos en el tratamiento y prevención de las enfermedades cardiovasculares, posicionando al país en una fase descendiente del peso de las enfermedades cardiovasculares en la carga global de enfermedades.

3 CIE 5: Período 1943-1951, CIE 6: Período 1952-1959, CIE 7: Período 1960-1967, CIE 8: Período 1968-1978, CIE 9: Período 1979-1996, CIE 10: Período 1996 a la fecha. Fuente: Ministerio de Salud, Uruguay.

Gráfico 1. Defunciones todas las edades según causa de muerte como porcentaje del total de las defunciones. Uruguay, 1944-2014.



Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales.

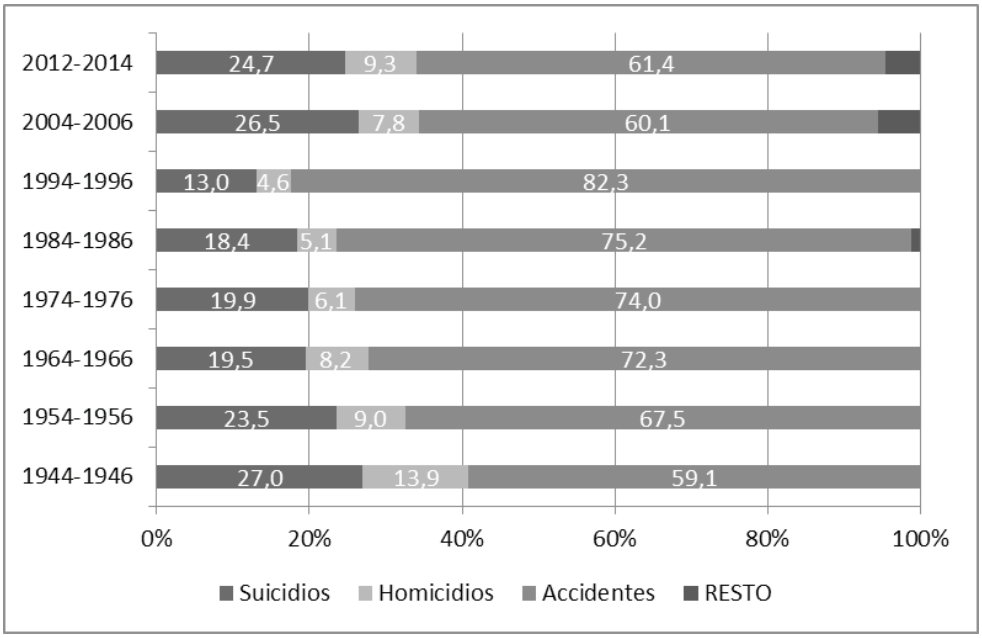
Las causas externas comprenden accidentes (principalmente), envenenamientos, suicidios, homicidios, etc. y se han mantenido bastante estables durante todo el siglo, mostrando una tendencia al alza en los últimos períodos.

Respecto a la evolución del porcentaje de causas mal definidas, cabe destacar que para evaluar la calidad de la información referida a la causa de defunción, se calcula el peso que tienen las defunciones que fueron codificadas en el grupo de causas mal definidas, en el total de las defunciones. Estas causas de muerte mal definidas, que integran el capítulo XVIII de la CIE (R00 a R99), no contribuyen al conocimiento de las causas prevalentes desde el punto de vista estadístico ni para la planificación en salud.

Como puede verse en el gráfico, las causas mal definidas a comienzos del período analizado representaban 9,5% de las defunciones, para descender en los tres períodos siguientes hasta llegar al 6,5%, y subir a partir de 1984-1986. Es posible que este aumento se deba no sólo a la mala calidad de la certificación médica acerca de la causa de defunción, sino también al envejecimiento poblacional y el aumento

que éste conlleva en algunas causas mal definidas como la muerte natural, entre otras.

Gráfico 2 Causas Externas de Defunción, todas las edades según causa de muerte como porcentaje del total de las defunciones. Uruguay, 1944-2014.



Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas Vitales.

El gráfico Nº 2 muestra el aporte porcentual de los diferentes tipos de causas externas para el período 1944-2014. Es interesante ver el aumento del peso de las defunciones por accidentes durante el período analizado.

Durante todo el período la primera causa de muerte en orden de frecuencia, dentro del capítulo de las causas externas han sido los accidentes, le siguen los suicidios y luego los homicidios. El suicidio es un fenómeno que se ha mantenido alto en el período analizado, habiendo oscilado en torno a 20 a 25% aproximadamente.

El gráfico Nº 3 muestra la evolución de la tasa de suicidio para el período 1950-2014, se observa una tendencia oscilante en el primer tramo de la serie, correspondiente a 1950-1989, cuyo punto máximo fue de 12,3 suicidios por cada 100.000 mil habitantes en el quinquenio 1955-1959.

Se constata un punto de inflexión en el quinquenio 1995-1999, donde la tasa alcanza el valor de 13,8 y a partir de allí se observa un aumento sostenido, llegando

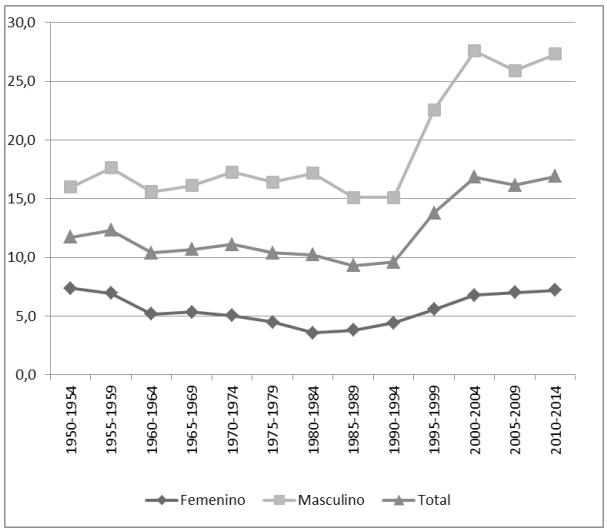
a una tasa de 16,8 en el quinquenio 2000-2004, 16,1 en el quinquenio 2005-2009 y 16,9 en el quinquenio 2010-2014.

Estudios realizados en nuestro país (Robertt, P., 1999; Vignolo, J. et al., 2013) han mostrado una estabilidad en las tasas de suicidio, destacando períodos de aumento y caída. Los aumentos bruscos coincidieron con períodos de crisis social y económica (1934 y 2002). Esta tendencia evidencia la persistencia de un núcleo duro de causa de defunción que representa un problema de salud pública de gran relevancia.

Asimismo se observa que el suicidio afecta en mayor parte a la población masculina; mientras que la tasa femenina osciló entre 3,6 y 7,4 defunciones por cada 100.000 mujeres, la masculina lo hizo entre 15,1 y 27,6 defunciones por cada 100.000 varones.

Estas cifras representan una razón de sexos de 3 a 4 suicidios masculinos por cada suicidio femenino.

Gráfico 3, Defunciones por suicidio, Uruguay 1950-2014.
Tasas por cada 100.000 habitantes.



Fuente: Datos del Departamento de Estadísticas Vitales, MSP, 2015.
Elaboración: Grupo Comprensión y Prevención conducta suicida.

Los eventos demográficos y epidemiológicos, tales como incidencia o mortalidad por alguna causa específica, están influenciados por la edad de los individuos

que presentan el evento, el período (o momento) en que ocurre y la cohorte a la cual pertenecen dichos individuos (Hachuel, Arnesi, 2011).

Mortalidad y Suicidio. Una breve mirada histórica

A continuación se analiza la evolución de la mortalidad por suicidio durante el período 1950-2014, a partir de la aplicación de un modelo edad, período y cohorte; con el fin de observar el efecto de estas tres variables de forma aislada e identificar qué parte del cambio en la evolución observada en la tasas corresponde a efectos de transformaciones en el comportamiento de cohortes, de edad y qué parte concierne a efectos del período.

Los efectos de la edad representan riesgos diferentes asociados con los diferentes grupos de edad, dado que la probabilidad de muerte varía significativamente con la edad y según la causa de muerte.

Los efectos de período constituyen la variación de las tasas de mortalidad en el tiempo que se asocia a toda la población involucrada de forma simultánea. Se trata de coyunturas que causan en el período en que ocurren una variación de las medidas de corte transversal, y que pueden afectar de forma pasajera la mortalidad. Ejemplos de ello son epidemias o las crisis económicas, entre otras.

Por último, los efectos de la cohorte refieren a cambios en intensidad y estructura de la mortalidad través de grupos de individuos pertenecientes a la misma cohorte o generación.

Los datos utilizados en este trabajo provienen del Certificado de Defunción del Ministerio de Salud y se encuentran disponibles en el sitio web[4]. Por otra parte, los datos sobre población expuesta al riesgo con los que se relacionó a las defunciones por suicidio (mediante la construcción de tasas) se obtuvieron de La División Población de Naciones Unidas (Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100).

La serie analizada se preparó en años y edades quinquenales (5x5), de forma de lograr una base con datos quinquenales, tanto para edades como para años. Con esta información se construyó la cohorte, a través de restar a la variable año, la edad. Se obtuvo así una base de datos con la edad, el período y la cohorte. Cabe destacar que para la estimación del modelo se trabajó solo con las tasas cuyas edades fueran de 10 años o más, dado que la mortalidad por esta causa en menores de 10 años de edad es muy poco frecuente.

4 http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/estad%C3%ADsticas-de-mortalidad. Se solicitó al Departamento de Estadísticas Vitales información parcial y preliminar referente al año 2011, ya que no hay disponible información para dicho año en el sitio web.

Se estimó un modelo Edad-Período-Cohorte a partir de la aplicación del Estimador Intrínseco que permite observar el efecto de cada una de estas variables de forma aislada. Este método, desarrollado por Yang, Fu y Lang (2004), permite estimar coeficientes para estos tres componentes por separado y observar los aportes de cada uno, en la evolución la tasa de mortalidad por suicidio, resolviendo el problema de la multicolinealidad perfecta que hay entre las tres variables, a partir del Estimador Intrínseco (IE)[5].

El estimador intrínseco introduce una restricción para hacer viable la estimación, pero se trata de una restricción no impuesta por el investigador, sino derivada de las dimensiones de la matriz X (Flores y Selios, s/d). El Estimador intrínseco proporciona estimaciones robustas de las tendencias de los efectos asociados a la edad, período y cohorte, determinados unívocamente por los coeficientes estimados (Hachuel, Arnesi, 2011).

Respecto al modelo de Estimador intrínseco cabe destacar que casi todos los coeficientes obtenidos resultaron ser estadísticamente significativos.

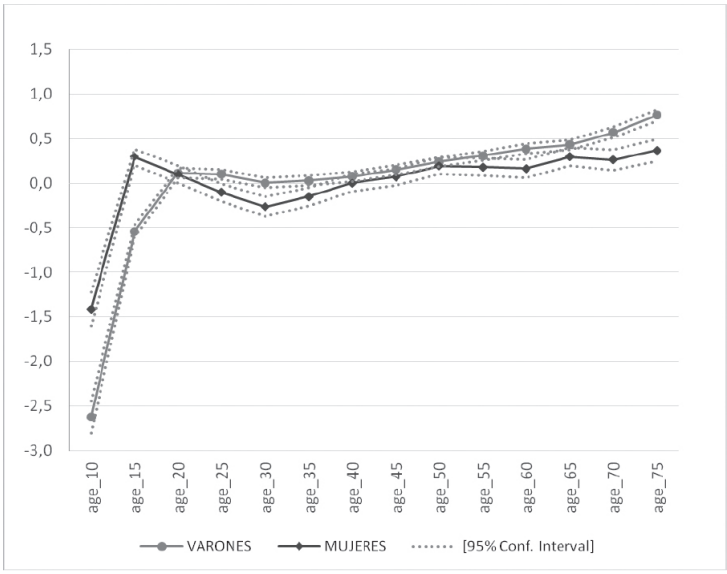
Los coeficientes recogen los efectos específicos de cada una de las variables mencionadas, por lo que se interpretan como el efecto que tiene una determinada cohorte, una determinada edad o un determinado período, sobre el nivel de la mortalidad, habiendo aislado el efecto de los otros dos componentes. De esta forma, los coeficientes obtenidos asociados a las cohortes permiten observar el efecto que tienen las distintas cohortes en los cambios observados en la evolución de los niveles de la mortalidad, independientemente de la edad o el período de observación. Lo mismo ocurre al analizar la edad o el período.

Coeficientes asociados a la edad en la mortalidad por suicidios

El gráfico Nº 4 muestra las estimaciones puntuales y por intervalos del efecto edad obtenidas a partir de la aplicación del Estimador Intrínseco. El efecto edad denota el cambio en las tasas de mortalidad debido a la edad cronológica. La tendencia asociada a la edad en el caso de los suicidios femeninos muestra un crecimiento acelerado de la curva hasta los 15 años, luego la curva inicia un descenso hasta la edad de 30 años, luego presenta un crecimiento más leve.

5 En general las opciones más utilizadas para resolver el problema de identificación consisten en imponer a los parámetros del modelo una restricción adicional (modelos lineales generalizados restringidos), lo que determina que las estimaciones y tendencias varíen de acuerdo a la restricción impuesta (Hachuel, Arnesi; 2011).

Gráfico 4. Coeficientes referidos al efecto edad, según sexo.



Fuente: Datos del Departamento de Estadísticas Vitales, MSP, 2015.
Elaboración: Grupo Comprensión y Prevención conducta suicida.

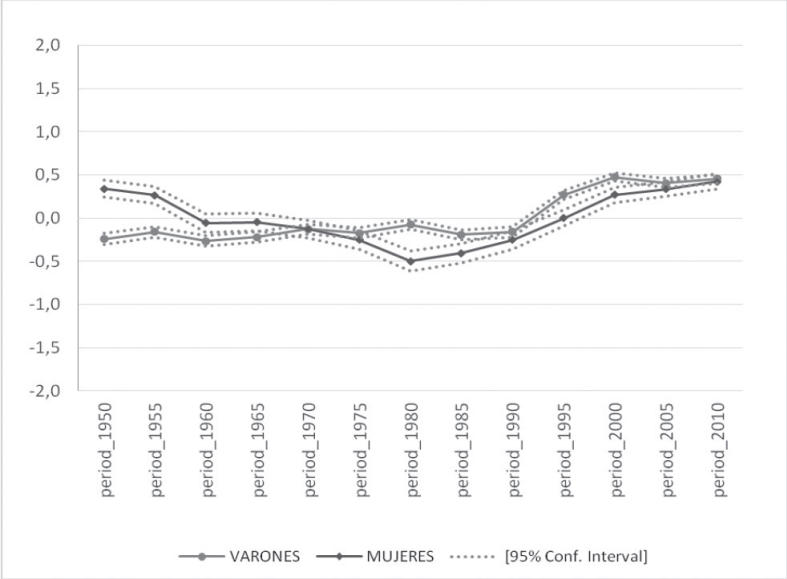
En el caso de la población masculina, la tendencia muestra un crecimiento acelerado de la curva hasta los 20 años, a partir de allí la curva inicia una meseta hasta los 25 y, luego presenta un crecimiento. Desde los 10 a los 20 años de edad el aporte de los coeficientes asociados a la edad a las tasas de mortalidad por suicidio denota una situación desventajosa de las mujeres respecto de los varones. A partir de los 20 años el aporte del efecto edad del sexo masculino a las tasas de mortalidad por suicidio es superior al de las mujeres en todas las edades. Esta información es consistente con la evidencia empírica que considera a este problema como mayoritariamente masculino.

Coeficientes asociados al período en la mortalidad por suicidios

Como se señaló, el efecto período, o calendario, representa los cambios que se producen en las tasas y que se explican por factores que se han dado en un momento concreto del tiempo. Estos cambios afectan a todos los grupos de edad y a todas las cohortes o generaciones. Como se observa en el gráfico Nº 5, entre 1950 y 1970 el efecto período en la variación en las tasas femeninas es mayor que el observado en las tasas masculinas. A partir de la década de 1970 se invierte esta tendencia y se observa que el efecto período en la variación en las tasas masculinas es mayor

respecto de las femeninas. Se observa un punto de inflexión en la década 1980 de este efecto en la variación de las tasas femeninas, cuya tendencia es al aumento.

Gráfico 5. Coeficientes referidos al período, según sexo.



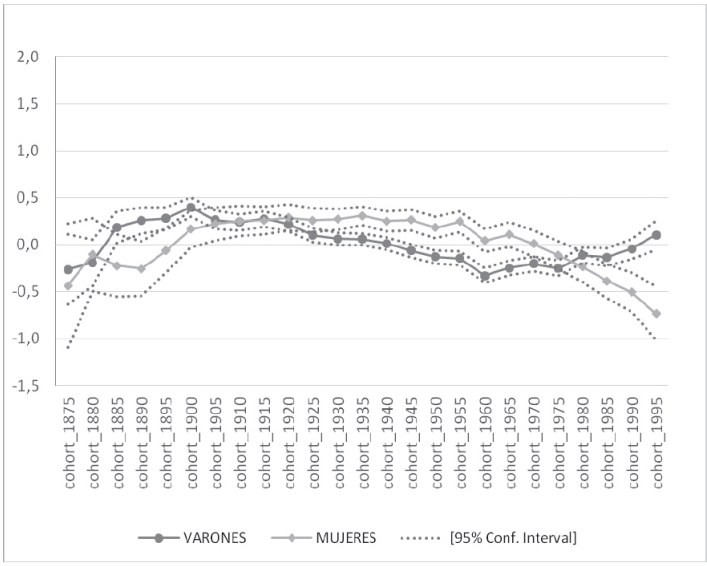
Fuente: Datos del Departamento de Estadísticas Vitales, MSP, 2015.
Elaboración: Grupo Comprensión y Prevención conducta suicida.

Asimismo, se observa un punto de inflexión en la década de 1990 en la variación de las tasas masculinas, cuyo punto máximo se manifiesta en el año 2000, siendo compatible con la situación económica y social del país en aquel momento. Luego comienza a estabilizarse y tiende a converger con la femenina.

Coeficientes asociados a la cohorte en la mortalidad por suicidios

Los efectos de la cohorte se asocian con cambios en las tasas a través de grupos de individuos pertenecientes a la misma cohorte. La tendencia estimada para los coeficientes de efecto de cohorte en la variación de las tasas masculinas muestra un aumento para las primeras cohortes hasta la cohorte de 1900, y luego una disminución gradual y persistente de este efecto en variación en las tasas de mortalidad con un punto de inflexión en la cohorte de 1960 donde se inicia una tendencia ascendente (gráfico Nº 6).

Gráfico 6. Coeficientes referidos a la cohorte, según sexo.



Fuente: Datos del Departamento de Estadísticas Vitales, MSP, 2015.
Elaboración: Grupo Comprensión y Prevención conducta suicida.

La tendencia estimada para los coeficientes de efecto de cohorte en la variación de las tasas femeninas muestra un aumento para las primeras cohortes hasta la cohorte de 1900, y luego una estabilización de este efecto hasta 1995 y posteriormente una disminución gradual y persistente de este efecto en variación en las tasas de mortalidad.

Para las cohortes de 1875 y 1900 el efecto cohorte señala un mayor aporte en la variación de las tasas masculinas respecto de las femeninas. Para las cohortes comprendidas entre 1920 y 1980 esta relación se invierte y se observa un mayor aporte en la variación de las tasas femeninas respecto de las masculinas. A partir de las cohortes de 1980 el efecto cohorte señala un mayor aporte en la variación de las tasas masculinas respecto de las femeninas nuevamente.

Conclusiones

Como bien señalo Durkheim en su famoso debate con el sociólogo Gabriel Tarde sobre la incidencia o efectos de la imitación en el tema, *"...No hay aquí ni imitadores ni imitados, sino identidad relativa de los efectos debido a una identidad relativa de las causas. Y que esto sea así se explica fácilmente si, como todo lo anterior lleva a prever, el suicidio depende esencialmente de ciertos estados del medio social. Puesto que este úl-*

timo conserva generalmente la misma constitución a lo largo de grandes extensiones territoriales.[...] Lo que prueba que esta explicación es fundada, es que se modifica bruscamente y del todo cada vez que el medio social cambia bruscamente. Jamás este extiende su acción más allá de sus límites naturales" (Durkheim en: Vallejos Izquierdo, 2012).

Con esta breve pero sintética cita queremos despejar, en primer lugar, que los efectos tienen cierta identidad social y que sus causas son relativamente idénticas y que persiguen determinados patrones sociales y demográficos.

El artículo centra su mirada en tres indicadores o coeficientes, tratando de determinar o aislar sus efectos en las estadísticas sobre la temática. Ellos son la edad, la cohorte y el período, todos aplicados o restados en las gráficas para ambos sexos.

