Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay

Estrategias para su comprensión y prevención

Con prólogo de la Dra. Diana Cohen Agrest

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

COMPRENSIÓN Y PREVENCIÓN DE CONDUCTA SUICIDA

Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay

Estrategias para su comprensión y prevención

Pablo Hein, Cristina Larrobla, Gabriela Novoa, Alicia Canetti,
Cristina Heuguerot, Víctor González, Adriana Caligaris,
María José Torterolo, Yaravi Roig (Resistiré),
Stephanie Espíndola y Fermín Dibarboure (Te Veo Mañana)

Cofinanciamiento

Fondo Covid-19 - CSIC
Conocimiento especializado para enfrentar la emergencia planteada por el COVID-19 y sus impactos

Participación

Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay
Estrategias para su comprensión y prevención

Autores: Pablo Hein, Cristina Larrobla, Gabriela Novoa, Alicia Canetti, Cristina Heuguerot, Víctor González, Adriana Caligaris,María José Torterolo.

Prólogo de Diana Cohen Agrest
Participación especial de integrantes de las organizaciones Resistiré y Te Veo Mañana

Edición y corrección: Susana Aliano Casales
Diseño y maquetación: Sebastián Campos
Impresión: Imprenta Rojo S.R.L.

ISBN: 978-9974-8688-8-5
D.L.: 378.481

Montevideo, noviembre de 2020

Contenido

Prólogo. Perplejidades en la definición de suicidio 5
Introducción 13

PARTE 1. COMPRENSIÓN

Capítulo 1. Aspectos conceptuales del fenómeno: muerte, duelo, suicidio 18
Capítulo 2. Suicidio a nivel mundial, latinoamericano y en Uruguay ... 30
Capítulo 3. Diferentes abordajes disciplinares de la conducta suicida.
Perspectivas para su comprensión 52
Capítulo 4. La sociedad 74

PARTE 2. PREVENCIÓN

Capítulo 5. Prevención de la conducta suicida 86
Capítulo 6. Manejo de la conducta 101
Capítulo 7. Adolescencia y manejo de la conducta suicida 111
Capítulo 8. Adultos mayores 122
Capítulo 9. Masculinidades 140

PARTE 3. POSVENCIÓN

Capítulo 10. Posvención. La voz de los familiares 154
Capítulo 11. La sociedad uruguaya y el suicidio 172

PARTE 4. INFORMACIÓN

Capítulo 12. Develando estigmas y mitos 180
Capítulo 13. Para saber más de suicidio 189

Prólogo. Perplejidades en la definición de suicidio

La historia de las numerosas y variopintas expresiones con que se aludió a la muerte voluntaria hasta alcanzar la acuñación tardía del vocablo *suicidio* condensa, en el plano discursivo, las disposiciones emergentes de un ambiente social y cultural absolutamente reprobatorio de este tipo de prácticas: a las expresiones valorativamente neutras del universo semítico o, a lo sumo, a las censuras sutilmente expresadas o racionalmente fundadas de la Antigüedad clásica, le siguieron expresiones que reflejarían las radicales actitudes condenatorias durante el Medioevo. Recién con el advenimiento del humanismo fueron sustituidas por novedosas expresiones con menor carga valorativa y hasta moralmente más matizadas.

El discurso en torno al suicidio se caracteriza por dos rasgos notorios: para compensar la cruda literalidad con una expresión decorosa y tolerable de un acto que despierta el horror, se produjo un pasaje desde una excesiva literalidad en la descripción de los actos hacia un recurso predominantemente eufemístico que convive todavía hoy con el uso literal originario, pero, además, sorprende que tanto las lenguas indoeuropeas como las del Lejano Oriente carezcan de una raíz léxica o de un vocablo originario único para designar el acto de quitarse la vida. Indefectiblemente, los autores clásicos recurrieron a frases verbales y a formas perifrásticas, rebuscados circunloquios retóricos, para referirse tanto al acto intencional de matarse a sí mismo como al agente del acto.