Al comienzo se plantea casi como una necesidad señalar que existen dos cambios importantes, que inciden directamente en el tema: los perfiles demográfico y epidemiológico. Por otro lado las sociedades están transitando de una estructura poblacional joven (altas tasas de natalidad y mortalidad) a otras sociedades más envejecidas (baja natalidad y mortalidad). Para nuestro país este proceso comenzó desarrollarse en las últimas décadas del siglo XIX y se conjugó con un descenso de la tasa de natalidad y mortalidad, lo que arrojo un escaso o nulo aumento demográfico. Para el caso de la mortalidad se destaca que las inversiones públicas en infraestructura urbana y las medidas y/o políticas de salud implementadas desde fines del siglo XIX contribuyeron notoriamente a reducir la mortalidad, fundamentalmente en enfermedades infecciosas. Sin desmedro de esto, las causas y el "perfil" de las defunciones cambia a comienzos de siglo XX.

El artículo, si bien hace hincapié en estos temas, centra o focaliza su mirada en el suicidio, no sin antes despejar unos breves números sobre y en qué codificación deben hacerse los datos y las comparaciones en la materia. Es así que el suicidio se ubica en grupo codificado como causas externas, comprendiendo accidentes (principalmente), envenenamientos, suicidios, homicidios, etc. Es importante señalar que este grupo de causas se ha mantenido bastante estable durante todo el siglo, mostrando una tendencia al alza en los últimos períodos.

Si se observa al suicidio, éste se ha mantenido alto en el período analizado, habiendo oscilado en torno al 20 a 25% aproximadamente. El gráfico Nº 3 muestra la evolución de la tasa de suicidio para el período 1950-2014, se observa una tendencia oscilante en el primer tramo de la serie, correspondiente a 1950-1989, cuyo punto máximo fue de 12,3 suicidios por cada 100.000 mil habitantes en el quinquenio 1955-1959. Se constata un punto de inflexión en el quinquenio 1995-1999, donde la tasa alcanza el valor de 13,8 y a partir de allí se observa un aumento sostenido, llegando a una tasa de 16,8 en el quinquenio 2000-2004, 16,1 en el quinquenio 2005-2009 y 16,9 en el quinquenio 2010-2014. Asimismo se observa que el suicidio afecta en mayor parte a la población masculina; mientras que la tasa

femenina osciló entre 3,6 y 7,4 defunciones por cada 100.000 mujeres, la masculina lo hizo entre 15,1 y 27,6 defunciones por cada 100.000 varones. Estas cifras representan una razón de sexos de 3 a 4 suicidios masculinos por cada suicidio femenino.

Al observar el efecto de estas tres variables o indicadores de forma aislada e identificar qué parte del cambio en la evolución observada en la tasas corresponde a efectos de transformaciones en el comportamiento de cohortes de edad y qué parte concierne a efectos del período, los datos muestran que la edad o el efecto denota el cambio en las tasas de mortalidad debido a la edad cronológica. La tendencia asociada a la edad en el caso de los suicidios femeninos muestra un crecimiento acelerado de la curva hasta los 15 años, luego la curva inicia un descenso hasta la edad de 30 años, luego presenta un crecimiento más leve. En el caso de la población masculina la tendencia muestra un crecimiento acelerado de la curva hasta los 20 años, a partir de allí la curva inicia una meseta hasta los 25 y, luego presenta un crecimiento. En la variable período, como se expresa en al gráfico 5 entre 1950 y 1970, el efecto período en la variación en las tasas femeninas es mayor que el observado en las tasas masculinas. A partir de la década de 1970 se invierte esta tendencia y se observa que el efecto período en la variación en las tasas masculinas es mayor respecto de las femeninas. Se observa un punto de inflexión en la década 1980 de este efecto en la variación de las tasas femeninas, cuya tendencia es al aumento. Por otro lado las tasas masculinas muestran un aumento para las primeras cohortes hasta la cohorte de 1900, y luego una disminución gradual y persistente de este efecto en variación en las tasas de mortalidad con un punto de inflexión en la cohorte de 1960, donde se inicia una tendencia ascendente.

Por último, para la variable cohortes, aquellos comprendidos entre 1920 y 1980, la relación se invierte y se observa un mayor aporte en la variación de las tasas femeninas respecto de las masculinas. A partir de las cohortes de 1980 el efecto cohorte señala un mayor aporte en la variación de las tasas masculinas respecto de las femeninas nuevamente.

Referencias bibliográficas

Bernabeu Mestre, J. et al. (2003). El análisis histórico de la mortalidad por causas. *Revista de Demografía Histórica, 21*(1), 167-193.

Cohen Agrest, D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Argentina, FCE.

Corpas Nogales J. M. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología, 27*(2), artículo 33.

Di Cesare, M. (2011). *El perfil epidemiológico de América Latina: desafíos, límites y acciones*. Documento de proyecto. Santiago de Chile, CEPAL.

Durkheim, E. (1982). *El suicidio.* Madrid, Akal.

Estimaciones y proyecciones de población a largo plazo 1950-2100. Recuperado de: http://www.cepal.org/es/estimaciones-proyecciones-poblacion-largo-plazo-1950-2100

Flores, M.; Selios, L. (2013) *Perfiles generacionales en las preferencias políticas de los uruguayos*. Recuperado de: http://cienciassociales.edu.uy/wpcontent/uploads/2013/archivos/Selios_Flores.pdf

González, V. y Hein, P. (2016). *Reflexiones en torno al suicidio en la ciudad de Montevideo: armas de fuego, "una relación histórica". Aportes para la comprensión de la problemática de las armas de fuego en el Uruguay.* Montevideo, Ielsur y Unión Europea.

González, V. y Hein, P. (Diciembre 2016). La vida breve. Suicidio, jóvenes y usuarios problemáticos de Drogas. *Revista Encuentros Uruguayos, IX*(2), 35-58.

Hachuel, L. y Arnesi, N. (2011). Aplicación del Estimador Intrínseco a tasas de mortalidad por cáncer de mama. Recuperado de: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n3/v30n3a06.pdf

Hein, P. y González, V. (2015). Las grietas en el muro: Suicidio en Uruguay. En *Derechos Humanos en el Uruguay. Informe 2015.* Servicio Paz y Justicia. Uruguay.

Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G. y Durán, M. (2013). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud.* Colección Art.2. Universidad de la República. CSIC. Montevideo.

Pacheco, E. y Blanco, M. (2007). Análisis del efecto edad-período-cohorte en el nivel de participación económica de tres cohortes de mujeres mexicanas. *Papeles de Población, 11*(43), 79-103.

Pellegrino, A. et al. (2008). *De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX.* En: Benjamín Nahum (Ed.) El Uruguay del siglo XX. La sociedad. Montevideo, Departamento de Sociología-FCS. Montevideo, Ediciones Banda Oriental.

Yang, C. (2011). "Aging, Cohorts, and Methods". En: R. Binstock & L. George (Eds.) *Handbook of Aging and the Social Sciences*, 7th Ed., pp. 17-30. Chapel Hill NC, AP.

Ramalle Gómara, E. (2009). *Modelos de edad, período y cohorte en epidemiología social. Su aplicación al caso riojano.* Recuperado de: https://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjcvpv26_bSAhVFFpAKHRJjAnsQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F3138707.pdf&usg=AFQjCNGeTGGxNm7VFbkoYRCYGRBrV1hiRA&sig2=QIF3kXW51LHHtKb8IVLZ-g

Vallejos Iaquierdo, A. (Enero-junio 2012). El debate entre Gabriel Tarde y Émile Durkheim. *EMPIRIA. Revista de Metodología de Ciencias Sociales,* Nº 23; 163-220. Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Vignolo, J. et al. (2004). *Estudio del suicidio en el Uruguay. Período 1887-2000 y análisis epidemiológico del año 2000.* Departamento de Medicina Preventiva y Social. Montevideo. Recuperado de: http://www.medfamco.fmed.edu.uy/Archivos/biblioteca_virtual/Suicidio%20y%20comportamiento%20humano.pdf

Vignolo, J. et al. (2013). *Análisis de 123 años de muertes por suicidio en el Uruguay. 1887-2010.* Serie de Tesis de Facultad de Medicina, UdelaR. *Revista de Salud Pública, XVII.* Montevideo. Recuperado de: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP13_1_04_art1.pdf

Vega-Piñero, M. et al. (2002). "El suicidio". *Salud Global,* Año II, Nº 4, 1-15. Madrid, Grupo Aula Médica.

Suicidio en el Uruguay: la violencia del silencio

Nicolás Guigou[1]

Introducción

En el mundo social, lo no dicho, lo dicho a medias, o bien la circulación de discursos de manera marginal y difusa, constituyen una portentosa dimensión de la realidad. Lo que no se dice, lo que no se debe decir, lo enunciado de forma mutilada o de manera casi clandestina, aparece en escena bajo la figura de la inadecuación y la interpelación plena.

Porque el decir justamente lo no dicho, pone en riesgo una situación montada que se supone que es por sí misma suficiente, en la medida que lo dice todo o casi todo.

Habría en lo dicho, en lo que se dice, en los diferentes intercambios discursivos, una certeza, de que al menos algo se está diciendo. Por eso lo no dicho, lo que se mantiene en silencio, pretende remitirse al terreno de la inexistencia. Pero lo no dicho está allí, como inscripción incómoda, dando forma a todos los parloteos, atravesando todo lo que hablamos, envuelto en un silencio que parece tener vida propia y autonomía, obligándolos a reconocerlo en todas sus improntas, nervaduras, huecos y emergencias.

Tal parece ser el caso del suicidio –de los variados suicidios– en el Uruguay.

No hablamos mucho de ello, aunque permitimos que los mundos especializados en las noticias, la medicina, la cura y los ejecutores de políticas públicas, nos envíen sus datos e informaciones alarmantes. No nos dicen que algo anda mal (muy mal), sino que tratan de remitirse a los aspectos multicausales del suicidio, a las poblaciones más afectadas, a las maneras de llevarlo a cabo, al raramente privilegiado lugar que el Uruguay ocupa en América Latina –también en el mundo– en torno a una suerte de *ranking* de la autoeliminación.

Pero la violencia del silencio es otra. Una otredad que atraería un conjunto de cuestionamientos, interrogantes, preguntas. Por veces, nos remiten al terreno de lo inexplicable, de aquello difícil de aprehender, de indagar.

1 Profesor Titular, Dr. L. Coordinador del Dpto. de Ciencias Humanas y Sociales, IC, FIC, UdelaR. Director del Dpto. de Antropología Social, ICA, FHCE, UdelaR.

¿Por qué la sociedad uruguaya navega por esta situación tan peculiar? ¿Habría alguna característica que la coloca en una situación peculiar con relación a otras, que aviva de una manera evidente la condición tanática de toda configuración cultural?

No se trata de dar las respuestas certeras que tanto amamos (y precisamos), sino de adentrarnos en algunas claves de la configuración cultural nacional que pueden colaborar a comprender –tal vez en parte a revertir– la situación suicida que nos interpela.

Situación suicida, vulnerabilidades

Cuando nos referimos a la situación suicida, no la estamos agenciando a un grupo o sector social en particular. Evidentemente, y de acuerdo a los datos que se manejan y van construyendo un discurso social sobre el suicidio, se pueden tener en cuenta diferentes variables, grupos con mayor predisposición suicida y trayectorias individuales proclives a la autoeliminación.

La situación suicida remite en parte a un conjunto de dimensiones –que en nuestras clasificaciones culturales– ingresan en los dominios biológicos, psíquicos, socioculturales y cosmológicos.

Dichas dimensiones, poseen especialistas en estos espacios del saber que enuncian, por medio de discursos y performatividades institucionales de diferente índole, las características del suicidio a través de marcos interpretativos y densificaciones institucionales por las que transcurren las diversas disciplinas y saberes habitantes de dichas dimensiones

Desde esos lugares, apenas podemos enunciar, instrumentalizar el no dicho del suicidio por medio de un discurso cargado de instrumentalidad que, como weberianamente sabemos, representa una racionalidad cultural específica. Este tipo de racionalidad, permite bordear la situación suicida e intenta salir de la violencia del silencio por medio de las figuras del diagnóstico y la prevención. A la vez que advierte y logra ingresar a la escena pública la temática del suicidio, la ausencia de articulación entre los elementos y haces de relaciones que conforman la situación suicida, genera la percepción social de que estamos frente a un acontecimiento y decisión individuales, de carácter privado (tal vez, el más privado de todos).

La percepción social del carácter individual y privado, "se suicidó o se mató fulano o fulana", que a veces escuchamos, no afecta el eventual reconocimiento de determinantes psicobiológicas, socioculturales, ambientales, cosmológicas, económicas y un largo etcétera promovido por nuestras razón simbólica que ama el clasificar y el dividir (Sahlins, 1988). Al referirnos a la situación suicida estamos tratando, en primer lugar, de dar cuenta de un fenómeno que es necesario reflexionar

más allá de la dicotomía individuo/sociedad, considerando elementos humanos y no humanos y afectaciones sociales y extrasociales que la conforman.

La situación suicida (I)

La situación suicida no remite a un proceder individual, ni tampoco a una singularidad humana habitada por determinismos sociocéntricos en el sentido durkheimiano, sino a un ensamblaje (Latour, 2005) en el que intervienen elementos humanos y no humanos, haces de relaciones, espacios y temporalidades diferentes, afecciones plenas, en el sentido spinoziano.

Empecemos por la temporalidad humana, ese tiempo cosmológico interiorizado en la producción de sentido de Ricoeur (Ricoeur, 2000; Guigou, 2005). Entre las narrativas que son parte del pensamiento occidental y de su temporalidad se encuentra la condena al suicidio.

En las tres tradiciones que conformaron el Occidente temprano (cristianismo, judaísmo e islamismo) y que fueron en parte absorbidas *a posteriori* por una moral secularizada y desencantada, la misma condena continúa. Si bien el mundo postradicional de la Alta Modernidad admite relativizaciones al juzgamiento negativo hacia el suicida, dichas relativizaciones tienen como contrincante a la vieja y muy activa tradición moderna, desencantada y secularizada, humanista, universalista y mundana que generó, paradójicamente, los efectos postradiciones en los que vivimos. La matriz moderna clásica, que contribuyó a una nueva producción de sentido basada en su pluralidad y heterogeneidad, colaboró a construir un mundo des-religioso que propugnó la variedad y valía de varios mundos morales, otorgando un valor peculiar al individuo, a su campo de decisiones, a su autonomía y a la libertad para llevarla a cabo.

El suicidio, en la cosmología de la modernidad, es una afrenta a la entrega mundana –política, religiosa, social, afectiva– y, sobre todo, a la evaluación acerca de que la vida vale la pena de ser vivida y que la realidad que "a uno le toca vivir" (de nuevo, la individualidad) debe ser transformada o, al menos, tolerada, soportada.

Las múltiples tradiciones en las que habitamos –inclusive, las que se inventan a cada momento– nos colocan en el espacio de tensión de comprender al suicidio en tanto máxima expresión de la libertad individual, acto decisional que compromete a la vida en la propia resolución y, por otra parte, la ausencia de sentido que produce cuando el campo decisional del suicida está fuertemente comprometido en el acto propio de darse muerte. Las cartas, despedidas, advertencias a los allegados y cercanos llevadas a cabo por el suicida, muestran que el campo de las decisiones, la resolución definitiva de darse muerte, pretende llevar el diálogo a un nivel que podría entenderse como tentativas fallidas de evitar la autoeliminación o de con-

tinuar un diálogo posmortem, que realiza en parte una inversión simbólica del propio acto suicida en tanto cierre de la vida y, por tanto, de cualquier situación dialógica.

Por otra parte, suponer que un sujeto es plenamente co-presente y prístinamente consciente de sus decisiones –la de suicidarse u otras– nos llevaría a repostular un sujeto de consciencia, dueño y señor de sus acciones, metafísica hace tiempo abandonada en el ámbito de la antropología social y las ciencias sociales.

En cuanto a las tres tradiciones ya citadas que configuraron el mundo occidental, su larga duración (Braudel, 1984) y sus letanías en el proceso de secularización, hacen que valga la pena repasar de manera breve y sucinta sus visiones, de manera de tener presente la actualidad de estas configuraciones de creencias, no únicamente mediante su obvia (y actual) existencia, sino también la decidida influencia que han tenido en nuestra perspectiva secularizada acerca del suicidio.

Desde el cristianismo, la Summa Teológica de Santos Tomás de Aquino (Quintero Núñez, 2015) objeta al suicidio sobre tres razones, dos de las cuales siguen siendo parte de nuestro horizonte de subjetividad. La primera, tiene que ver con la naturaleza humana, el "amor a sí mismo", expresado en el anhelo de permanencia y autopreservación de la vida. La segunda, atiende al acto de "injuria" que el suicida lleva a cabo contra la sociedad en general, al privarla de su colaboración a la bondadosa acción común por el bien de todos, acción amorosa a la vez que obligatoria. Por último, la tercera, más ajena a nuestra contemporaneidad, se basa en que la vida humana es de pertenencia divina, siendo los humanos más administradores que propietarios. Ir contra la propia vida es ir contra la voluntad divina y la vida otorgada por la gracia de Dios.

Extrayendo la tercera objeción, cualquiera de los argumentos presentados en la Summa Teológica de Santos Tomás de Aquino, podrían ser parte de algunas de las moralidades desencantadas y secularizadas hoy presentes que estigmatizan al suicida. Moralidades que no poseen su base en comprender el suicidio o al suicida, sino en juzgarlo, ya no frente a una trascendentalidad divina –como en el caso de la Summa Teológica–, sino en relación a una trascedentalidad social y al sentido común elaborado por las diferentes sociodiceas presentes en nuestro mundo.

También nuestra ritualística de rechazo al suicida después de haber cometido la acción de privarse de la vida –parte de nuestras estrategias para enviarlo al olvido– posee algunas raíces religiosas, también constructoras del mundo occidental. Así, el judaísmo (una de las tres tradiciones citadas), escenifica su rechazo al suicidio a través de la negativa de darle al suicida los ritos que en general se proporcionan a los muertos:

"Para un suicida no debe observarse ninguna clase de ritos. Rabí Ishmael dice: Puede lamentarse. Ay del descarriado tonto, ¡ay! Ay del descarriado tonto! Después de lo cual Rabí Akiba le dijo: Abandónalo a su olvido. No lo bendigas ni lo maldigas! Puede no haber desgarro de vestiduras, ni elogios para él. Pero la gente puede alinearse ante él y las bendiciones de duelo deben recitarse, por respeto a los vivos." (Zlotnicl, 1966, apud Seymour, 1979: 28).

Cabe señalar que en nuestra ritualística, el respeto a los vivos del suicida (familiares, amigos, conocidos) no llega al sujeto que se autoeliminó. Lo que sucede es que, frente a la dificultad de que el efecto social del estigma llegue al suicida (ya que su presencia es inexistencia), éste desborda y toca como un halo de muerte a los vivos, estigmatizándolos y culpabilizándolos, operando en un área en la cual la culpa lo es todo.

De esta manera, si bien no hay un ritual de rechazo socialmente codificado hacia el suicida, existen ritualísticas, como la estigmatización de los vivos del entorno del suicida, que colaboran a que la situación suicida no se vuelva visible y trate de mantenerse en secreto. La vergüenza y el ocultamiento con que el entorno afectivo y grupal del suicida vive su ausencia, constituyen parte de los efectos de esta ritualística.

Por último, desde otra vertiente que configuró el Occidente temprano, el Islam, la visión acerca del suicidio se expresa en las siguientes afirmaciones del propio profeta Muhammad:

"Quien se mata a sí mismo con algo en este mundo, será castigado con ello mismo en el Día de la Resurrección. Este es un pecado grave y su castigo está sujeto a la voluntad de Dios. Si Él quiere, lo perdona, y si Él quiere, castiga por ello" (The religion of Islam, 2016).

Asimismo, siguiendo a Guerrero (2007) en su cita del trabajo de Asín Palacios (1961) sobre escatología musulmana, se ilustra la tradición islámica sobre el suicidio de la siguiente manera: "Al que se mata a sí mismo con un cuchillo acuchillarle han los ángeles en los valles del infierno con aquel mismo cuchillo, durante toda la eternidad, sin esperanza de salvación... A cada cuchillada, al ser degollado, una sangre más negra que el alquitrán brotará y fluirá de su garganta; pero en seguida, su cuerpo tornará a integrase como era, para ser de nuevo degollado eternamente", (Asín Palacios, 1961: 161).

Es de señalar que, si bien en las tres corrientes religiosas mencionadas eventual (y raramente) puede llegar a mitigarse el juicio negativo hacia el suicida, sea por compasión, sea por la intervención de la voluntad divina (siguiendo la tradición musulmana: "Este es un pecado grave y su castigo está sujeto a la voluntad de Dios. Si Él quiere, lo perdona, y si Él quiere, castiga por ello"), o bien consideran-

do situaciones extremas determinantes o de corte heroico vinculadas con anhelos trascendentalistas, lo cierto es que las tres tradiciones consideran el acto suicida como algo profundamente negativo, errado y que atrae malas consecuencias para el difunto (muchas veces eternas, tales como vivir para siempre en un sulfuroso infierno) y también, si bien amenguadas, para su entorno.

Pese al desencantamiento del mundo de lo sagrado y a los variados procesos de secularización ocurridos en el mundo occidental, la escena contemporánea abreva en buena parte en estas tradiciones religiosas a la hora de esbozar una moralidad respecto a la autoeliminación.

La producción social de la figura de individuo en el Occidente, recogió en parte estas tradiciones, ya que nunca logó apagar el temor del después del suicidio y las imágenes de las condenas sociales y divinas que conlleva. De hecho, la condena social al suicidio en el mundo occidentalizado, moderno, en la sociedad de los individuos en el sentido de Norbert Elías (Elías, 1990), solamente ha podido mantenerse desde un ángulo humanista de protección de la vida, o bien desde el juzgamiento moral del sujeto que lo lleva a cabo. El suicida es alguien que no pudo afrontar la vida, y la sociedad es afrontar la vida, por tanto, hay en la condena al individuo suicida un aspecto que atiende a su expresa individualidad y otro a sus efectos sociales de la autocancelación.

La teoría del contagio suicida, el ocultamiento y la estigmatización a los que son sometidos el entorno familiar y grupal del suicidado son características del no dicho de la situación suicida. De esta manera, la situación suicida contempla elementos evidentemente sociales, en la medida en que la trama social en la cual el suicida se encuentra inserto queda afectada plenamente en varios niveles.

El primero, tiene que ver con el halo de la muerte inhabilitado socialmente, que debe ser ocultado por temor a cargar el estigma del suicidio, ya que éste puede eventualmente repetirse en el conjunto de relaciones afectivas-sociales en las que el suicidio ocurrió. Este supuesto es reforzado por la teoría del contagio suicida que impide la socialización adecuada del hecho, y que construye un sistema de comunicación bajo el silencio obligado.

El segundo, tiene que ver con el halo de la muerte como herencia. El silencio obligado se hereda de generación en generación. En los álbumes de familias (imaginarios o reales), en las genealogías y en las memorias familiares, grupales y colectivas, la imagen del suicida resulta por demás incómoda en la medida que impide un relato feliz o reconciliatorio pleno, señalando una anomalía que después que aparece, es difícil de ser disimulada. De esta manera, la huella del suicida tendrá (otro supuesto del sentido social común) que ser tratada de alguna manera para que su espectro no afecte a las nuevas generaciones en su fe hacia el pasado y su proyección al futuro, como si se tratase de una enfermedad contagiosa.

En términos generales, en estas memorias se aísla al suicida (salvo que su suicidio sea altruista, sacrificial y socialmente útil), apenas se lo menciona, y trata de enviarse la trayectoria del suicida al terreno del olvido familiar y grupal.

Vuelve entonces el tema del olvido (Abandónalo a su olvido. No lo bendigas ni lo maldigas!), como una segunda autoeliminación (ahora, social), que nuestra moralidad contemporánea continúa ejerciendo.

La situación suicida (II)

En el Uruguay desencantado, poseedor de un modelo laico y por veces laicizante (Guigou, 2003), la alta tasa de suicidio podría utilizarse sin duda como indicador de secularización, así como es utilizada, aunque parezca paradójico, la procura de una larga vida también como indicador de niveles de secularización. Para el caso del suicidio, que es lo que nos importa, es evidente que la disminución de tendencias trascedentalistas hacen que la condena religiosa y cosmológica no posea la fuerza necesaria para evitar el suicidio. Es decir, las creencias no son lo suficientemente vehementes como para fungir de disuasión, de advertencia.

Este es, sin embargo, un efecto podríamos decir final, o finalista. El laicismo –que es tan fundamentalmente cultural como jurídico y normativo– y el desencantamiento del mundo a la uruguaya, en el cual la experimentación con temporalidades y la propia producción de sentido en la estructuración sagrada de la experiencia humana (Gauchet, 2005) resultan opacadas por la secularización y laicización en su carácter postradicional y homogeneizador, dificultan en extremo tanto las moralidades vitales encantadas, como la simbolización de elementos pertenecientes a la vida y a la muerte.

Se trataría del maltrato a lo sagrado, indagado por Bateson (2006), tan común en nuestras configuraciones culturales. Bateson se preguntaba: "¿Qué haremos con el uso de lo sagrado? En las culturas occidentales y cada vez más también en las orientales existe la fuerte tendencia a maltratar lo sagrado. Hemos logrado algo precioso, central para nuestra civilización, que mantiene unidos toda clase de valores vinculados con el amor, con el odio, con el dolor, con el gozo y todo lo demás, una fantástica síntesis que, a manera de puente, lo conecta todo, un modo de dar cierto sentido a la vida" (Bateson, 2006: 340).

Este maltrato implica la desimbolización de la vida social, esto es, la imposibilidad social de producir símbolos para la vida y, fundamentalmente, para la muerte de carácter colectivo y que hagan sentido para los diferentes sujetos en una experiencia o conjuntos de experiencias insustituibles, contradictorias y plurales.

El aislamiento –parte de la situación suicida–, el páramo del que emergen tentativas varias de suicidio –algunas evidentes, otras fraguadas o generadas sin que

la pátina de la conciencia intervenga– así como los suicidios concretados y llevados a cabo, muestran esta desimbolización de la vida social, inscritas en los sujetos como ausencia y vacío. Si acaso lacanianamente la muerte no posee inscripción y, como significante vacío por antonomasia, se le puede inscribir cualquier elemento, signo, símbolo o imágenes, para establecer dicha impronta, es necesario recrear una otredad en la que ésta se sitúa.

Aquí nuestra cultura local posee varios déficits simbólicos que colaboran en parte a promover una situación suicida. Los elementos no-humanos que puedan adentrarse en alguna trascendentalidad –el sagrado de Bateson (2006)– han sido históricamente abortados por el ya referido proceso de secularización y laicización vivido en el Uruguay, sin conformarse una simbología sustitutoria sustentable. Las simbologías de la laicidad institucionalizada, hace décadas que dejaron de mantener un mínimo de verosimilitud sustitutoria y, asimismo, se encuentran en el torrente simbólico (en un lugar importante, es cierto), múltiple y heteróclito de una postradicionalidad plétora en símbolos y moralidades de diferente orden. Esto emplaza la inexistencia de una otredad no humana que pueda lidiar simbólicamente con la vida y con la muerte. Demás está decir que cuando hacemos alusión a lo sagrado, y a la experiencia estructurante de lo sagrado, no estamos haciendo referencia a religiones ni a creencias religiosas estrictamente, sino a matrices simbólicas y moralidades que pueden asentarse en cualquier clase de sacralidad, del tipo más terrenal que se nos pueda ocurrir.

Otro aspecto concatenado al anterior tiene que ver con la negación de la otredad, como práctica sociocultural vernácula de carácter habitual y también producto de un laicismo cultural homogeneizador. La otredad como diferencia, como singularidad, en vez de atraer algún espíritu de hospitalidad –ya que la hospitalidad es precisamente esa otredad, la hospitalidad es el otro, siguiendo a Levinas (1995)–, es llevada en nuestra cultura, a través de sendos mecanismos de homogenización y medianía, a negarse a sí misma y a ser socialmente negada.

La negación del otro –su aislamiento– puede presentarse de diferentes formas, pero siempre atiende a opacar, a eliminar esa otredad incómoda, diferente, interpelante, en los diferentes niveles familiares, grupales, sociales. La imposibilidad del reconocimiento de una otredad diferente no evaluable ni juzgable al menos en principio, remite a un constructo cultural fuertemente tánico y que, a la vez, fracasa en su tentativa definitiva de negación, de aislamiento, dejando en ese intersticio de la negación, a la propia situación suicida como último gesto vital.

La situación suicida como salida (y a modo de conclusión)

La situación suicida en el Uruguay contemporáneo posee esa negación de poder inscribir a la muerte. Sin una matriz simbólica que recupere alguna sacralidad de

cualquier orden, sin imágenes ni puentes semánticos para atravesar la vida y la muerte, la muerte (y la vida) se puebla de inanidad, desterrándose las posibilidades de comunicación y petrificando la violencia del silencio de la situación suicida.

Requerimos urgentemente nuevas imágenes, moralidades y sacralidades, para darle lugar a ese diferente, a ese otro, que en su razón especular, logra erradicarnos del aislamiento, devolviéndonos a nosotros mismos a nuestro lugar vital, obliterando la situación suicida en tanto salida posible. Traer nuevamente a los suicidas del olvido, no para celebrar la muerte, sino para elaborar todos esos duelos sin tapujos ni vergüenzas, desde otras racionalidades.

Referencias bibliográficas

Asín Palacios, M. (1961). *La escatología musulmana en la Divina Comedia.* Madrid, Instituto Hispano-Árabe de Cultura.

Bateson, G. (2006). *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente.* Barcelona. Gedisa, 1993.

Braudel, F. (1984). *Civilización material, economía y capitalismo.* (III Volúmenes). Madrid, Alianza.

Elías, N. (1990). *La sociedad de los individuos: ensayos.* Barcelona, Península.

Gauchet, M. (2005). *El desencantamiento del mundo. Una historia política de la religión.* Madrid, Editorial Trotta-Universidad de Granada.

Guerrero, R. (Setiembre 2007). Hombre y muerte en el Islam o de cómo la muerte de Sócrates fue objeto de consideración en la civilización árabe-musulmana. Porto Alegre, *Revista Veritas, 52*(2), 36-46.

Guigou, L. N. (2003). *La nación laica: religión civil y mito-praxis en el Uruguay.* Montevideo, Hermes Criollo.

Guigou, L. N. (2005). *Sobre cartografías antropológicas y otros ensayos.* Montevideo, Hermes Criollo.

Guigou, L. N. (2012). Textualidades cannábicas. En: Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC), UdelaR (Eds.) *Aporte universitario al debate nacional sobre drogas.* Montevideo.

Latour, B. (2005). *Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory.* Oxford, Oxford University Press.

Levinas, E. (1995). *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad.* Salamanca, Sígueme.

Quintero Núñez, H. (2015). Teología del suicidio. Las posturas religiosas acerca del suicidio. En: Fundación Universitaria Luis Amigó (Ed.) *El suicidio: cuatro perspectivas.* Medellín.

Ricoeur, P. (2000). *La mémoire, l'histoire, l'oubli.* Paris, Editions du Seuil.

Sahlins, M. (1988). *Cultura y razón práctica.* Barcelona, Gedisa.

Santo Tomás de Aquino (2001*). Suma de Teología.* Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos.

Seymour, S. (1979). *El suicidio en la tradición judía. Revista Maj'shavot, 18(4).*

The religion of Islam. En: http://www.islamreligion.com/es/articles/10370/la-desesperacion-y-el-suicidio-en-el-islam/, 22 de febrero de 2016. Último acceso: 6 de enero de 2017.

Zlotnicl, D. (1966). *The tractate Mourning.* New Haven, Connecticut. Yale University Press.

Neurobiological risk factors for suicide

Gustavo Turecki[1]

Abstract. Considered as one of the leading causes of death around the world, suicide has a major social and emotional impact on most societies. Both distal and proximal risk factors contribute to suicide and suicidal behaviour. Distal factors, which include familial and genetic predisposition, as well as early-life adversity, among others, increase an individual's lifetime risk of suicide as these factors have been found to dysregulate stress responses and other processes through epigenetic changes of genes and associated gene expression changes. Proximal factors are those that act mostly as precipitants of a suicidal event, and include, among many others, life events, psychopathology, and associated changes in key neurotransmitter systems, inflammatory changes and glial dysfunction in the brain. This chapter will first review the findings to date, highlighting the key molecular changes associated with suicide and suicidal behaviour and conclude with some promising avenues for future research.

Suicide ranks among the leading causes of death for individuals of all ages and is the leading or the second most common cause of death for young people (World Health Organization, 2013). Although suicide is largely preventable due in part by the availability of effective prevention programs and evidence-based interventions (Turecki, 2016), we remain unable to control the escalating suicide rates. This is partly due to the fact that suicide continues to be associated with prejudice and stigma, characteristics that do not encourage individuals experiencing suicidal ideation or exhibiting suicidal behaviour to reach out for help. Suicide remains a complex public health problem of global importance.

Completed suicide is commonly viewed as being on the extreme end of a continuum that also includes suicide attempts and suicidal ideation (Silverman, 2006). The majority of individuals exhibiting suicidal behaviour are affected by a psychiatric disorder and this association is strongest among suicide completers (Arsenault-Lapierre et al.; 2004; Brezo et al.; 2007b). Ninety percent of individuals who died by suicide were living with a psychiatric disorder, notably major depressive disorder (MDD), schizophrenia, substance-related disorders, and/or personality disorders (Arsenault-Lapierre et al.; 2004). In addition, suicidal behaviour

1 McGill Group for Suicide Studies, Douglas Mental Health University Institute, McGill University, Montreal, Canada

disorder (SBD) was proposed as a diagnosis to be included in the DSM (American Psychiatric Association.; 2013). Variability in each phenotypic suicidality group has been reported, which may be partially explained by a number of other variables. Differences in psychopathology, personality traits, and suicide intent among suicide completers, may be related to age. For example, impulsive-aggressive traits are more strongly linked to suicide in younger subjects (Dumais et al.; 2005; McGirr et al.; 2008). Another important variable contributing to phenotypic variability is sex. Male and female suicide attempters and suicide completers show clear differences in the methods used, their underlying psychopathology, and comorbid diagnoses (Beautrais, 2003; Dalca et al.; 2013). Thus, models of suicidal behaviours that take into account biological factors predisposing individuals to and mediating these phenotypes will probably not be able to account for the total phenotypic variability that is observed. Despite this, models are helpful because they provide important conceptual frameworks, which enhance our understanding of suicide and suicidal behaviours and can lead to generating new hypotheses.

A number of models have been proposed to explain suicide risk (Turecki, 2016; Moscicki, 1994; O'Connor, 2011), often based on the idea that suicide results from the interaction of risk factors acting distally to the suicidal event, which increase predisposition to such an event, with those acting proximally to the suicidal event, which precipitate the suicidal crisis. Briefly, distal factors comprise family history and genetic loading, early-life adversity, personality, and cognitive styles. While those proximal to the suicide crisis are represented by conditions acting as precipitants, including psychiatric/physical disorders, recent acutely stressful life events, availability of means, and psychosocial crises. This chapter will examine the relationships between distal and proximal factors, with a strong focus on the molecular mechanisms contributing to predisposition of individuals to suicide and suicidal behaviour, and precipitating suicidal crises.

Distal factors

Familial and genetic predisposition

There are a large number of studies examining family history of suicidal behaviour, which have altogether concluded that suicidal behaviour runs in families. Relatives of individuals who exhibit suicidal behaviour are estimated to have a 3- to 10-fold greater risk for suicidal behaviour than relatives of controls (Baldessarini and Hennen, 2004; Tidemalm et al.; 2011; Turecki, 2001). Since suicidal behaviour is strongly associated with psychopathology, and psychiatric illnesses is heritable, much effort has been made to understand and differentiate the liability to suicidal behaviour from the liability to psychiatric disorders. Unlike suicidal behaviour, suicidal ideation does not seem to be as clearly linked to family history of suicidal ideation (Brent, 2010; Brent et al.; 1996; Lieb et al.; 2005), even though

a family history of suicide attempt or completion does predict a higher frequency of suicidal ideation (2.41to 5.1 times greater risk) (Blum et al.; 2012; Lieb et al.; 2005). Familial transmission of suicide and psychiatric disorder, although partially overlapping, are indeed distinct (Brent et al.; 1996; Kim et al.; 2005; McGirr et al.; 2009), and thus, transmission of psychiatric disorder does not explain the familial aggregation of suicide (McGirr et al.; 2009). Several twin studies have provided evidence that the familial aggregation of suicidal behaviour is at least partly due to genetic factors. These studies have reported variable estimates of heritability but have consistently indicated increased concordance of suicidal behaviour among monozygotic twins compared to dizygotic twins (Baldessarini and Hennen, 2004; Tidemalm et al.; 2011). Complementing these twin studies, adoption studies have shown that biological relatives of suicide adoptees have a higher rate of suicide than relatives of control adoptees (Ernst et al.; 2009b; Tidemalm et al.; 2011), and alternatively, the risk of suicide in adopted away and non-adopted offspring is the same in the case of parental suicide (von Borczyskowski et al.; 2011).

Genetic variation

Genetic epidemiological data have revealed that genes increase predisposition to suicidal behaviour and over the past 20 years a number of molecular genetic studies have been conducted and identified genetic variants that may explain the risk to suicide. Most studies have applied a candidate gene association approach, and have focused particularly on genes of the serotonergic system, since decreased serotonergic neurotransmission has been found to be associated with suicidal behaviour (Bach and Arango, 2012; Mann, 2013). Although initially considered promising, candidate gene-based association studies have unfortunately revealed little about the contributions of specific genes due to the lack of consistent findings between studies. Genome-wide association studies (GWASs) of suicidal behaviour or of treatment-emergent suicidal events have identified a number of novel loci (Laje et al.; 2009; Menke et al.; 2012; Perlis et al.; 2010; Perroud et al.; 2012; Schosser et al.; 2011; Willour et al.; 2012). Despite the fact that these studies have generated mostly inconclusive or inconsistent results, it is important to note that such approaches allow for an unbiased analysis of molecular pathways implicated in disease and remain an important avenue to explore. This is exemplified by a GWAS conducted in patients treated with antidepressants, which identified 14 single nucleotide polymorphisms (SNPs) that were associated with treatment-emergent suicidal ideation (Menke et al.; 2012). In another GWAS studying suicide completers 7 genes were identified that exhibited differential expression in the presence of suicide but not in mood disorders (Galfalvy et al.; 2013). It is important to note that most of the GWASs were conducted on relatively small samples and therefore, lacked the power to detect effects other than major gene effects, and additional work is required for confirm the data. Indeed, in many of the

large-scale GWASs that have been conducted, the strong association of many SNPs identified in the discovery phase of studies is not maintained in studies on replication cohorts (Perlis et al.; 2010; Perlis et al.; 2012; Perroud et al.; 2012; Schosser et al.; 2011; Willour et al.; 2012).

Early-life adversity

There is mounting evidence supporting a strong relationship between early-life adversity (ELA), including sexual or physical abuse during childhood and parental neglect, and lifetime risk of suicidal behaviour. Prospective cohort studies investigating epidemiologically representative samples (Brezo et al.; 2007b; Fergusson et al.; 2000) and retrospective cross-sectional studies investigating epidemiological and clinical samples (Afifi et al.; 2008; Angst et al.; 1992) provide ample evidence to support the association. Among the strongest predictors of psychiatric pathology and of a severe clinical course for psychiatric disorders is maltreatment during early development (Collishaw et al.; 2007; Gilbert et al.; 2009; Lansford et al.; 2002). The association between psychiatric disorders and childhood maltreatment does not, however, fully account for the robust and specific association between ELA and lifetime risk of suicidal behaviour (Brezo et al.; 2008; Fanous et al.; 2004).

Depending on the type and frequency of the abuse and the form of suicidal behaviour, between 10 and 73% of individuals who exhibit suicidal behaviour have a history of childhood abuse (Brezo et al.; 2007a; Fergusson et al.; 2000; Lopez-Castroman et al.; 2012; Lopez-Castroman et al.; 2013), explaining a significant portion of the total variance in risk of suicide and suicidal behaviours. The strength of the relationship between childhood abuse and suicidal behaviour varies according to a few important factors, including the sex of the abused, the identity of the abuser, and the frequency of the abuse. For example, individuals who have experienced abuse by close caregivers have a higher risk of suicidal behaviour than individuals who have experienced abuse by extended family members or unrelated individuals (Brezo et al.; 2008). The risk of suicidal behaviour increases with frequent abuse (Brezo et al.; 2008). Throughout childhood, immediate caregivers are responsible for forming adequate attachment styles and appropriate emotional responses to environmental and stress-related stimuli throughout the life of the individual (Cole et al.; 1994; Malatesta, 1988). Attachment styles define the ways in which individuals relate to others. They are broadly divided into secure and insecure attachments with insecure attachments being characterized by anxiety or avoidance (Smith et al.; 2012). Thus, repeated maltreatment by those whose responsibility is to protect and provide care may signal a hostile environment, which, in turn may prompt stress-response circuits in the developing brain to adapt to this hostile environment through increasing levels of alertness. Indeed, several studies have suggested a relationship between poor parent-child attachment, maladjustment

in the parental role and childhood abuse, and suicidal behaviour (Fergusson et al.; 2000; Smith et al.; 2012).