La idea central que subyace en esta caracterización es que, en una cultura que le negó toda licitud al acto suicida, verificar el carácter voluntario de una muerte significa abandonar el plano meramente descriptivo, donde se aspira a exponer la secuencia de acciones que conforman el acto sin enunciar juicio de valor alguno, y dar cuenta así, objetivamente, del hecho suicida. Por cierto, se describían las muertes naturales, los accidentes y hasta los homicidios, pero el suicido denota un estatuto cualitativamente diferente que obstaculizó su expresión en el registro discursivo.

Calificar un acto de suicidio significaba, inevitablemente, estigmatizar no solo al suicida, sino también a quienes formaban parte de su círculo íntimo, quienes eran desposeídos de su honor, de sus tierras y de sus propiedades. Si un familiar, un médico o hasta un misericordioso párroco pueblerino sabía de una muerte voluntaria, un manto de piedad y olvido pasaba a cubrir al desdichado, quien era ascendido de su estatus de suicida al de muerto por enfermedad, por accidente o hasta por violencia ajena. Estas razones explicarían los escasos registros disponibles —por lo general, parroquiales—, todos ellos documentos distorsionados o directamente falseados y, por ende, poco confiables como fuentes fidedignas de información. Una culpabilización expandida que alcanzaba a su entorno familiar y

social traía consigo consecuencias no menores, pues implicaba sanciones morales y económicas significativas. Se comprende entonces que la carga de responsabilidad asumida por el párroco o el oficial civil que registraba un acto como un suicidio explica los reparos que uno y otro sentían y que obstaculizaban esa calificación denigratoria. Estas medidas de prevención iluminan las razones prudenciales que condujeron a la distorsión o al falseamiento de los datos de los registros.

En lo que concierne a la propia naturaleza del suicidio, tanto la valoración negativa de esta clase de actos como la diversidad de motivos que dan lugar a conductas suicidas impiden fijar criterios de clasificación y, con ello, obstaculizan la posibilidad de calificar de suicida a un acto autodestructivo. ¿Acaso es correcto tildar de suicidio a un abnegado acto de sacrificio, donde un individuo arriesga su vida con el fin de salvar las de sus semejantes? ¿Qué decir, entonces, de los actos martiriales, toda vez que la propia vida es inmolada en defensa de una creencia, de una convicción, de una ideología? ¿Y cómo calificar al rehén que, con el fin de no revelar un secreto, prefiere morir con su silencio a cuestas?

No obstante, ni siquiera es necesario recurrir a ejemplos tan extremos, donde se hallan en juego ciertos principios que animan decisiones heroicas no exigibles por moral alguna, pues tampoco resulta sencillo calificar un acto como un suicidio cuando pueden alegarse motivaciones tan dispares como complejas. ¿En qué medida la práctica de deportes peligrosos implica comportamientos autodestructivos? ¿Y qué decir de las conductas de riesgo, por ejemplo, el exceso de velocidad o el consumo excesivo de alcohol o de drogas? Si adoptáramos un criterio amplio que incluyera en el concepto de suicidio las diferentes clases de actos autodestructivos, todas estas prácticas hasta podrían ser atribuidas a los suicidas crónicos, individuos que hacen cualquier cosa por destruirse, salvo admitir que están buscando su propia destrucción. En una suerte de ruleta rusa que puede escenificarse en una conducta gratuita de alto riesgo, este tipo de suicidas adoptan hábitos autodestructivos a repetición hasta que finalmente, parafraseando a Paul Valéry, se dejan llevar y terminan, no del todo conscientemente, matándose, tal vez porque es demasiado fácil matarse. Sin embargo, pese a que comparten más de un rasgo con los actos propiamente suicidas, estas clases de acciones habitualmente no son calificadas de tales y, por eso, dan lugar a dificultades de ordinario no esclarecidas.