Biological systems affected by early-life adversity

Biological embedding is a term used to describe the effects of early-life experiences on altering the regulation of biological systems and development (Hertzman, 2012). Animal studies clearly demonstrated that variation in the early-life environment associates with stable expression changes in genes that are important for key behavioural and stress responses provide important insight into systems and pathways that undergo biological embedding and the underlying molecular mechanisms (Caldji et al.; 1998; Liu et al.; 1997). Studies in animals have also revealed that biological embedding is mediated by epigenetic processes, particularly DNA methylation of various genes in different brain regions (Weaver et al.; 2004).

Supported by the exciting findings from animal studies, there is an increasing interest in studying epigenetic factors, primarily DNA methylation, as possible mediators of biological embedding resulting from ELA in humans. However, studying methylation changes in humans resulting from ELA and associating these changes with behavioural and emotional phenotypes is not without its operational and logistical challenges. Whereas epigenetic changes are tissue- and cell-type specific, obtaining brain tissue samples from living subjects is not possible. Epigenetic studies on human brains are therefore, limited to post-mortem specimens. Although post-mortem studies are informative, it is difficult to establish temporal relationships between epigenetic marks and behavioural phenotypes from such studies. Alternatively, peripheral samples, which are much easier to obtain, can only provide limited information about processes occurring in the CNS as the relationship between the periphery and the CNS still remains relatively unknown. Nevertheless, several epigenetic studies in both CNS and peripheral samples of individuals exposed to ELA have been conducted.

The hypothalamus-pituitary-adrenal (HPA) axis and its regulation in suicidal behaviour has been gaining significant interest. Upon HPA axis activation, the steroid hormone cortisol is released, which is secreted in response to stress and promotes arousal and attention, among other physiological changes (Raison and Miller, 2003). Cortisol can also bind to glucocorticoid receptors in the hippocampus, which leads to further HPA axis inhibition, creating a negative feedback loop. Individuals with a history of ELA have an overactive HPA axis and are more likely to display heightened stress responsiveness compared to individuals without such histories (Heim et al.; 2010)MgYWJvdXQgc3VpY2lkYWwgYmVoYXZpb3I6IGltcGxpY2F0aW9ucyBmb3IgcmVzZWFyY2gsIHRyZWF0bWVudCwgYW5kIHByZXZlbnRpb248L3RpdGxlPjxzZWNvbmRhcnktdGl0bGU. Accordingly, the gene that

encodes the glucocorticoid receptor, *NR3C1*, has been widely investigated. There are a number of animal studies suggesting that the early environment regulates *Nr3c1* through DNA methylation changes. That ELA can have an effect on the human epigenome was first revealed in an investigation which found childhood abuse or severe neglect in humans regulates both the patterns and levels of *NR3C1* methylation in the hippocampus, which can lead to increased HPA responses associated with childhood maltreatment (McGowan et al.; 2009). A marked decrease in the level of both total *NR3C1* mRNA and untranslated exon 1_F variant *NR3C1* mRNA has been reported in individuals who died by suicide and had histories of severe childhood abuse compared with individuals who died by suicide and did not have histories of childhood abuse and non-suicide controls. Similar to studies conducted on rats, ELA in humans was found to be associated with increased methylation in the exon 1_F promoter, specifically at the binding site for the transcription factor nerve growth factor-induced protein A (NGFI-A). In addition, *in vitro* studies further suggested that this increased methylation could interfere with NGFI-A binding of the *NR3C1* promoter, leading to the decreased glucocorticoid receptor expression that was also observed (McGowan et al.; 2009).

A number of independent studies have been conducted since the initial study linking glucocorticoid receptor methylation in the brain with childhood abuse was published (McGowan et al.; 2009). These investigations examined the relationship between *NR3C1* exon 1 methylation, ELA, and suicidal behaviour or psychopathology, including phenotypes associated with altered parental care (Conradt et al.; 2013; Labonte et al.; 2012; Melas et al.; 2013; Perroud et al.; 2014; Perroud et al.; 2011b; van der Knaap et al.; 2014). Despite having applied different study designs, measures of adversity, and different tissue samples, the findings from these studies show remarkable consistency, which generally conclude that levels of methylation in *NR3C1* exon 1_F are increased among individuals exposed to unfavourable environmental experiences during early life.

Whether it is their role in the differentiation of cells and tissues, or in the developmental regulation of genes, epigenetic processes are essential. Because of this, when comparing epigenetic patterns, there is greater variability found between tissues from the same individual than when comparing the same tissue from different individuals (Davies et al.; 2012). There is also evidence to suggest epigenetic variant correlation across tissues within the same individual (Davies et al.; 2012). As considerable consistency in the NR3C1 methylation findings was observed using different tissues, it is quite possible that social adversity may trigger systemic signals such as steroids or other hormones that could exert epigenetic pattern changes in multiple tissues.

Another point of control of the HPA axis involves the activity of the FK506-binding protein 5 (FKBP5), whose methylation levels have been found to be regulated

by ELA. FKBP5 regulates the glucocorticoid receptor by decreasing its capacity to bind glucocorticoids, inhibiting subsequent translocation of the glucocorticoid receptor complex to the nucleus. There are sequence variants of *FKBP5* that are associated with increased risk of depression and posttraumatic stress disorder (Binder et al.; 2008; Mehta et al.; 2011) and of exhibiting suicidal behaviour (Leszczynska-Rodziewicz et al.; 2014; Supriyanto et al.; 2011; Willour et al.; 2009) or experiencing suicidal events during antidepressant treatment(Brent et al.; 2010; Perroud et al.; 2011a), and the association with suicidality is especially strong in individuals with a history of ELA (Roy et al.; 2010; Roy et al.; 2012). The interaction between *FKBP5* genotype and ELA has been reported to occur via decreased methylation located at functional glucocorticoid response elements in intron 7 of *FKBP5*, leading to increased FKBP5 expression and glucocorticoid receptor resistance (Klengel et al.; 2013).

Genes implicated in neuronal plasticity have also been reported to be regulated by ELA. Genome-wide methylation studies conducted in hippocampal tissue from individuals who died by suicide and had histories of ELA revealed that ELA is associated with the differential methylation of genes involved in neuronal growth and neuroprotection (Labonte et al.; 2013; Labonte et al.; 2012). A study using peripheral samples obtained from living subjects with a history of ELA found differential methylation of neuronal plasticity genes associated with ELA (Weder et al.; 2014), a finding which is in agreement with data from animal studies demonstrating the early-life environmental regulation of plasticity genes, such as the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene. Rodent studies have revealed that exposing gestating females to stress (e.g.; introduced to a new environment with inadequate bedding material) led to decreased *Bdnf* mRNA expression in the prefrontal cortex, and this decreased expression was correlated with increased methylation of the *Bdnf* promoters in exons IV and IX (Roth et al.; 2009). A similar dysregulation of *Bdnf* expression in the exon IV promoter in the dorsal hippocampus was also reported in an adult rat model of post-traumatic stress disorder (Roth et al.; 2011).

In addition to *BDNF*, the gene encoding its high-affinity receptor, tropomyosin-receptor-kinase B (TrkB), has gained significant attention in human studies of suicidal behaviour. Although in most of these studies, history of ELA was not considered, they nonetheless identify important changes associated with suicidal behaviour. Several of these studies have reported decreased mRNA and/or protein levels of BDNF, TrkB or both in the prefrontal cortex (Dwivedi et al.; 2003; Ernst et al.; 2009a; Maussion et al.; 2014; Pandey et al.; 2008), temporal cortex (Keller et al.; 2010) and hippocampus (Banerjee et al.; 2013; Dwivedi et al.; 2003) in suicide completers. Other reports have revealed differential methylation patterns in regulatory regions of *BDNF* and *TRKB* (Banerjee et al.; 2013; Ernst et al.; 2009a). One study examined in the Wernicke area of suicide completers and found that four CpG sites located downstream of the *BDNF* promoter IV transcription initia-

tion site were more highly methylated in suicide completers compared to controls, and consistent with the expected repressive effects of methylation in promoter sequences on transcription, this increased methylation was associated with significantly decreased BDNF expression (Zhang et al., 2006). More recently, studies in living depressed patients using peripheral samples have also reported differential methylation of the *BDNF* promoter (Fuchikami et al., 2011; Kang et al., 2013; Kim et al., 2014).

Along with the hypothesis-driven studies mentioned above, there are also a several genome-wide investigations on DNA methylation changes associated with ELA and/or suicide. Although these studies were conducted on relatively small samples, especially when compared to those of GWASs, epigenome-wide association studies have nonetheless highlighted a number of methylation changes at several genomic loci. Differential methylation in gene pathways involved in stress, neural plasticity and cognitive processes have been reported in investigations using peripheral samples (Weder et al., 2014; Yang et al., 2013) and post-mortem brain samples (Labonte et al., 2013; Labonte et al., 2012). A few studies in brain tissue included cell sorting (Labonte et al.; 2013; Labonte et al.; 2012), which uncovered that most of the changes observed mainly originated from methylation changes in neuronal DNA. Altogether, the strong associations between ELA and DNA methylation are due to the long-lasting changes in the regulation of gene expression, triggered by early environment experiences, and these changes are highly associated with suicidal behaviour (Turecki et al., 2012; Wanner et al., 2012).

Proximal or precipitating factors

The major trigger for suicidal crises are recent life events (Heikkinen et al.; 1992), however, suicidal crises are highly correlated with the onset of episodes of psychopathology. Indeed, approximately 90% of individuals who die by suicide were affected by a psychiatric disorder in the last six months of life based on data collected from a large number of retrospective, proxy-based studies (known as psychological autopsies) (Arsenault-Lapierre et al.; 2004), epidemiological and registry-based studies (Qin et al.; 2002), and studies in clinical at-risk populations (Angst et al.; 2002). Although only half of individuals who die by suicide meet the criteria for MDD at the time of death (Arsenault-Lapierre et al.; 2004), those who are suicidal, without considering their principal psychiatric diagnosis, exhibit some degree of suicidal ideation, hopelessness, or other similar cognitive distortions that are characteristic of depressive states. As these depressive symptoms can drastically alter the individual's problem-solving capacity and judgment, they can be considered as precipitants of suicidal crises. These depressive states are associated with a number of molecular changes that are likely to underlie proximal risk factors for suicide. The most important changes will be reviewed below.

Serotonergic changes

An important mediator of depressive states is decreased serotonergic neurotransmission. Asberg and colleagues suggested almost four decades ago, that among patients with depression, those with lower levels of the serotonin metabolite, 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) in their cerebrospinal fluid (CSF), are more likely to exhibit suicidal behaviour (Asberg et al.; 1976). Post-mortem studies later demonstrated that serotonergic binding was altered in the frontal cortex of suicide completers (Stanley and Mann, 1983; Stanley et al.; 1982). Since these findings were reported, researchers have investigated extensively in the serotonergic changes in suicide and related behaviours (reviewed in (Mann, 2003)). Blunted responses to challenges with fenfluramine, a potent serotonergic agonist, were observed among living subjects who attempted suicide and this has now become one of the most consistent findings (Coccaro et al.; 1989). A post-mortem study investigating the brain cortex of suicide completers has also found decreased availability of the serotonin transporter (Stanley et al.; 1982). It seems that insufficient serotonin in certain areas of the brain may be linked to suicidality since both post-mortem binding and *in vivo* PET studies have reported altered 5HT1A and 5HT2A receptor availability in suicidal brains (Bach and Arango, 2012; Mann, 2013).

What remains to be determined, however, is the extent of the contribution of depressive psychopathology to the serotonergic changes observed in suicide. The evidence seems to suggest that serotonin alterations may be specific to suicidal behaviour (Arango et al.; 2001; Miller et al.; 2013), however, these changes show partial overlap with those observed in the depressed brain. For example, the more marked serotonergic alterations found in suicide may rather be attributed to intense hopelessness and suicidal ideation, which is an important point that has not been adequately addressed as many findings on this subject have originated from post-mortem brain studies. This is mainly due to the methodological challenges of assessing subjective and non-behavioural symptoms of depression by proxy-based interviews, which is applied in post-mortem brain studies to obtain clinical information on the subjects to reach a psychiatric diagnosis. An additional challenge is obtaining brain tissue from individuals who died from other causes and exhibited an equivalent depression severity to that presented in individuals who died by suicide. Another important issue that remains unresolved is the extent to which serotonergic changes are associated with suicide state markers of suicidality or depression, or trait markers of predisposition. Decreased serotonergic neurotransmission was reported to be associated with impulsive-aggressive traits, behaviours that increase suicide risk (Yanowitch and Coccaro, 2011). It is becoming apparent that serotonergic genes underlie proximal depressive and suicide risk factors and that they have both shared and unique contributions to the risk for depression and suicidal behaviour (Brezo et al.; 2010).

The polyamine stress response system

Similar to the HPA axis, the polyamine stress response (PSR) system is involved in physiological responses to physical, emotional and hormonal stressors, including glucocorticoids. Several studies from our group and others have examined PSR system in the context of suicide and have identified a number of changes. Levels of mRNA and protein of several components of the PSR have been found to be altered in cortical and subcortical brain regions of suicide completers (Chen et al.; 2010; Fiori et al.; 2011; Klempan et al.; 2009; Sequeira et al.; 2006), as well as in peripheral samples from suicide attempters (Guipponi et al.; 2009; Le-Niculescu et al.; 2013) and psychiatric patients (Dahel et al.; 2001). Similarly, using non-human primate models of depression, stress was found to induce changes in gene expression, which has led to altered brain polyamine levels (Karssen et al.; 2007). The rate-limiting enzymes in the catabolism of polyamines are spermidine/spermine N^1-acetyl-transferase (SAT1), both of which have been found to be decreased in the cortex of suicide completers (Sequeira et al.; 2006), and have been signaled as a potential peripheral biomarker of suicidality. There are also several reports confirming that a number of polyamine genes are epigenetically regulated in brains of suicide completers (Fiori et al.; 2012; Fiori and Turecki, 2011; Gross et al.; 2013; Lopez et al.; 2014). Although the findings to date strongly point to differential epigenetic regulation of several polyaminergic genes in suicide, further investigation is required to validate these findings in other samples, to study the functional impact on the PSR, and to understand how the CNS changes are related to those observed in the periphery.

Glutamatergic and GABAergic changes

Genome-wide investigations applying mRNA microarrays in post-mortem brain tissue collected from individuals who were diagnosed with MDD and died by suicide and individuals with no psychiatric problems and did not die by suicide, have revealed several transcriptomic changes associated with depression and suicide (Choudary et al.; 2005; Sequeira et al.; 2009). In particular, a dysregulation of genes involved in glutamatergic and GABAergic signalling in diverse cortical and subcortical regions were observed. For GABAergic signalling, upregulation of genes encoding GABA receptor A subunit and their associated binding proteins was consistently reported in the prefrontal cortex, hippocampus, and anterior cingulate (Choudary et al.; 2005; Sequeira et al.; 2009). For glutamatergic signalling, increased expression of genes encoding AMPA and NMDA receptor subunits in the anterior cingulate and dorsolateral prefrontal cortex, while decreased expression of the glutamine synthase gene (*GLUL*), which is implicated in glutamate recycling, and the genes encoding the solute carriers SLC1A2 and SLIC1A3 also in the same cortical areas and the amygdala were found (Choudary et al.; 2005; Sequei-

ra et al.; 2009). The findings implicating glutamatergic alterations are consistent with growing evidence for the efficacy of glutamatergic antagonists as rapid-acting antidepressants that are both useful in the treatment of depressed mood (Duman, 2014) and acute suicidal ideation (Larkin and Beautrais, 2011; Price et al.; 2014).

Inflammatory factors

There have been numerous reports over the past few decades suggesting a relationship between inflammation and depressive states (Raison et al.; 2006) as these states have been linked to upregulation of proinflammatory cytokines, particularly tumour necrosis factor (TNF)- and interleukin (IL)-6 (Dowlati et al.; 2010; Howren et al.; 2009; Liu et al.; 2012; Shelton et al.; 2011). This has been further supported by mounting data demonstrating that inflammatory autoimmune illnesses are highly associated with depression and cytokine therapy, such as with interferon (IFN)-, is associated with high risk for developing depression (Capuron and Miller, 2004; Constant et al.; 2005; Musselman et al.; 2001; Raison et al.; 2005). Although the data clearly suggest a link between changes in inflammatory markers and depressive states, the evidence linking these markers and suicidal behaviour is sparse. A number of reports have revealed an association between inflammatory cytokines and suicidal behaviour, with or without accounting for depression status (reviewed in REF (Serafini et al.; 2013)). The most consistently observed finding is an increase in IL-6 and a decrease in IL-2 in patients with suicidal behaviour. Several other inflammatory factors have been identified as being altered including decreased vascular endothelial growth factor (VEGF) (Isung et al.; 2012), increased quinolinic acid (Erhardt et al.; 2013), and increased kynurenic acid in patients with MDD with a history of attempted suicide (Carlborg et al.; 2013; Sublette et al.; 2011). To date, most studies on inflammatory markers in suicidal behaviour have focused on blood samples but there are some studies conducted in CSF (Bay-Richter et al.; 2014; Erhardt et al.; 2013) or in post-mortem brain tissue (Pandey et al.; 2012; Steiner et al.; 2008; Tonelli et al.; 2008; Torres-Platas et al.; 2014), which altogether have concluded that suicide is associated with a low-grade inflammation in the brain. Although glucocorticoids are known to inhibit immune and inflammatory responses, there is recent evidence demonstrating their involvement in immune response activation in certain circumstances, such as during acute cellular damage or the death of brain tissue (reviewed in REF (Bellavance and Rivest, 2014)). More importantly, the regulation of the immune system by glucocorticoids could mediate the lasting effects of ELA on immunomodulation, as has been suggested by others (Ehlert, 2013). This intriguing hypothesis is further supported by the observation that individuals who experienced childhood abuse exhibit heightened immune activation in adulthood (Danese et al.; 2008).

Glial and astrocytic dysfunction

Although psychiatric phenotypes have been traditionally understood to arise from a dysfunction in brain neurons, there is mounting evidence to suggest that glia, which have been considered primarily for their supportive role, to be also disrupted in depression and suicide. As we begin to uncover the diversity of functions that glial cells perform in the brain, there is increasing interest in the role of glial cells, and particularly to astrocytes, in psychopathology. Impaired glial function has been reported in animal models of depression (Banasr et al.; 2010; Czeh et al.; 2013). Post-mortem brain studies have revealed decreased glial cell counts in cortical grey matter from patients with depression (Rajkowska, 2000), and hypertrophy of astrocytes in cortical white matter from individuals with MDD and died by suicide (Torres-Platas et al.; 2011). Consistent with these findings are those from several mRNA expression studies using genome-wide microarrays in post-mortem brain tissue from depressed individuals who died by suicide, which have uncovered alterations in the expression of several astrocytic genes (Bernard et al.; 2011; Ernst et al.; 2011; Sequeira et al.; 2009). The most striking finding was the marked downregulation of the expression of connexin 30 (*Cx30*) and *Cx43*, which are two genes coding for gap-junction proteins in the brain that are astrocyte-specific. Experiments on mice have revealed that single knock-out of these gap-junction genes resulted in altered reactivity to novel environments and important alterations in neurotransmitters, including serotonin (Dere et al.; 2003; Frisch et al.; 2003). There have also been reports of other astrocyte-specific genes exhibiting differential expression in suicide completers. The gene encoding the truncated splice variant of TrkB, TrkB.T1, which lacks the catalytic activity of the full-length protein (Rose et al.; 2003), was found to be downregulated in the frontal cortex of suicide completers compared to controls (Ernst et al.; 2009a). In agreement with these findings, mouse genetic manipulation studies have reported that mice overexpressing TrkB.T1 have an increased sensitivity to chronic social stress, resulting in consistent social avoidance (Razzoli et al.; 2011).

Neuroendocrine dysfunction in suicide

Although the data presented earlier strongly indicate HPA axis dysregulation in individuals having experienced ELA, there is also evidence for HPA dysregulation in suicide attempters and completers regardless of ELA history. HPA axis dysregulation was reported to be correlated with the degree of violence of the suicide attempt (Roy, 1992). It seems that HPA axis alterations may actually be more closely linked to suicidal behaviour than to individual psychopathologies because dexamethasone suppression (a test using synthetic glucocorticoid to measure HPA response) was a good predictor of suicide completion (Coryell and Schlesser, 2001) and suicidal behaviour in patients with MDD (Pfeffer et al.; 1991). HPA function in

the brains of suicide completers is altered as post-mortem studies of suicide completers have revealed upregulation of corticotrophin-releasing hormone (CRH) activity in the paraventricular nucleus (PVN) (Raadsheer et al.; 1994; Raadsheer et al.; 1995; Wang et al.; 2008), increased expression of CRH in the CSF (Nemeroff et al.; 1984), fewer CRH binding sites in the frontal cortex (Nemeroff et al.; 1988), decreased glucocorticoid receptor expression in the hippocampus (McGowan et al.; 2009), and increased POMC expression in the pituitary(Lopez et al.; 1992). These findings are further supported by the observation of increased adrenal weight and cortical hypertrophy in suicide completers (Dumser et al.; 1998; Szigethy et al.; 1994), and also altered HPA responses in relatives of suicide completers (McGirr et al.; 2010).

Concluding remarks

Suicide is a complex behaviour resulting from the interaction of a number of different factors. In this Review, we have examined evidence focusing on changes occurring at the molecular level that are associated with distal factors that increase the lifetime risk for suicide, and the molecular and behavioural changes associated with depressive states, which function as precipitants of a suicidal crisis. Many of the studies discussed here focused on depression as a precursor to suicide even though other psychiatric conditions, such as schizophrenia, bipolar disorder and personality disorders, are important contributors to suicidal ideation and suicidal behaviour (Arsenault-Lapierre et al.; 2004; Sareen et al.; 2005). Similarly, as suicidal behaviour disorder has been recently proposed as a diagnosis in the DSM-5, this designation should be included and considered in future research, which would allow for future studies to better separate neurobiological factors associated with suicidal behaviour from those related to psychopathology.

The results reviewed above have led to increased interest in the investigation of epigenetic factors associated with both ELA and molecular processes mediating suicide and suicidal behaviours. Upcoming research initiatives should focus on improving comparability of the data. As a first step, the way in which methodologies are reported should be standardized. For example, exact sequences of DNA regions investigated, detailed descriptions of probes or specific stimuli and parameters controlled for are all basic information that should be included. These are important steps that will improve comparability and help to avoid some of the issues associated with genetic variability. Another important methodological issue to consider is the use of peripheral tissues to study epigenetic changes in a CNS disorder such as suicide and suicidal behaviour. In addition, when brain tissue is available, these epigenetic investigations have been conducted on tissue homogenates. Epigenetic studies using peripheral tissues are feasible and cost-effective, however, their scientific value has not been well characterized, and it remains unknown to

what extent epigenetic modifications in peripheral tissues are representative of the changes occurring in the CNS. In addition, epigenetic regulation is cell- and tissue- specific (Lister et al.; 2013; Meissner et al.; 2008; Mikkelsen et al.; 2007) such that greater epigenetic variability is observed between different tissues of a single individual than between similar tissues from different individuals (Davies et al.; 2012; Liang et al.; 2011; Xin et al.; 2010; Xin et al.; 2011). Thus, there is a great need to clearly establish the relationship between peripheral epigenetic marks and CNS counterparts. This task should become easier once reference epigenomic maps of different brain regions and cellular fractions are generated, and then compared to similar reference maps from peripheral tissues. Techniques such as laser capture microdissection (Nakamura et al.; 2007) or fluorescence-activated cell sorting (Jiang et al.; 2008) allow for studying single cell types, and computational methods allow for estimation of cell populations within tissue homogenates (Guintivano et al.; 2013), which could be used to refine results from studies using whole-tissue homogenates. Finally, although other mechanisms of epigenetic regulation have been uncovered, most of the epigenetic studies to date in suicide research have mainly focused on DNA methylation. These other mechanisms should be the focus of investigations in the coming years. Such methodological improvements would bring greater confidence in the results from studies on epigenetic modifications linked to suicide and may lead to the identification of useful biomarkers for increased risk of suicide, which ultimately would translate into better management of high-risk patients and improved health outcomes.

References

Afifi, T. O.; Enns, M. W.; Cox, B.J.; Asmundson, G. J.; Stein, M. B. & Sareen, J. (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health, 98,* 946-952.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5,* Fifth edition. ed. American Psychiatric Publishing, Washington, DC.

Angst, F.; Stassen, H. H.; Clayton, P. J. & Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *J Affect Disord, 68,* 167-181.

Angst, J.; Degonda, M. & Ernst, C. (1992). The Zurich Study: XV. Suicide attempts in a cohort from age 20 to 30. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 242,* 135-141.

Arango, V.; Underwood, M. D.; Boldrini, M.; Tamir, H.; Kassir, S. A.; Hsiung, S.; Chen, J. J. & Mann, J. J. (2001). Serotonin 1A receptors, serotonin transporter binding and serotonin transporter mRNA expression in the brainstem of depressed suicide victims. *Neuropsychopharmacology, 25,* 892-903.

Arsenault-Lapierre, G.; Kim, C.; & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry 4,* 37.

Asberg, M.; Thoren, P.; Traskman, L.; Bertilsson, L. & Ringberger, V. (1976). Serotonin depression - a biochemical subgroup within the affective disorders. *Science 191,* 478-480.

Bach, H. & Arango, V. (2012). Neuroanatomy of Serotonergic Abnormalities in Suicide, In: Dwivedi, Y. (Ed.), *The Neurobiological Basis of Suicide*. CRC Press, Boca Raton (FL).

Baldessarini, R. J. & Hennen, J.; 2004. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry, 12,* 1-13.

Banasr, M.; Chowdhury, G. M.; Terwilliger, R.; Newton, S. S.; Duman, R. S.; Behar, K. L. & Sanacora, G. (2010). Glial pathology in an animal model of depression: reversal of stress-induced cellular, metabolic and behavioral deficits by the glutamate-modulating drug riluzole. *Mol Psychiatry 15,* 501-511.

Banerjee, R.; Ghosh, A. K.; Ghosh, B.; Bhattacharyya, S.; Mondal, A. C. (2013). Decreased mRNA and Protein Expression of BDNF, NGF, and their Receptors in the Hippocampus from Suicide: An Analysis in Human Postmortem Brain. *Clinical medicine insights. Pathology, 6,* 1-11.

Bay-Richter, C.; Linderholm, K.R.; Lim, C.K.; Samuelsson, M.; Traskman-Bendz, L.; Guillemin, G.J.; Erhardt, S.; Brundin, L. (2014). A role for inflammatory metabolites as modulators of the glutamate N-methyl-d-aspartate receptor in depression and suicidality. Brain, behavior, and immunity.

Beautrais, A.L.; 2003. Suicide and serious suicide attempts in youth: a multiple-group comparison study. *Am J Psychiatry 160,* 1093-1099.

Bellavance, M.A.; Rivest, S.; 2014. The HPA - Immune Axis and the Immunomodulatory Actions of Glucocorticoids in the Brain. *Frontiers in immunology 5,* 136.

Bernard, R.; Kerman, I.A.; Thompson, R.C.; Jones, E.G.; Bunney, W.E.; Barchas, J.D.; Schatzberg, A.F.; Myers, R.M.; Akil, H.; Watson, S.J.; 2011. Altered expression of glutamate signaling, growth factor, and glia genes in the locus coeruleus of patients with major depression. *Mol Psychiatry 16,* 634-646.

Binder, E.B.; Bradley, R.G.; Liu, W.; Epstein, M.P.; Deveau, T.C.; Mercer, K.B.; ... Ressler, K.J.; 2008. Association of FKBP5 polymorphisms and childhood abuse with risk of posttraumatic stress disorder symptoms in adults. *JAMA : the journal of the American Medical Association 299,* 1291-1305.

Blum, R.; Sudhinaraset, M.; Emerson, M.R.; 2012. Youth at risk: suicidal thoughts and attempts in Vietnam, China, and Taiwan. *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine 50,* S37-44.

Brent, D.; 2010. What family studies teach us about suicidal behavior: implications for research, treatment, and prevention. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists 25,* 260-263.

Brent, D.; Melhem, N.; Ferrell, R.; Emslie, G.; Wagner, K.D.; Ryan, N.; ... L.; Keller, M.; 2010. Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *Am J Psychiatry 167,* 190-197.

Brent, D.A.; Bridge, J.; Johnson, B.A.; Connolly, J.; 1996. Suicidal behavior runs in families. A controlled family study of adolescent suicide victims. *Arch Gen Psychiatry 53,* 1145-1152.

Brezo, J.; Bureau, A.; Merette, C.; Jomphe, V.; Barker, E.D.; Vitaro, F.; ... Turecki, G.; 2010. Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene-environment study. *Mol Psychiatry 15,* 831-843.

Brezo, J.; Paris, J.; Barker, E.D.; Tremblay, R.; Vitaro, F.; Zoccolillo, M.; ... Turecki, G.; 2007a. Natural history of suicidal behaviors in a population-based sample of young adults. *Psychol Med 37,* 1563-1574.

Brezo, J.; Paris, J.; Tremblay, R.; Vitaro, F.; Hebert, M.; Turecki, G.; 2007b. Identifying correlates of suicide attempts in suicidal ideators: a population-based study. *Psychol Med 37,* 1551-1562.

Brezo, J.; Paris, J.; Vitaro, F.; Hebert, M.; Tremblay, R.E.; Turecki, G.; 2008. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *Br J Psychiatry 193,* 134-139.

Caldji, C.; Tannenbaum, B.; Sharma, S.; Francis, D.; Plotsky, P.M.; Meaney, M.J.; 1998. Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat. *Proc Natl Acad Sci U S A 95,* 5335-5340.

Capuron, L.; Miller, A.H.; 2004. Cytokines and psychopathology: lessons from interferon-alpha. *Biol Psychiatry 56,* 819-824.

Carlborg, A.; Jokinen, J.; Jonsson, E.G.; Erhardt, S.; Nordstrom, P.; 2013. CSF kynurenic acid and suicide risk in schizophrenia spectrum psychosis. *Psychiatry research 205,* 165-167.

Chen, G.G.; Fiori, L.M.; Moquin, L.; Gratton, A.; Mamer, O.; Mechawar, N.; Turecki, G.; 2010. Evidence of altered polyamine concentrations in cerebral cortex of suicide completers. *Neuropsychopharmacology 35,* 1477-1484.

Choudary, P.V.; Molnar, M.; Evans, S.J.; Tomita, H.; Li, J.Z.; Vawter, M.P.; ... Jones, E.G.; 2005. Altered cortical glutamatergic and GABAergic signal transmission with glial involvement in depression. *Proc Natl Acad Sci U S A 102,* 15653-15658.

Coccaro, E.F.; Siever, L.J.; Klar, H.M.; Maurer, G.; Cochrane, K.; Cooper, T.B.; ... Davis, K.L.; 1989. Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. Correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. *Arch Gen Psychiatry 46,* 587-599.

Cole, P.M.; Michel, M.K.; Teti, L.O.; 1994. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monogr Soc Res Child Dev 59,* 73-100.

Collishaw, S.; Pickles, A.; Messer, J.; Rutter, M.; Shearer, C.; Maughan, B.; 2007. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: Evidence from a community sample. *Child Abuse & Neglect 31,* 211-229.

Conradt, E.; Lester, B.M.; Appleton, A.A.; Armstrong, D.A.; Marsit, C.J.; 2013. The roles of DNA methylation of NR3C1 and 11beta-HSD2 and exposure to maternal mood disorder in utero on newborn neurobehavior. *Epigenetics : official journal of the DNA Methylation Society 8,* 1321-1329.

Constant, A.; Castera, L.; Dantzer, R.; Couzigou, P.; de Ledinghen, V.; Demotes-Mainard, J. & Henry, C.; 2005. Mood alterations during interferon-alfa therapy in patients with chronic hepatitis C: evidence for an overlap between manic/hypomanic and depressive symptoms. *The Journal of clinical psychiatry 66,* 1050-1057.

Coryell, W.; Schlesser, M.; 2001. The dexamethasone suppression test and suicide prediction. *Am J Psychiatry 158,* 748-753.

Czeh, B.; Fuchs, E.; Flugge, G.; 2013. Altered glial plasticity in animal models for mood disorders. *Current drug targets 14,* 1249-1261.

Dahel, K.-d.; Al-Saffar, N.; Flayeh, K.; 2001. Polyamine Oxidase Activity in Sera of Depressed and Schizophrenic Patients after ECT Treatment. *Neurochemical Research 26,* 415-418.

Dalca, I.M.; McGirr, A.; Renaud, J. & Turecki, G.; 2013. Gender-specific suicide risk factors: a case-control study of individuals with major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry 74,* 1209-1216.

Danese, A.; Moffitt, T.E.; Pariante, C.M.; Ambler, A.; Poulton, R. & Caspi, A.; 2008. Elevated inflammation levels in depressed adults with a history of childhood maltreatment. *Arch Gen Psychiatry 65,* 409-415.

Davies, M.N.; Volta, M.; Pidsley, R.; Lunnon, K.; Dixit, A.; Lovestone, S.; ... Mill, J.; 2012. Functional annotation of the human brain methylome identifies tissue-specific epigenetic variation across brain and blood. *Genome biology 13,* R43.

Dere, E.; De Souza-Silva, M.A.; Frisch, C.; Teubner, B.; Sohl, G.; Willecke, K.; Huston, J.P.; 2003. Connexin30-deficient mice show increased emotionality and decreased rearing activity in the open-field along with neurochemical changes. *The European journal of neuroscience 18,* 629-638.

Dowlati, Y.; Herrmann, N.; Swardfager, W.; Liu, H.; Sham, L.; Reim, E.K.; Lanctot, K.L.; 2010. A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biol Psychiatry 67,* 446-457.

Dumais, A.; Lesage, A.D.; Alda, M.; Rouleau, G.; Dumont, M.; Chawky, N.; Roy, M.; ... Turecki, G.; 2005. Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry 162,* 2116-2124.

Duman, R.S.; 2014. Neurobiology of stress, depression, and rapid acting antidepressants: remodeling synaptic connections. *Depression and anxiety 31,* 291-296.

Dumser, T.; Barocka, A.; Schubert, E.; 1998. Weight of adrenal glands may be increased in persons who commit suicide. *The American journal of forensic medicine and pathology 19,* 72-76.

Dwivedi, Y.; Rizavi, H.S.; Conley, R.R.; Roberts, R.C.; Tamminga, C.A.; Pandey, G.N.; 2003. Altered gene expression of brain-derived neurotrophic factor and receptor tyrosine kinase B in postmortem brain of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry 60,* 804-815.

Ehlert, U.; 2013. Enduring psychobiological effects of childhood adversity. *Psychoneuroendocrinology 38,* 1850-1857.

Erhardt, S.; Lim, C.K.; Linderholm, K.R.; Janelidze, S.; Lindqvist, D.; Samuelsson, M.; ... Brundin, L.; 2013. Connecting inflammation with glutamate agonism in suicidality. *Neuropsychopharmacology 38,* 743-752.

Ernst, C.; Deleva, V.; Deng, X.; Sequeira, A.; Pomarenski, A.; Klempan, T.; ... Turecki, G.; 2009a. Alternative splicing, methylation state, and expression profile of tropomyosin-related kinase B in the frontal cortex of suicide completers. *Arch Gen Psychiatry 66,* 22-32.

Ernst, C.; Mechawar, N.; Turecki, G.; 2009b. Suicide neurobiology. Prog Neurobiol 89, 315-333.

Ernst, C.; Nagy, C.; Kim, S.; Yang, J.P.; Deng, X.; Hellstrom, I.C.; ... Turecki, G.; 2011. Dysfunction of Astrocyte Connexins 30 and 43 in Dorsal Lateral Prefrontal Cortex of Suicide Completers. *Biol Psychiatry.*

Fanous, A.H.; Prescott, C.A.; Kendler, K.S.; 2004. The prediction of thoughts of death or self-harm in a population-based sample of female twins. *Psychol Med 34,* 301-312.

Fergusson, D.M.; Woodward, L.J.; Horwood, L.J.; 2000. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med 30,* 23-39.

Fiori, L.M.; Bureau, A.; Labbe, A.; Croteau, J.; Noel, S.; Merette, C. & Turecki, G.; 2011. Global gene expression profiling of the polyamine system in suicide completers. *Int J Neuropsychopharmacol 14,* 595-605.

Fiori, L.M.; Gross, J.A. & Turecki, G.; 2012. Effects of histone modifications on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide. *Int J Neuropsychopharmacol 15,* 1161-1166.

Fiori, L.M.; Turecki, G.; 2011. Epigenetic regulation of spermidine/spermine N1-acetyltransferase (SAT1) in suicide. *Journal of psychiatric research 45,* 1229-1235.

Frisch, C.; Theis, M.; De Souza Silva, M.A.; Dere, E.; Sohl, G.; Teubner, B.; Namestkova, K.; ... Huston, J.P.; 2003. Mice with astrocyte-directed inactivation of connexin 43 exhibit in-

creased exploratory behaviour, impaired motor capacities, and changes in brain acetylcholine levels. *The European journal of neuroscience 18,* 2313-2318.

Fuchikami, M.; Morinobu, S.; Segawa, M.; Okamoto, Y.; Yamawaki, S.; Ozaki, N.; ... Terao, T.; 2011. DNA methylation profiles of the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene as a potent diagnostic biomarker in major depression. *PLoS One 6,* e23881.

Galfalvy, H.; Zalsman, G.; Huang, Y.Y.; Murphy, L.; Rosoklija, G.; Dwork, A.J.; ... Mann, J.J.; 2013. A pilot genome wide association and gene expression array study of suicide with and without major depression. *The world journal of biological psychiatry : the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry 14,* 574-582.

Gilbert, R.; Widom, C.S.; Browne, K.; Fergusson, D.; Webb, E.; Janson, S.; 2009. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet 373,* 68-81.

Gross, J.A.; Fiori, L.M.; Labonte, B.; Lopez, J.P.; Turecki, G.; 2013. Effects of promoter methylation on increased expression of polyamine biosynthetic genes in suicide. *Journal of psychiatric research 47,* 513-519.

Guintivano, J.; Aryee, M.J.; Kaminsky, Z.A.; 2013. A cell epigenotype specific model for the correction of brain cellular heterogeneity bias and its application to age, brain region and major depression. *Epigenetics : official journal of the DNA Methylation Society 8,* 290-302.

Guipponi, M.; Deutsch, S.; Kohler, K.; Perroud, N.; Le Gal, F.; Vessaz, M.; ... Malafosse, A.; 2009. Genetic and epigenetic analysis of SSAT gene dysregulation in suicidal behavior. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 150B,* 799-807.

Heikkinen, M.; Aro, H.; Lonnqvist, J.; 1992. Recent life events and their role in suicide as seen by the spouses. *Acta Psychiatr Scand 86,* 489-494.

Heim, C.; Shugart, M.; Craighead, W.E.; Nemeroff, C.B.; 2010. Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. *Dev Psychobiol 52,* 671-690.

Hertzman, C.; 2012. Putting the concept of biological embedding in historical perspective. *Proc Natl Acad Sci U S A 109*(Suppl 2), 17160-17167.

Howren, M.B.; Lamkin, D.M.; Suls, J.; 2009. Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine 71,* 171-186.

Isung, J.; Aeinehband, S.; Mobarrez, F.; Martensson, B.; Nordstrom, P.; Asberg, M.; Piehl, F.; Jokinen, J.; 2012. Low vascular endothelial growth factor and interleukin-8 in cerebrospinal fluid of suicide attempters. *Translational psychiatry 2,* e196.

Jiang, Y.; Matevossian, A.; Huang, H.S.; Straubhaar, J.; Akbarian, S.; 2008. Isolation of neuronal chromatin from brain tissue. *BMC Neurosci 9,* 42.

Kang, H.J.; Kim, J.M.; Lee, J.Y.; Kim, S.Y.; Bae, K.Y.; Kim, S.W.; ... Yoon, J.S.; 2013. BDNF promoter methylation and suicidal behavior in depressive patients. *J Affect Disord 151,* 679-685.

Karssen, A.M.; Her, S.; Li, J.Z.; Patel, P.D.; Meng, F.; Bunney, W.E.; ... Lyons, D.M.; 2007. Stress-induced changes in primate prefrontal profiles of gene expression. *Mol Psychiatry 25,* 25.

Keller, S.; Sarchiapone, M.; Zarrilli, F.; Videtic, A.; Ferraro, A.; Carli, V.; ... Chiariotti, L.; 2010. Increased BDNF promoter methylation in the Wernicke area of suicide subjects. *Arch Gen Psychiatry 67,* 258-267.

Kim, C.D.; Seguin, M.; Therrien, N.; Riopel, G.; Chawky, N.; Lesage, A.D.; Turecki, G.; 2005. Familial aggregation of suicidal behavior: a family study of male suicide completers from the general population. *Am J Psychiatry 162,* 1017-1019.

Kim, J.M.; Kang, H.J.; Bae, K.Y.; Kim, S.W.; Shin, I.S.; Kim, H.R.; Shin, M.G.; Yoon, J.S.; 2014. Association of BDNF Promoter Methylation and Genotype with Suicidal Ideation in Elderly

Koreans. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry.*

Klempan, T.A.; Rujescu, D.; Merette, C.; Himmelman, C.; Sequeira, A.; Canetti, L.; ... Turecki, G.; 2009. Profiling brain expression of the spermidine/spermine N1-acetyltransferase 1 (SAT1) gene in suicide. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 150B,* 934-943.

Klengel, T.; Mehta, D.; Anacker, C.; Rex-Haffner, M.; Pruessner, J.C.; Pariante, C.M.; ... Binder, E.B.; 2013. Allele-specific FKBP5 DNA demethylation mediates gene-childhood trauma interactions. *Nat Neurosci 16,* 33-41.

Labonte, B.; Suderman, M.; Maussion, G.; Lopez, J.P.; Navarro-Sanchez, L.; Yerko, V.; ... Turecki, G.; 2013. Genome-wide methylation changes in the brains of suicide completers. *Am J Psychiatry 170,* 511-520.

Labonte, B.; Suderman, M.; Maussion, G.; Navaro, L.; Yerko, V.; Mahar, I.; ... Turecki, G.; 2012. Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Arch Gen Psychiatry 69,* 722-731.

Laje, G.; Allen, A.S.; Akula, N.; Manji, H.; John Rush, A.; McMahon, F.J.; 2009. Genome-wide association study of suicidal ideation emerging during citalopram treatment of depressed outpatients. *Pharmacogenetics and genomics 19,* 666-674.

Lansford, J.E.; Dodge, K.A.; Pettit, G.S.; Bates, J.E.; Crozier, J.; Kaplow, J.; 2002. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 156,* 824-830.

Larkin, G.L.; Beautrais, A.L.; 2011. A preliminary naturalistic study of low-dose ketamine for depression and suicide ideation in the emergency department. I*nt J Neuropsychopharmacol 14,* 1127-1131.

Le-Niculescu, H.; Levey, D.F.; Ayalew, M.; Palmer, L.; Gavrin, L.M.; Jain, N.; ... Niculescu, A.B.; 3rd, 2013. Discovery and validation of blood biomarkers for suicidality. *Mol Psychiatry.*

Leszczynska-Rodziewicz, A.; Szczepankiewicz, A.; Narozna, B.; Skibinska, M.; Pawlak, J.; Dmitrzak-Weglarz, M.; Hauser, J.; 2014. Possible association between haplotypes of the FKBP5 gene and suicidal bipolar disorder, but not with melancholic depression and psychotic features, in the course of bipolar disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment 10,* 243-248.

Liang, P.; Song, F.; Ghosh, S.; Morien, E.; Qin, M.; Mahmood, S.; Fujiwara, K.; Igarashi, J.; Nagase, H.; Held, W.A.; 2011. Genome-wide survey reveals dynamic widespread tissue-specific changes in DNA methylation during development. *BMC genomics 12,* 231.

Lieb, R.; Bronisch, T.; Hofler, M.; Schreier, A.; Wittchen, H.U.; 2005. Maternal suicidality and risk of suicidality in offspring: findings from a community study. *Am J Psychiatry 162,* 1665-1671.

Lister, R.; Mukamel, E.A.; Nery, J.R.; Urich, M.; Puddifoot, C.A.; Johnson, N.D.; ... Ecker, J.R.; 2013. Global epigenomic reconfiguration during mammalian brain development. *Science 341,* 1237905.

Liu, D.; Diorio, J.; Tannenbaum, B.; Caldji, C.; Francis, D.; Freedman, A.; ... Meaney, M.J.; 1997. Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science 277,* 1659-1662.

Liu, Y.; Ho, R.C.; Mak, A.; 2012. Interleukin (IL)-6, tumour necrosis factor alpha (TNF-alpha) and soluble interleukin-2 receptors (sIL-2R) are elevated in patients with major depressive disorder: a meta-analysis and meta-regression. *J Affect Disord 139,* 230-239.

Lopez-Castroman, J.; Jaussent, I.; Beziat, S.; Genty, C.; Olie, E.; de Leon-Martinez, V.; ... Guillaume, S.; 2012. Suicidal phenotypes associated with family history of suicidal behavior and early traumatic experiences. *J Affect Disord 142,* 193-199.

Lopez-Castroman, J.; Melhem, N.; Birmaher, B.; Greenhill, L.; Kolko, D.; Stanley, B.; ... Oquendo, M.A.; 2013. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association 12,* 149-154.

López, J.F.; Palkovits, M.; Arato, M.; Mansour, A.; Akil, H.; Watson, S.J.; 1992. Localization and quantification of pro-opiomelanocortin mRNA and glucocorticoid receptor mRNA in pituitaries of suicide victims. *Neuroendocrinology 56,* 491-501.

López, J.P.; Fiori, L.M.; Gross, J.A.; Labonte, B.; Yerko, V.; Mechawar, N.; Turecki, G.; 2014. Regulatory role of miRNAs in polyamine gene expression in the prefrontal cortex of depressed suicide completers. *Int J Neuropsychopharmacol 17,* 23-32.

Malatesta, C.Z.; 1988. The role of emotions in the development and organization of personality. *Nebr Symp Motiv 36,* 1-56.

Mann, J.J.; 2003. Neurobiology of suicidal behaviour. Nature reviews. *Neuroscience 4,* 819-828.

Mann, J.J.; 2013. The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour. Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, *Biological sciences 368,* 20120537.

Mann, J.J.; Apter, A.; Bertolote, J.; Beautrais, A.; Currier, D.; Haas, A.; ... Hendin, H.; 2005. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA : the journal of the American Medical Association 294,* 2064-2074.

Maussion, G.; Yang, J.; Suderman, M.; Diallo, A.; Nagy, C.; Arnovitz, M.; ... Turecki, G.; 2014. Functional DNA methylation in a transcript specific 3'UTR region of TrkB associates with suicide. *Epigenetics : official journal of the DNA Methylation Society 9*.

McGirr, A.; Alda, M.; Seguin, M.; Cabot, S.; Lesage, A.; Turecki, G.; 2009. Familial Aggregation of Suicide Explained by Cluster B Traits: A Three-Group Family Study of Suicide Controlling for Major Depressive Disorder. *Am J Psychiatry*.

McGirr, A.; Diaconu, G.; Berlim, M.T.; Pruessner, J.C.; Sable, R.; Cabot, S.; Turecki, G.; 2010. Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic-pituitary-adrenal axis and executive function in individuals at risk for suicide. *J Psychiatry Neurosci 35,* 399-408.

McGirr, A.; Renaud, J.; Bureau, A.; Seguin, M.; Lesage, A.; Turecki, G.; 2008. Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychol Med 38,* 407-417.

McGowan, P.O.; Sasaki, A.; D'Alessio, A.C.; Dymov, S.; Labonte, B.; Szyf, M.; ... Meaney, M.J.; 2009. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci 12,* 342-348.

Mehta, D.; Gonik, M.; Klengel, T.; Rex-Haffner, M.; Menke, A.; Rubel, J.; ... Binder, E.B.; 2011. Using polymorphisms in FKBP5 to define biologically distinct subtypes of posttraumatic stress disorder: evidence from endocrine and gene expression studies. *Arch Gen Psychiatry 68,* 901-910.

Meissner, A.; Mikkelsen, T.S.; Gu, H.; Wernig, M.; Hanna, J.; Sivachenko, A.; ... Lander, E.S.; 2008. Genome-scale DNA methylation maps of pluripotent and differentiated cells. *Nature 454,* 766-770.

Melas, P.A.; Wei, Y.; Wong, C.C.; Sjoholm, L.K.; Aberg, E.; Mill, J.; ... Lavebratt, C.; 2013. Genetic and epigenetic associations of MAOA and NR3C1 with depression and childhood adversities. *Int J Neuropsychopharmacol 16,* 1513-1528.

Menke, A.; Domschke, K.; Czamara, D.; Klengel, T.; Hennings, J.; Lucae, S.; ... Binder, E.B.; 2012. Genome-wide association study of antidepressant treatment-emergent suicidal ideation. *Neuropsychopharmacology 37,* 797-807.

Mikkelsen, T.S.; Ku, M.; Jaffe, D.B.; Issac, B.; Lieberman, E.; Giannoukos, G.; ... Bernstein, B.E.; 2007. Genome-wide maps of chromatin state in pluripotent and lineage-committed cells. *Nature 448,* 553-560.

Miller, J.M.; Hesselgrave, N.; Ogden, R.T.; Sullivan, G.M.; Oquendo, M.A.; Mann, J.J.; Parsey, R.V.; 2013. Positron emission tomography quantification of serotonin transporter in suicide attempters with major depressive disorder. *Biol Psychiatry 74,* 287-295.

Moscicki, E.K.; 1994. Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of epidemiology 4,* 152-158.

Musselman, D.L.; Lawson, D.H.; Gumnick, J.F.; Manatunga, A.K.; Penna, S.; Goodkin, R.S.; ... Miller, A.H.; 2001. Paroxetine for the prevention of depression induced by high-dose interferon alfa. *The New England journal of medicine 344,* 961-966.

Nakamura, N.; Ruebel, K.; Jin, L.; Qian, X.; Zhang, H.; Lloyd, R.V.; 2007. Laser capture microdissection for analysis of single cells. *Methods in molecular medicine 132,* 11-18.

Nemeroff, C.B.; Owens, M.J.; Bissette, G.; Andorn, A.C.; Stanley, M.; 1988. Reduced corticotropin releasing factor binding sites in the frontal cortex of suicide victims. *Arch Gen Psychiatry 45,* 577-579.

Nemeroff, C.B.; Widerlov, E.; Bissette, G.; Walleus, H.; Karlsson, I.; Eklund, K.; ... Vale, W.; 1984. Elevated concentrations of CSF corticotropin-releasing factor-like immunoreactivity in depressed patients. *Science 226,* 1342-1344.

O'Connor, R.C.; 2011. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour, In: O'Connor, R.C.; Platt, S.; Gordon, J. (Eds.), International handbook of suicide prevention : research, policy and practice. John Wiley & Sons, Chichester ; Malden, MA, pp. xv, 677 p.

Pandey, G.N.; Ren, X.; Rizavi, H.S.; Conley, R.R.; Roberts, R.C.; Dwivedi, Y.; 2008. Brain-derived neurotrophic factor and tyrosine kinase B receptor signalling in post-mortem brain of teenage suicide victims. *Int J Neuropsychopharmacol 11,* 1047-1061.

Pandey, G.N.; Rizavi, H.S.; Ren, X.; Fareed, J.; Hoppensteadt, D.A.; Roberts, R.C.; ... Dwivedi, Y.; 2012. Proinflammatory cytokines in the prefrontal cortex of teenage suicide victims. *Journal of psychiatric research 46,* 57-63.

Perlis, R.H.; Huang, J.; Purcell, S.; Fava, M.; Rush, A.J.; Sullivan, P.F.; ... Smoller, J.W.; 2010. Genome-wide association study of suicide attempts in mood disorder patients. *Am J Psychiatry 167,* 1499-1507.

Perlis, R.H.; Ruderfer, D.; Hamilton, S.P.; Ernst, C.; 2012. Copy number variation in subjects with major depressive disorder who attempted suicide. *PLoS One 7,* e46315.

Perroud, N.; Bondolfi, G.; Uher, R.; Gex-Fabry, M.; Aubry, J.M.; Bertschy, G.; ... Kosel, M.; 2011a. Clinical and genetic correlates of suicidal ideation during antidepressant treatment in a depressed outpatient sample. *Pharmacogenomics 12,* 365-377.

Perroud, N.; Dayer, A.; Piguet, C.; Nallet, A.; Favre, S.; Malafosse, A.; Aubry, J.M.; 2014. Childhood maltreatment and methylation of the glucocorticoid receptor gene NR3C1 in bipolar disorder. *Br J Psychiatry 204,* 30-35.

Perroud, N.; Paoloni-Giacobino, A.; Prada, P.; Olie, E.; Salzmann, A.; Nicastro, R.; ... Malafosse, A.; 2011b. Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: a link with the severity and type of trauma. *Translational psychiatry 1,* e59.

Perroud, N.; Uher, R.; Ng, M.Y.; Guipponi, M.; Hauser, J.; Henigsberg, N.; ... McGuffin, P.; 2012. Genome-wide association study of increasing suicidal ideation during antidepressant treatment in the GENDEP project. *The pharmacogenomics journal 12,* 68-77.

Pfeffer, C.R.; Stokes, P.; Shindledecker, R.; 1991. Suicidal behavior and hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis indices in child psychiatric inpatients. *Biol Psychiatry 29,* 909-917.

Price, R.B.; Iosifescu, D.V.; Murrough, J.W.; Chang, L.C.; Al Jurdi, R.K.; Iqbal, S.Z.; ... Mathew, S.J.; 2014. Effects of ketamine on explicit and implicit suicidal cognition: a randomized controlled trial in treatment-resistant depression. *Depression and anxiety 31,* 335-343.

Qin, P.; Agerbo, E.; Bo Mortensen, P.; 2002. Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet 360,* 1126.

Raadsheer, F.C.; Hoogendijk, W.J.; Stam, F.C.; Tilders, F.J.; Swaab, D.F.; 1994. Increased numbers of corticotropin-releasing hormone expressing neurons in the hypothalamic paraventricular nucleus of depressed patients. *Neuroendocrinology 60,* 436-444.

Raadsheer, F.C.; van Heerikhuize, J.J.; Lucassen, P.J.; Hoogendijk, W.J.; Tilders, F.J.; Swaab, D.F.; 1995. Corticotropin-releasing hormone mRNA levels in the paraventricular nucleus of patients with Alzheimer's disease and depression. *Am J Psychiatry 152,* 1372-1376.

Raison, C.L.; Borisov, A.S.; Broadwell, S.D.; Capuron, L.; Woolwine, B.J.; Jacobson, I.M.; ... Miller, A.H.; 2005. Depression during pegylated interferon-alpha plus ribavirin therapy: prevalence and prediction. *The Journal of clinical psychiatry 66,* 41-48.

Raison, C.L.; Capuron, L.; Miller, A.H.; 2006. Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in immunology 27,* 24-31.

Raison, C.L.; Miller, A.H.; 2003. When not enough is too much: the role of insufficient glucocorticoid signaling in the pathophysiology of stress-related disorders. *Am J Psychiatry 160,* 1554-1565.

Rajkowska, G.; 2000. Postmortem studies in mood disorders indicate altered numbers of neurons and glial cells. *Biol Psychiatry 48,* 766-777.

Razzoli, M.; Domenici, E.; Carboni, L.; Rantamaki, T.; Lindholm, J.; Castren, E.; Arban, R.; 2011. A role for BDNF/TrkB signaling in behavioral and physiological consequences of social defeat stress. *Genes, brain, and behavior 10,* 424-433.

Rose, C.R.; Blum, R.; Pichler, B.; Lepier, A.; Kafitz, K.W.; Konnerth, A.; 2003. Truncated TrkB-T1 mediates neurotrophin-evoked calcium signalling in glia cells. *Nature 426,* 74-78.

Roth, T.L.; Lubin, F.D.; Funk, A.J.; Sweatt, J.D.; 2009. Lasting epigenetic influence of early-life adversity on the BDNF gene. *Biol Psychiatry 65,* 760-769.

Roth, T.L.; Zoladz, P.R.; Sweatt, J.D.; Diamond, D.M.; 2011. Epigenetic modification of hippocampal Bdnf DNA in adult rats in an animal model of post-traumatic stress disorder. *Journal of psychiatric research 45,* 919-926.

Roy, A.; 1992. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and suicidal behavior in depression. *Biol Psychiatry 32,* 812-816.

Roy, A.; Gorodetsky, E.; Yuan, Q.; Goldman, D.; Enoch, M.A.; 2010. Interaction of FKBP5, a stress-related gene, with childhood trauma increases the risk for attempting suicide. *Neuropsychopharmacology 35,* 1674-1683.

Roy, A.; Hodgkinson, C.A.; Deluca, V.; Goldman, D.; Enoch, M.A.; 2012. Two HPA axis genes, CRHBP and FKBP5, interact with childhood trauma to increase the risk for suicidal behavior. *Journal of psychiatric research 46,* 72-79.

Sareen, J.; Cox, B.J.; Afifi, T.O.; de Graaf, R.; Asmundson, G.J.G.; ten Have, M.; Stein, M.B.; 2005. Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts: A Population-Based Longitudinal Study of Adults. *Arch Gen Psychiatry 62,* 1249-1257.

Schosser, A.; Butler, A.W.; Ising, M.; Perroud, N.; Uher, R.; Ng, M.Y.; ... Lewis, C.M.; 2011. Genomewide Association Scan of Suicidal Thoughts and Behaviour in Major Depression. *PLoS One 6,* e20690.

Sequeira, A.; Gwadry, F.G.; Ffrench-Mullen, J.M.; Canetti, L.; Gingras, Y.; Casero, R.A.; ... Turecki, G.; 2006. Implication of SSAT by gene expression and genetic variation in suicide and major depression. *Arch Gen Psychiatry 63,* 35-48.

Sequeira, A.; Mamdani, F.; Ernst, C.; Vawter, M.P.; Bunney, W.E.; Lebel, V.; ... Turecki, G.; 2009. Global brain gene expression analysis links glutamatergic and GABAergic alterations to suicide and major depression. *PLoS One 4,* e6585.

Serafini, G.; Pompili, M.; Elena Seretti, M.; Stefani, H.; Palermo, M.; Coryell, W.; Girardi, P.; 2013. The role of inflammatory cytokines in suicidal behavior: a systematic review. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology 23,* 1672-1686.

Shelton, R.C.; Claiborne, J.; Sidoryk-Wegrzynowicz, M.; Reddy, R.; Aschner, M.; Lewis, D.A.; Mirnics, K.; 2011. Altered expression of genes involved in inflammation and apoptosis in frontal cortex in major depression. *Mol Psychiatry 16,* 751-762.

Silverman, M.M.; 2006. The language of suicidology. *Suicide Life Threat Behav 36,* 519-532.

Smith, P.N.; Gamble, S.A.; Cort, N.A.; Ward, E.A.; Conwell, Y.; Talbot, N.L.; 2012. The relationships of attachment style and social maladjustment to death ideation in depressed women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of clinical psychology 68,* 78-87.

Stanley, M.; Mann, J.J.; 1983. Increased serotonin-2 binding sites in frontal cortex of suicide victims. *Lancet 1,* 214-216.

Stanley, M.; Virgilio, J.; Gershon, S.; 1982. Tritiated imipramine binding sites are decreased in the frontal cortex of suicides. *Science 216,* 1337-1339.

Steiner, J.; Bielau, H.; Brisch, R.; Danos, P.; Ullrich, O.; Mawrin, C.; ... Bogerts, B.; 2008. Immunological aspects in the neurobiology of suicide: elevated microglial density in schizophrenia and depression is associated with suicide. *Journal of psychiatric research 42,* 151-157.

Sublette, M.E.; Galfalvy, H.C.; Fuchs, D.; Lapidus, M.; Grunebaum, M.F.; Oquendo, M.A.; ... Postolache, T.T.; 2011. Plasma kynurenine levels are elevated in suicide attempters with major depressive disorder. *Brain, behavior, and immunity 25,* 1272-1278.

Supriyanto, I.; Sasada, T.; Fukutake, M.; Asano, M.; Ueno, Y.; Nagasaki, Y.; ... Hishimoto, A.; 2011. Association of FKBP5 gene haplotypes with completed suicide in the Japanese population. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 35,* 252-256.

Szigethy, E.; Conwell, Y.; Forbes, N.T.; Cox, C.; Caine, E.D.; 1994. Adrenal weight and morphology in victims of completed suicide. *Biol Psychiatry 36,* 374-380.

Tidemalm, D.; Runeson, B.; Waern, M.; Frisell, T.; Carlstrom, E.; Lichtenstein, P.; Langstrom, N.; 2011. Familial clustering of suicide risk: a total population study of 11.4 million individuals. *Psychol Med 41,* 2527-2534.

Tonelli, L.H.; Stiller, J.; Rujescu, D.; Giegling, I.; Schneider, B.; Maurer, K.; ... Postolache, T.T.; 2008. Elevated cytokine expression in the orbitofrontal cortex of victims of suicide. *Acta Psychiatr Scand 117,* 198-206.

Torres-Platas, S.G.; Cruceanu, C.; Chen, G.G.; Turecki, G.; Mechawar, N.; 2014. Evidence for increased microglial priming and macrophage recruitment in the dorsal anterior cingulate white matter of depressed suicides. *Brain, behavior, and immunity*.

Torres-Platas, S.G.; Hercher, C.; Davoli, M.A.; Maussion, G.; Labonte, B.; Turecki, G.; Mechawar, N.; 2011. Astrocytic Hypertrophy in Anterior Cingulate White Matter of Depressed Suicides. *Neuropsychopharmacology*.

Turecki, G.; 2001. Suicidal Behavior: Is There a Genetic Predisposition? *Bipolar Disorders 3,* 335-349.

Turecki, G.; Ernst, C.; Jollant, F.; Labonte, B.; Mechawar, N.; 2012. The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in neurosciences 35,* 14-23.

Turecki, G. & Brent, D.A. (Mar 2016). Suicide and Suicidal Behavior. *Lancet, 19;*387(10024):1227-39.

van der Knaap, L.J.; Riese, H.; Hudziak, J.J.; Verbiest, M.M.; Verhulst, F.C.; Oldehinkel, A.J.; van Oort, F.V.; 2014. Glucocorticoid receptor gene (NR3C1) methylation following stressful events between birth and adolescence. The TRAILS study. *Translational psychiatry 4,* e381.

von Borczyskowski, A.; Lindblad, F.; Vinnerljung, B.; Reintjes, R.; Hjern, A.; 2011. Familial factors and suicide: an adoption study in a Swedish National Cohort. *Psychol Med 41,* 749-758.

Wang, S.S.; Kamphuis, W.; Huitinga, I.; Zhou, J.N.; Swaab, D.F.; 2008. Gene expression analysis in the human hypothalamus in depression by laser microdissection and real-time PCR: the presence of multiple receptor imbalances. *Mol Psychiatry 13,* 786-799, 741.

Wanner, B.; Vitaro, F.; Tremblay, R.E.; Turecki, G.; 2012. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness explain the association between early-life adversity and attempted suicide. *Psychol Med,* 1-10.

Weaver, I.C.; Cervoni, N.; Champagne, F.A.; D'Alessio, A.C.; Sharma, S.; Seckl, J.R.; ... Meaney, M.J.; 2004. Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci 7,* 847-854.

Weder, N.; Zhang, H.; Jensen, K.; Yang, B.Z.; Simen, A.; Jackowski, A.; ... Kaufman, J.; 2014. Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 53,* 417-424 e415.

Willour, V.L.; Chen, H.; Toolan, J.; Belmonte, P.; Cutler, D.J.; Goes, F.S.; ... Potash, J.B.; 2009. Family-based association of FKBP5 in bipolar disorder. *Mol Psychiatry 14,* 261-268.

Willour, V.L.; Seifuddin, F.; Mahon, P.B.; Jancic, D.; Pirooznia, M.; Steele, J.; ... Potash, J.B.; 2012. A genome-wide association study of attempted suicide. *Mol Psychiatry 17,* 433-444.

World Health Organization, 2013. Mental health action plan 2013-2020. WHO Press, Geneva, Switzerland.

Xin, Y.; Chanrion, B.; Liu, M.M.; Galfalvy, H.; Costa, R.; Ilievski, B.; ... Haghighi, F.; 2010. Genome-wide divergence of DNA methylation marks in cerebral and cerebellar cortices. *PLoS One 5,* e11357.

Xin, Y.; O'Donnell, A.H.; Ge, Y.; Chanrion, B.; Milekic, M.; Rosoklija, G.; ... Haghighi, F.G.; 2011. Role of CpG context and content in evolutionary signatures of brain DNA methylation. Epigenetics : official journal of the DNA *Methylation Society 6,* 1308-1318.

Yang, B.Z.; Zhang, H.; Ge, W.; Weder, N.; Douglas-Palumberi, H.; Perepletchikova, F.; ... Kaufman, J.; 2013. Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk. *American journal of preventive medicine 44,* 101-107.

Yanowitch, R.; Coccaro, E.F.; 2011. The neurochemistry of human aggression. *Advances in genetics 75,* 151-169.

Zhang, X.; Yazaki, J.; Sundaresan, A.; Cokus, S.; Chan, S.W.; Chen, H.; ... Ecker, J.R.; 2006. Genome-wide high-resolution mapping and functional analysis of DNA methylation in arabidopsis. *Cell 126,* 1189-1201.

Relatoría de los encuentros nacionales de debate público

Entre los meses de julio y noviembre de 2016 se realizaron encuentros regionales de sensibilización de la problemática de la conducta suicida a lo largo de todo el territorio nacional. Éstos tuvieron una estrecha vinculación, en su coordinación, con la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Adm. de Servicios de Salud del Estado (ASSE), así como con los Centros Regionales de la Universidad de la República (UdelaR), los que actuaron como plataforma de trabajo de la temática a nivel local.

Los encuentros, enmarcados en el proyecto "70 años de suicidio en Uruguay", pretendieron contribuir a la concreción de algunos de los objetivos centrales de la propuesta:

a. Consolidar y ampliar la colaboración, dando continuidad al trabajo coordinado entre las más diversas disciplinas, instituciones y actores regionales y locales.
b. Comprometer mediante debates públicos a la sociedad civil y actores políticos locales sobre la temática en cuestión.
c. Fomentar la discusión-intercambio sobre las barreras socioculturales que interfieren en el abordaje de la conducta suicida así como las dificultades y facilidades que los recursos mencionados identifican en poblaciones específicas.
d. Visibilizar, plantear y discutir la heterogeneidad de la temática a nivel país, según regiones, que determinen estrategias de intervención específicas.
e. Sensibilizar a la opinión pública y al sector político acerca de la comprensión del fenómeno del suicidio en la población uruguaya.

Sedes de los encuentros

La localización de los encuentros regionales procuró conjugar tres aspectos importantes, a saber: lugares donde la UdelaR presenta un anclaje importante con la sociedad civil y política local (Regional Norte Sede Salto, CENUR Noroeste Tacuarembó, CURE Rocha, Montevideo), las Redes Integrales de Servicios de Salud de las Regiones de ASSE, y los departamentos, que históricamente presentan mayores índices de suicidio. De esta manera, si bien originalmente se previeron siete encuentros, en consonancia con la caracterización general de la propuesta, se con-

cretaron cinco instancias sobre la base de la distribución territorial de ASSE, la disponibilidad de UdelaR y la accesibilidad de los concurrentes.

En la siguiente tabla se presentan los departamentos sede de los encuentros regionales, los departamentos convocados para cada encuentro, la fecha y lugar de realización y el número de subgrupos de discusión y de asistentes por encuentro.

Depto. sede	Deptos. que incluyen	Fecha	Lugar	Sub grupos	Asistentes
Rocha	Rocha, Maldonado, Treinta y Tres, Lavalleja, Cerro Largo	22/VII/2016	CURE-Rocha	5	125
San José	San José, Colonia, Soriano, Río Negro, Paysandú, Flores y Florida	5/VIII/2016	Espacio Cultural	5	100
Durazno	Durazno, Tacuarembó, Artigas y Rivera	19/VIII/16	Sala Lavalleja	4	80
Salto.	Salto, (Paysandú), Artigas, Tacuarembó y Rivera	19 /X/2016	Palacio Córdoba	5	80
Montevideo	Montevideo, Canelones	30/XI/2016	Salón Actos Fac. Humanidades y C. de la Ed.-UdelaR	4	42
			Total	23	427

Público objetivo

La convocatoria incluyó un amplio espectro de actores, abarcando desde público general interesado en la temática a representantes de instituciones y organismos de gobierno local. Fueron invitados y participaron integrantes de las Mesas Interinstitucionales Departamentales (Sector Educación/CERP/IFD; Sector Salud; Ministerio de Desarrollo Social-MIDES-; Ministerio del Interior -MI-/policía comunitaria; Intendencias), profesores de enseñanza primaria, secundaria y UTU, estudiantes y docentes universitarios, profesionales y personal de instituciones sanitarias públicas y privadas locales así como sociedad civil, actores políticos locales y familiares de protagonistas de IAE. Dentro de la sociedad civil interesa destacar la participación de las asociaciones de padres de las instituciones educativas, las asociaciones de usuarios del sistema sanitario, organizaciones juveniles y ONGs. Entre los actores políticos locales participaron ediles y representantes de las juntas locales, de las divisiones sanitarias de las Intendencias así como de usuarios de la salud.

Metodología

Se trabajó con una metodología de taller, combinando técnicas expositivas y discusión grupal, con síntesis plenaria, priorizando el intercambio entre los asistentes. Los grupos de trabajo se conformaron voluntariamente bajo la consigna de ser heterogéneos en cuanto a formación y desempeño laboral, procedencia departamental y pertenencia institucional. Asimismo se definieron dos grandes ejes de discusión para el trabajo grupal:

a. identificación de fortalezas (facilidades) y debilidades (obstáculos) locales para abordar el problema y;
b. percepciones sobres los factores explicativos del fenómeno a nivel local. En este segundo eje también se habilitó a introducir libremente preguntas, demandas, sugerencias o experiencias valiosas; es decir todo aquello que los grupos desearan comunicar o compartir.

La discusión grupal se colectivizó y sistematizó en plenarias de síntesis, las que se grabaron con autorización previa de los asistentes. Cada encuentro tuvo una duración de 3 horas (ver programa general en anexos).

Manejo de la Información

Con la información obtenida de los 23 grupos que intervinieron se construyó una tabla que agrupó, sintetizó y reorganizó el aporte de cada uno. Así se identificaron siete dimensiones en torno a las cuales giraron el interés y las opiniones de los participantes. Un análisis inicial puede sugerir la presencia de opiniones aparentemente contradictorias. Sin embargo, un examen más profundo indica que las mismas provienen de la heterogeneidad de los grupos ya señalada y expresa la rica complejidad del tema en estudio al intentar comprenderlo localmente.

Resultados: entre el tener y el ser

Como ya se indicó, la primera parte de la tarea encomendada a los subgrupos fue pensar y debatir conjuntamente sobre las fortalezas y las debilidades locales para prevenir y atender el problema del suicidio. Fue diseñada como una consigna muy abierta y libre, que demandaba hacer un balance de los elementos y recursos que poseen o aquellos de los que carecen, para enfrentar y afrontar el problema del suicidio en la cotidianeidad. Se partía de la base que los asistentes, por su especificidad profesional, su experiencia existencial y por su pertenencia local, podían aportar una fotografía que permitiera mapear necesidades, obstáculos, demandas, iniciativas locales valiosas, entre otras.

Los resultados de este primera parte del trabajo en subgrupos aparecen en las dos primeras columnas de la tabla. Son sobre todo informaciones centradas en el tener (o el no tener); es decir, una contabilidad de lo externo a los sujetos.

Pero el trabajo se complementaba con otras dos preguntas abiertas que pedían intentar comprender el fenómeno desde su perspectiva local y otra más abierta aún que daba la libertad de incluir todo aquello que los grupos consideraran importante, "aquello que quisieran decir". Sus resultados aparecen sintetizados en las dos columnas de la derecha y nos aportan afirmaciones, opiniones, sugerencias, demandas centradas no ya en el tener/no tener, sino en el ser, es decir, que incorporan aspectos subjetivos y existenciales de los asistentes luego de haber sido enfrentados a las altas cifras del fenómeno en sus localidades.

Esas respuestas exigieron una labor de introspección grupal y nos aportan la autopercepción de esos actores locales sobre la sociedad en la que viven, enfoques muy críticos en un intento por otorgar sentido a un asunto de difícil comprensión, que parece requerir la inclusión de la "culpa".

Cabe agregar que al analizar la información recibida es posible advertir que pensar en las debilidades, es decir, aquello que "no tenemos", la "falta de…", fue también una oportunidad para que varios grupos introdujeran reflexiones explicativas sobre sus propias características locales que complementan lo expresado al reflexionar sobre sí mismos y sobre las causa del fenómeno en su comunidad o región.

Todo esto muestra que los encuentros permitieron a los asistentes reflexionar sobre dos grandes cuestiones implicadas en la muerte autoinflingida: el tener y el ser. En base a esos aspectos se presentarán los resultados.

A continuación se procurará hacer una síntesis de las principales conclusiones organizándolas de acuerdo a las siete dimensiones identificadas.

A. Fortalezas (tener) y debilidades (no tener)

1. **En relación a la población,** en general se destaca una mayor apertura ("se habla más) y sensibilidad por parte de la población hacia la salud mental y la temática del suicidio, a pesar de que sigue constituyendo un tema tabú. Esto es particularmente resaltado en los encuentros de Rocha, San José y Salto, lo que probablemente coincide con una mayor movilización social en relación a la problemática.

Los participantes de Montevideo destacan, como un factor positivo, la mejora en los índices de ocupación, con mayor inserción laboral, lo que permite construir proyectos de vida y reduce los niveles de desesperanza.

Algunos departamentos consideran que las dimensiones reducidas de su población deberían percibirse como una fortaleza en tanto podrían facilitar el trabajo con la comunidad. Durazno rescata la ventaja de una "comunidad a nivel metropolitano que permite fácil y rápido acceso a policlínicas o centros"

A pesar de estas fortalezas, existe consenso en que la temática del suicidio sigue siendo resistida por motivos socio culturales, con fenómenos como la negación, el temor, la prohibición como reacciones características.

A esto se suma el reconocimiento de un fenómeno de ruptura del entramado social, en detrimento del involucramiento solidario por parte de la comunidad (Durazno, Salto) y con mayor individualismo. Igualmente se señalan fallas de la familia en su corresponsabilidad como garante del ejercicio de derechos de niños y adolescentes, marcándose su tendencia a trasladar dicha responsabilidad a los profesionales y técnicos (Salto).

Se reconocen vulnerabilidades específicas en algunos sectores sociales: en el adulto mayor se destacan circunstancias como invisibilidad, discriminación, soledad, depresión y maltrato; en los adolescentes y jóvenes la naturalización de conductas autodestructivas y en el sector policial las características asociadas a su trabajo: acceso a armas, violencia, poco reconocimiento.

Se percibe incapacidad para el ejercicio de los derechos por parte de los ciudadanos, que desconocen los recursos disponibles o las formas de acceder a ellos. A veces puede haber recursos disponibles pero no ser utilizados por falta de información sobre su existencia.

2. **En relación a las políticas públicas**, se identifican avances en materia de promoción y prevención, con más recursos y espacios disponibles a nivel educativo, sanitario, deportivo y social.

Se destaca la existencia de un Plan Nacional de Salud Mental (Salto)la presencia de Indicadores en la atención en salud (Montevideo) y la captación del problema en primer y segundo nivel en salud (San José). Asimismo Montevideo consideró una fortaleza las posibilidades de mayor acceso a los servicios de salud y a la atención con profesionales de la salud mental, la importancia de actividades culturales, deportivas y educativas para adolescentes y la existencia de redes de apoyo para adultos mayores

En contraste, Montevideo resaltó la ausencia de políticas basadas en una investigación rigurosa y regional del problema. Este señalamiento se vincula estrechamente con un reclamo compartido en relación a la excesiva centralidad de las políticas y a la falta de ajuste a las especificidades locales, lo que disminuye su capacidad de respuesta, produce repercusiones a la hora de ser implementadas y genera heterogeneidades según departamento o región. Estos problemas se reflejan en las

descoordinaciones de las redes que pueden existir, con incidencia negativa en la definición y distribución de responsabilidades (quién hace qué), en la optimización de los recursos (Artigas) o en el acceso a zonas alejadas en ciertos departamentos con menor densidad de población y especialmente en zonas rurales (Durazno). Ligada a esta percepción hay una demanda de políticas específicas, incluyendo el seguimiento de los pacientes o familias involucradas en la problemática y la necesidad de "cuidar al que cuida".

También se advierte como un obstáculo la fuerte sectorialización del problema en el sector salud y en la salud mental, con poca implicancia de otros como el sector educativo en algunos lugares. En San José y Salto se menciona la existencia de políticas hacia algunas franjas etarias (niños y adolescentes) pero inexistencia para otras que precisamente ostentan alto índice de suicidio (jóvenes). También se destaca la falta de espacios de socialización (Rocha, San José, Durazno).

En el sector penitenciario y policial se reconoce la falta de políticas de reinserción social para personas privadas de libertad (PPL) y la falta de asistencia psicológica a la policía.

3. **Sobre la Coordinación interinstitucional e intersectorial,** se destaca el trabajo interinstitucional pero a la vez se reconocen problemas en la coordinación y en los ajustes a las especificidades locales. Se señala que las definiciones y voluntades existen pero falla la comunicación intra e interinstitucional. En alguna región se resalta la falta de complementariedad entre el sector público y privado (Salto).

4. **En relación a Normativas y herramientas,** hay un reconocimiento de la utilidad del Formulario de Registro obligatorio (FRO) para IAE y de la existencia de protocolos (por ej en Espacios adolescentes). Sin embargo se señala que las normativas y protocolizaciones tienen dificultades en su implementación y hay fallas en el registro y uso de la información.

5. **Sobre los Recursos Humanos,** se reconoce como avance la mayor preparación de los RR.HH., con consolidación de los profesionales en los sectores salud y educación (Rocha, Salto y Montevideo). Sin embargo hay una opinión unánime sobre la escasez de recursos, especialmente en algunas regiones (San José, Flores) o sobre la mala gestión de los mismos (Rocha, Montevideo), lo que redunda en dificultades para el acceso a los servicios disponibles, con tiempos lentos y esperas prolongadas. Estos problemas se hacen más ostensibles en relación al acceso a especialistas y tratamientos específicos, a veces por inadecuados procesos de referencia.

Hay también concordancia en las distintas regiones sobre la estigmatización, falta de empatía y por tanto de reconocimiento y compromiso ante pacientes con

conducta suicida y sus familias, presentando dificultades en la interacción o el seguimiento (Rocha, Durazno, Salto, Montevideo). Esta visión se acentúa en torno a los servicios de emergencia.

6. **En cuanto a la Formación,** hay una opinión unánime sobre la escasa formación en la temática de los profesionales de la salud y la educación. También aparece preocupación por el bajo nivel de capacitación de los medios de comunicación en Durazno, Salto.

7. **En relación a la Información,** se reconocen esfuerzos para humanizar la problemática (Rocha, San José, Salto). Sin embargo se considera importante contar con datos de suicidio o IAE y divulgar los mismos. En todas las regiones se reconoce la necesidad de desarrollar ámbitos para hablar del suicidio, para sensibilizar en torno al tema y orientar a la población sobre los recursos disponibles.

B.I. Percepciones sobre la explicación del suicidio a nivel local

En relación a esta consigna de reflexión, surgió una interrogante repetida que puede considerarse el hilo conductor del debate sobre las causas locales del fenómeno y que pone en cuestión el saber científico instituido sobre el suicidio: *"Herencia: ¿mito o realidad?"* se preguntaba con lucidez un grupo en Montevideo, mientras que en San José se expresaba: *"Dudas sobre sus causas: ¿es un problema genético o una construcción social?"*. Las opiniones mayoritarias concluyen que se conjugan ambos fenómenos. La interrogante es por demás interesante porque se entrecruza con un reclamo también repetido sobre la necesidad de investigar y actuar, expresado de formas diferentes: *"No tenemos investigación multidisciplinaria profunda con experiencia en determinadas regiones en torno al suicidio"* (Montevideo) o "*Falta mucho para la comprensión…No hay una comprensión profunda de la temática*" (Salto).

Los grupos señalaron la importancia de descentrar el problema de la salud para poder pensar con mayor amplitud, desde una perspectiva contextual sociocultural. En este sentido, el factor económico es visto como una variable más, pero no determinante de la muerte autoinflingida. En relación a ello, los grupos reflexionaron: "*no parece ser un tema económico, ya que por ejemplo Flores tiene una buena posición socioeconómica"* (San José); o *"no es solo un problema económico, grandes carencias no hay"* (Rocha).

Predomina una percepción de la sociedad local afectada negativamente por la cultura neoliberal. Se insiste en ciertas características propias de una sociedad fragmentada, que estimula la competitividad y el éxito individual y que ve "al otro" como un opositor, un competidor, que tampoco es escuchado, aspectos señalados recurrentemente por algunos cientistas sociales actuales.

Los grupos lo manifiestan explícitamente al resaltar que perciben "*Fracturación, ruptura de entramado social y de espiritualidad colectiva, individualismo, dificultad de empatizar, (una característica de Durazno)"*o una *"cultura competitiva y ligada al éxito"*(Montevideo)

Es posible reconocer en algunas especificidades locales, señaladas en la descripción de ciertas características de la comunidad de pertenencia, el intento de buscar fenómenos explicativos al suicidio y la conducta suicida. Se menciona hermetismo y juicios sociales fuertes, el desarraigo, la discriminación y la ruptura de redes solidarias.

Mientras Rocha enfatiza la crítica social del otro: "*Sociedad discriminatoria, que juzga, altos niveles de crítica social",* en Durazno se jerarquiza la falta de cohesión social y de vínculos solidarios: "*Sociedad Juzga y no da ayuda… carencia de afecto, comprensión, tolerancia, solidaridad"*. El encuentro de San José afirma que es una *"Población hermética y cerrada"* y en la capital, con importante migración interna, los grupos expresaron que es un problema *"No sentirse perteneciente al lugar, no encajar, no se adapta"*.

En algunas regiones como en San José se jerarquizan problemas sociales emergentes como las *"adicciones, inestabilidad familiar, baja tolerancia a las frustraciones (en adolescentes),soledad, conducta imitativa"*. En una línea similar, Salto afirma que la comprensión supone abordar*: "Problemáticas sociales, exclusión, familias disfuncionales, consumo de sustancias, baja tolerancia a la frustración, violencia doméstica y abuso sexual"*.

La institución familiar aparece reiteradamente cuestionada. En efecto, se atribuye una fuerte responsabilidad a las fallas familiares, que se expresan de manera más directa en el encuentro de Durazno o indirecta en Montevideo, ligadas a las dificultades en los estilos de crianza y comunicación o a la disfuncionalidad como estructura de contención según franjas etarias: *"Fallas en la crianza, falta de diálogo"* (San José) o *"familias no aptas para tratar el tema. No se responsabiliza del tema… Con gurises, son consecuencia de decisiones horribles que toman los adultos"* (Durazno).

Montevideo resalta el desamparo del adulto mayor: "*Vejez: el estigma del viejo y su invisibilidad. Adulto mayor: soledad, maltrato, depresión"*.

Como se observa en este segundo eje, los grupos debieron abordar aspectos existenciales y subjetivos de los participantes para intentar comprender el fenómeno del suicidio en su contexto. Así se hizo presente la subjetividad de los informantes.

En Rocha y Montevideo se adjudicó el suicidio explícitamente en la presencia de sentimientos como la soledad, el desarraigo, el miedo, el enojo, la impulsividad, la vergüenza "sentirse solo", "ser un peso para el otro" y el establecimiento de víncu-

los superficiales (Montevideo); en Rocha aparece asociado al trabajo zafral y a las circunstancias ligadas a este fenómeno.

Finalmente importa destacar que si se observa cuidadosamente la información relevada al reflexionaren las debilidades locales, éstas presentan sensibles coincidencias con lo manifestado en esta primera parte del segundo eje de debate.

B.2. ¿Interrogantes, sugerencias, deseos de acciones posibles?

Aparece en forma recurrente la necesidad de actuar para eliminar los mitos en torno al suicidio, educar desde la infancia y hablar más del tema así como formar en ciudadanía capacitada para exigir sus derechos (*"Hablar más del tema" , "concretar pasos para avanzar. Trabajar con las familias*.", Salto)

Este último aspecto tiene relación con el ítem de políticas públicas, en que se sugirió la necesidad de desarrollar políticas de prevención, formando en habilidades para la vida, aumentando los espacios de referencia y de encuentros (Rocha) y abordando directamente las familias. En este sentido se propone mejorar las herramientas disponibles (Durazno), trabajar con estudiantes supervisados, tratando de anticiparse al problema antes de llegar a la emergencia (Salto), fortalecer los procesos de seguimiento una vez instalada la conducta suicida (Rocha, Durazno, Salto) y mejorar los procesos de registro y disponibilidad de la información de eventos que operan como factores de riesgo: " *que la información baje al primer nivel… conexión entre licenciadas de enfermería para hacer seguimiento de casos, territorializadas, con registros* (Salto); "*registrar cosas que suceden: depresiones, cortes, abuso de sustancias*" (Durazno).

La necesidad de mejorar los procesos de planificación en función de las necesidades específicas, con un criterio de descentralización, territorialización e intersectorialidad fue un señalamiento reiterado, que se condensa en las propuestas sugeridas en dos de las regiones: *"planificación a nivel territorial, con población asignada a un equipo para que las personas internadas sean seguidas"* (Salto) y "*Hacer un plan hacia la comunidad …que se generen redes comunitarias de acuerdo a la región*" (Montevideo). Otras propuestas relacionadas son optimizar la gestión de los recursos humanos y de los tiempos institucionales para mejorar la atención del problema y la articulación interinstitucional, ampliar la policía comunitaria (San José) y trabajar con los medios de comunicación para que informen adecuadamente.

A modo de síntesis, y siguiendo la sugerencia del encuentro en Montevideo, las propuestas pueden agruparse en tres ejes: a) mejorar la comprensión de la conducta suicida profundizando la investigación, b) desarrollar una política pública que no esté centrada en la salud mental y en el MSP y c) promover procesos de articulación intersectorial y basada en redes comunitarias, de acuerdo a la región.

Reflexiones finales

Por último, y a modo de cierre provisorio, conviene señalar la responsabilidad, compromiso y respeto con que cada uno de los veintitrés grupos participantes respondió a la tarea. Nos consta que fue un trabajo realizado en forma amena pero con pasión y convicción. Sin ello este trabajo no hubiera sido posible.

Asimismo debemos expresar que los encuentros fueron instancias de enorme crecimiento para este grupo investigador. Los ámbitos presenciales nos permitieron tematizar con otros sobre la complejidad de lo humano, independientemente de los juicios de valor que el acto suicida puede generar en cada uno de nosotros.

Por otra parte, en cada reunión el equipo asumía la responsabilidad, además de la divulgación y sensibilización, de promover avances locales en la concreción de nuevos niveles de coordinación y planes de acción, tal como se sugirió en el encuentro en Salto: *"No alcanza con dar un taller sino concretar pasos para avanzar"*.

En suma, estos fueron espacios de encuentro y de debate en que los actores locales, además de la oportunidad de dialogar y generar nuevos puntos de encuentro, nos sugirieron algunos caminos a seguir. En eso estamos.

Dimensiones	Fortalezas o facilitadores (tener)	Debilidades u obstáculos (no tener)	Explicaciones del fenómeno a nivel local (ser)	Sugerencias, acciones
I. Población	• Mayor sensibilización e interés en la salud mental y en la temática del suicidio (Rocha, San José, Salto) • Mayor apertura, se habla más (Rocha, Salto) • Mayor ocupación y menor desesperanza por posibilidades de proyectos de vida (Montevideo) • Comunidad a nivel metropolitano que permite fácil y rápido acceso a policlínicas o centros (Durazno). • Ser una comunidad pequeña es una ventaja pues se podría trabajar con más facilidad (Durazno, Salto)	• Considerado como tema tabú, negación cultural, temor y dificultad para hablar o hacerlo explicito (San José, Salto, Montevideo). • Individualismo. Falta de involucramiento social de la Comunidad (Durazno, Salto). En el caso de San José: pueblo hermético y apático • Falta de compromiso familiar , derivación del problema a los técnicos (Salto) • ***En la vejez,*** estigmatización, invisibilidad, soledad, maltrato, depresión (Montevideo) • ***En los jóvenes,*** naturalización de conductas autodestructivas: cortes, violencia en cárceles, exceso de sustancias psicoactivas (Montevideo) • ***En el sector policial:*** incidencia del factor socioeconómico, características de la tarea, acceso a arma, rechazo social, no reconocimiento (Montevideo) • Falta de información sobre las herramientas de atención disponibles (Rocha)	• Problemas en la comprensión de la temática. • Dudas sobre sus causas: ¿problema genético/hereditario o una construcción social? opiniones mayoritarias de que se conjugan ambos fenómenos.es multicausal (Rocha S José, Salto) • No parece ser un tema económico ya que por ejemplo Flores tiene una buena posición socioeconómica (San José), • No es solo un problema económico, grandes carencias no hay (Rocha) • Considerado como tema tabú. poca visibilidad social (San José, Durazno) • Sociedad que discrimina. Fuerte crítica y juicio social. Fracturación, ruptura de entramado social y de espiritualidad colectiva, individualismo, falta empatía, Falta de afecto, comprensión, tolerancia y solidaridades (Rocha. Durazno) Población hermética y cerrada. (S José) • Cultura competitiva, ligada al éxito • Cambios sociales emergentes: adicciones , inestabilidad familiar, baja tolerancia a las frustraciones (en adolescentes), soledad, conducta imitativa, VD y abuso sexual (S José, Montevideo) • . Soledad: asociada al trabajo zafral (Rocha)o a desarraigo (Mvdeo) • Otros sentimientos: miedo, enojo, impulsividad, vergüenza (sentirse solo), vínculos superficiales (Montevideo) • Fallas en la responsabilidad familiar: fallas en la crianza, falta de diálogo. (S José), familias no aptas o responsables para abordar el tema y responsables del suicidio juvenil (Durazno) • Adicciones , inestabilidad familiar, baja tolerancia a las frustraciones (en adolescentes), soledad, conducta imitativa, VD y abuso sexual (S José, Montevideo) • Falta de empatía y de de referentes sociales que contengan.(S José.)	• Eliminar mitos (Rocha) • Aumentar espacios de referencia y de encuentros (Rocha) • Educar desde la infancia • Exigir derechos

Dimensiones	Fortalezas o facilitadores (tener)	Debilidades u obstáculos (no tener)	Explicaciones del fenómeno a nivel local (ser)	Sugerencias, acciones
2. Políticas públicas	• Plan Nacional de Salud Mental (Salto) • Prevención y promoción. • Mayor acceso a servicios de salud y profesionales de salud mental, actividades culturales, deportivas y educativas para adolescentes y redes de apoyo para adultos mayores (S. José, Montevideo). Captación en primer y segundo nivel en salud (S. José) Espacio adolescente con protocolos. • Indicadores en la atención en salud.	• Faltan políticas públicas que aborden estas situaciones (Montevideo). • Pensar políticas desde lo local (Durazno). • Poca prevención (S. José) • *En el sector salud*: - Muy circunscripto a la salud mental (Montevideo y Durazno). - No se optimiza la salud mental (Artigas). - Problemas de centralización. La llegada al interior del interior no resuelta. (Durazno). - Dificultad de acceso a servicio de salud aunque estén los recursos disponibles (Montevideo). - Nula o mínima atención, seguimiento y acompañamiento a casos de IAE y familiares (sólo durante internación). Abordaje a atención específica (Durazno, Salto, Rocha). - Falta de registro (Salto). • *En sector educación:* poca implicancia. • Faltan centros sociales. Falta de abordaje de la población joven (hay más atención en niños y adolescentes a pesar del incremento en la tasa de suicidios en jóvenes (S. José, Salto). • Falta de políticas e investigación rigurosa y regional del problema.	• Falta de atención psicológica en la policía, no se cuida al cuidador (Rocha). • Falta de espacios para jóvenes (Rocha). • Falta de comprensión de la temática Montevideo. • Oferta inadecuada a poblaciones específicas y a realidades, con falta de proyectos (Montevideo).	• Desarrollar políticas de prevención (Rocha). • Hablar más del tema (Salto). • Abordar las familias (Salto). • Posibilidad de seguimiento a través de estudiantes con supervisión (Salto) • Mejorar la captación antes de llegar a la emergencia. • Tres ejes de acción: 1. Comprensión: mejorar explicación del fenómeno, ahondar el proceso de estudios e investigación. 2. La Política pública: la salud mental no es del MSP. 3. Abordaje: que se generen redes comunitarias coherentes, de acuerdo a la región (Montevideo).
3. Coordinación interinstitucional	• Mayor trabajo interinstitucional e interdisciplinario, mesas departamentales de Prevención de suicidio, redes sociales, equipos (Rocha, San José, Durazno, Montevideo).	• Falta coordinación y articulación interinstitucional y disparidades entre los sectores público y privado en salud, sin complementariedad (Rocha, San José, Durazno, Salto, Montevideo). • Ver el problema solo desde un área o sector (Durazno). • Dificultades en la planificación interinstitucional y en la distribución de responsabilidades y en el seguimiento del problema (quién hace qué) (Durazno).		Planificar a nivel territorial, con población asignada a un equipo, el seguimiento para que todas las personas internadas sean seguidas y que la información baje al primer nivel.

Dimensiones	Fortalezas o facilitadores (tener)	Debilidades u obstáculos (no tener)	Explicaciones del fenómeno a nivel local (ser)	Sugerencias, acciones
4. Normativas, estrategias, herramientas	• Normativa Ley Salud Mental, Sistema de registro FRO, espacios adolescentes con protocolo IAE (Rocha, San José, Durazno).	• No se cumplen normas y protocolos (Rocha). • En Dirección Nacional del Liberado (DINALI-Mdeo.), dificultades para cumplir protocolos de IAE.		
5. RR.HH. en instituciones	• Personal más preparado, aunque limitado para atención, equipos en sector salud y educación (Rocha, Salto). • Equipos de salud mental consolidados referente IAE con seguimiento de 6 meses (Salto y Montevideo). • eEscuelas saludables, con equipos que aborden emergentes. UTU con sistemas de detección (Salto, Montevideo). • Programas de prevención de ASSE, línea telefónica de crisis, grupo de apoyo (Montevideo).	• Falta de recursos humanos o mal empleo de ellos (Rocha). Psicólogos en instituciones educativas (sólo 1 en San José y 2 en Flores) y psiquiatras en centros de salud por renuncias, etc. en Salto • Faltan herramientas para el abordaje. • Fallas en la colectivización de los protocolos existentes (S. José). • A nivel educativo, falta de estrategias para trabajar con adolescentes (para detectar situaciones de riesgo o posibles casos). (San José). • Problemas de accesibilidad en la atención, con falta de recursos especializados y lugares específicos de atención en SM;- (Salto, Artigas). • Fallas en la detección temprana (Salto). • Tiempos de espera inadecuados rocha, (Salto, Artigas). • En ciertos prestadores del sector salud, fallas en el seguimiento de IAE, lentitud en la toma de decisiones y acciones. Fallas en la comunicación (San José). • Problemas de abordaje en la emergencia. • Falta de empatía, estigmatización y *bulling* a pacientes y sus familias. (Rocha, Durazno, Salto, Montevideo). • Falta de compromiso de actores clave, como los docentes (Durazno).		
6. Formación	• Tener datos de suicidio o IAE. • Capacitación a equipos interdisciplinarios en diferentes instituciones (Rocha, S. José, Salto).	• Falta de formación y sensibilización al personal educativo y sanitario (Rocha, San José, Salto, Montevideo). • Bajo nivel de capacitación de los medios de comunicación (Durazno, Salto).		

Dimensiones	Fortalezas o facilitadores (tener)	Debilidades u obstáculos (no tener)	Explicaciones del fenómeno a nivel local (ser)	Sugerencias, acciones
7. Información	• Intención de concientizar y humanizar el problema. Encuentros, jornadas que ayudan a informar (Rocha San José, Salto).	• Falta de ámbitos para hablar del tema y de sensibilización (San José, Durazno, Salto, Montevideo). • Falta de información a la población sobre recursos disponibles (Rocha, Montevideo). • Falta de difusión de estudios sobre el tema (S. José).		

Anexo

Programa del Encuentro en el Departamento de...

ENCUENTROS REGIONALES

Suicidios en Uruguay: pensar, comprender, intervenir

Objetivos:

- Sensibilizar y proponer un debate sobre el suicidio en el Uruguay.
- Estimular a la comprensión del fenómeno en tanto es un problema de la salud colectiva que exige, para su prevención la participación e involucramiento del conjunto de la sociedad.

9 a 9:15 - Apertura Autoridades locales

9:15 a 10:15 - Presentación por parte del Grupo de Investigación UdelaR-ASSE Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida.

- Quiénes somos - Objetivo del encuentro y producto final (Libro)
- Magnitud de la problemática en la Región/causas más frecuentes
- Mitos y Obstáculos para su detección
- Comprensión del fenómeno, enfoque preventivo

10:15 a 11:15 - Trabajo en subgrupos

- Proyección de DVD editado por el Grupo Investigación: Disparador del Debate: Entrevista a experto
- Trabajo en subgrupos con preguntas orientadoras del intercambio
- Fortalezas y debilidades en relación al suicidio en la región
- Comprensión del problema desde la perspectiva local.

11:15 a 12:00 - Plenario y Cierre de la Jornada

La presente edición incluye
un disco en formato DVD
con siete entrevistas a
diferentes personalidades
de nuestro país.

Art.2

"Fondo Universitario para Contribuir a la Comprensión Pública de Temas de Interés General"

Listado de Publicaciones de la Colección

2008

- Intensificación Agrícola: oportunidades y amenazas para un país productivo y natural. Autores: Fernando García Préchac, Oswaldo Ernst, Pedro Arbeletche, Mario Pérez Bidegain, Clara Pritsch, Alejandra Ferenczi, Mercedes Rivas.
- La Desafiliación en la Educación Media y Superior de Uruguay. Conceptos, estudios y políticas. Coordinador: Tabaré Fernández Aguerre. Marcelo Boado Martínez, Marisa Bucheli Anaya, Santiago Cardozo Politi, Carlos Casacuberta Guemberena, Lorena Custodio Pallares, Cecilia Pereda Bartesaghi, Ana Verocai Masena.
- La inserción Internacional de Uruguay en Debate. Coordinadores: Lincoln Bizzozero, Jerónimo de Sierra, Inés Terra.
- (Des)penalización del aborto en Uruguay: prácticas, actores y discursos. Abordaje interdisciplinario sobre una realidad compleja. Coordinadores: Niki Johnson, Alejandra López Gómez, Graciela Sapriza, Alicia Castro, Gualberto Arribeltz.
- La Matriz Energética: una construcción social. Autores: Reto Bertoni, Virginia Echinope, Rossana Gaudioso, Rafael Laureiro, Mónica Loustaunau, Javier Taks.

2009

- La distribución de la riqueza en Uruguay: elementos para el debate. Autores: Verónica Amarante, Matías Brum, Amparo Fernández, Gustavo Pereira, Alejandra Umpiérrez, Andrea Vigorito, Gabriel Burdín, Ulises García-Repetto.
- Uruguay. Inseguridad, delito y Estado. Coordinadores: Rafael Paternain, Álvaro Rico. Editorial Trilce.
- La violencia está en los otros. Coordinadores: Víctor Giorgi, Gabriel Kaplún, Luis Eduardo Morás. Editorial Trilce.
- Para entender las radiaciones: energía nuclear, medicina, industria. Gabriel González Sprinberg. Carolina Rabin Lema.

2010

- Aporte universitario al debate nacional sobre drogas. Carlos Casacuberta, Mariana Gerstenbluth, Patricia Triunfo, Gianella Bardazano, Rafael Bayce, Verónica Filardo, Sebastián Aguiar,

Clara Musto, Diego Pieri, L. Nicolás Guigou, Valentín Magnone, Gabriel Eira Charquero, Carlos García Carnelli, Selva Cairabú.

- Municipios: una política en el tintero. Coordinadores: Alejandra Andrioli, Paula Florit, Maximiliano Piedracueva.
- Universalizar la educación media en Uruguay: ausencias, tensiones y desafíos. Coordinadoras: Verónica Filardo y María Ester Mancebo.

2011

- Repercusiones de las inversiones forestales: la ampliación del puerto de La Paloma. Coordinador: Diego Piñeiro.
- Los sentidos del castigo: el debate uruguayo sobre la responsabilidad en la infracción adolescente. Coordinadores: Carolina González Laurino, Sandra Leopold Costábile, Laura López Gallego, Pablo Martinis. Editorial Trilce.
- Salud Mental en debate. Pasado, Presente y Futuro de las políticas en salud mental. Coordinador: Néstor de León.
- Ley de caducidad, un tema inconcluso. Momentos, Actores y Argumentos (1986-2013). Aldo Marchesi (Organizador). Gianella Bardazano, Álvaro de Giorgi, Ana Laura de Giorgi, Diego Sempol. Colaboradores: Nicolás Duffau, Diego Luján. Editorial Trilce.

2012

- Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores educación y salud. Cristina Larrobla, Alicia Canetti, Pablo Hein, Gabriela Novoa, Mariana Durán.
- El tránsito entre ciclos en la Educación Media y Superior de Uruguay. Editores: Tabaré Fernández Aguerre y Ángela Ríos González.
- Uruguay: una muralla impide la plena vigencia de los derechos humanos. Nuestro país no acata los fallos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Director: Alberto Pérez Pérez. Coordinadores: Olga Díaz Pedemonte, Daoiz Uriarte Araújo. Integrantes: Gervasio Dalchiele, Fernando Marán, Lorena Placencia y Marcelo Vigo.
- La violencia contra las mujeres en la agenda pública. Aportes en clave interdisciplinar. Autoras: Carla Calce, Valeria España, María Goñi Mazzitelli, Natalia Magnone, Serrana Mesa, Flor de María Meza Tanata, Gabriela Pacci, Susana Rostagnol, Mariana Viera Cherro.

2013

- Sindicalización y negociación en los sectores rural y doméstico. Autores: Francisco Pucci, Diego E. Piñeiro, Agustín Juncal, Soledad Nión (Coordinadores). Andrea Badolati, Marcela Barrios, Alicia Brenes, Maite Burgueño, Matías Carámbula, Joaquín Cardeillac, Fiorela Ciapessoni, Macarena Gómez, Gustavo Machado, Bolívar Moreira, Mathías Nathan y Fabián Pita.

2014

- Discutir la cárcel, pensar la sociedad: Gianella Bardazano, Aníbal Corti, Nicolás Duffau, Nicolás Trajtenberg (Compiladores). Editorial Trilce.