La definición del diccionario dice del suicidio que es «el acto de quitarse voluntariamente la vida». Pese a contar con una definición de diccionario en apariencia aproblemática, en ámbitos más específicos, definir el concepto de suicidio no se reduce a dar cuenta de su naturaleza, esto es, a estipular las condiciones que debe satisfacer un acto para que sea considerado como tal. Una definición correcta nos debería permitir establecer si un acto concreto es, efectivamente, un suicidio, o lo que es lo mismo, si es o no un acto de autodestrucción cuyo desenlace es la muerte. Si se admite

la definición de diccionario, se corre el riesgo de que casos diferentes se agrupen bajo un mismo término y sean designados con un mismo nombre. Dada la amplitud del concepto, alcanzar una definición precisa de suicidio no es una tarea sencilla. Y prueba de su complejidad es que algunas de las definiciones tradicionalmente dadas han sido demasiado amplias y otras, por el contrario, excesivamente estrictas.

Al establecer muy pocas condiciones para que un acto sea calificado de suicida, las definiciones amplias dan lugar a que se considere casi cualquier acto de autodestrucción como una muerte deliberadamente autoprovocada. En contraste, las definiciones más estrictas exigen demasiadas condiciones para calificar a un acto como un suicidio, de manera tal que, de acuerdo con estas definiciones estrictas, numerosos casos no serán considerados como actos suicidas. Si examinamos las definiciones de suicidio en uso, descubriremos en ellas sus alcances y sus límites conceptuales y, por ende, también prácticos.

Entre las definiciones amplias, la de la medicina forense caracteriza el suicidio como toda muerte no accidental cuya causa próxima es deliberada, autoprovocada y autoinfligida. El aporte distintivo de esta definición empleada en la esfera legal es que, con vistas a determinar si un acto fue o no un suicidio, subsume dos criterios operacionales: la causa próxima (o inmediata) de la muerte y la intención del agente de provocarla. Dado que el suicidio —junto al homicidio, al accidente y a la muerte natural— constituye uno de los cuatro modos posibles de muerte, el forense se vale en particular del criterio de causa próxima con el fin de distinguir el suicidio del homicidio y del criterio de la intencionalidad para diferenciar el suicidio de la muerte accidental. Respecto del primero de los criterios —la causa próxima—, esta excluye cualquier acción mediata o a través de terceros y se centra en el carácter autolesivo: si tras cargar un arma y entregársela a X, lo provoco hasta lograr que me dispare y me mate con la bala previamente cargada por mí, sin lugar a dudas el médico forense, en primera instancia, calificará el acto de homicidio, no de suicidio. Y en lo que toca al criterio de la intencionalidad, este revela si el sujeto procuró deliberadamente su propia muerte, conociendo o siendo consciente de las consecuencias fatales de su acción. Pero por sí solo no prueba lo suficiente: al fundarse en estados mentales, la intencionalidad es un criterio sumamente complejo para que pueda ser establecido con absoluta certeza y no basta por sí solo para calificar un acto de suicidio.

La determinación de la muerte a cargo del médico forense exige, a menudo, distinguir el suicidio del homicidio, pues este último da lugar a acciones penales. Con esta definición, la medicina forense se asegura la determinación del tipo de muerte basándose en las acciones directamente involucradas, de las que infiere si se trata de una acción deliberada o no. Y con el fin de preservar su objetividad y neutralidad, no se pronuncia sobre la índole moral del acto.

Una segunda definición amplia es la propuesta por el célebre sociólogo francés Émile Durkheim (1858-1917), quien define el suicidio como

«todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto por comisión u omisión, realizado por la víctima misma, a sabiendas de que su acto produciría este resultado». A diferencia de la definición propia de la medicina forense, que al caracterizar el suicidio como toda muerte autoprovocada deliberadamente enfatiza los elementos de la causa y la intención, la noción de suicidio durkheimiana no toma en cuenta la intención del sujeto. Si se sigue esta definición, la condición fundamental que debe ser satisfecha para considerar un acto como un suicidio es que la muerte sea prevista, esto es, que el sujeto del acto sepa de antemano que de su conducta resultará su muerte, de lo que se infiere que aquello que se toma en cuenta es la capacidad del agente para anticipar el resultado de su acción.

Esta capacidad de previsión no implica que el móvil de la conducta, aquello que impulsa a actuar, sea la provocación intencional de la propia muerte: el agente no tiene por qué tener la intención de acabar con su vida. Esta exclusión de la intencionalidad da lugar a que este tipo de definición juzgue suicidas a cierto tipo de conductas que, en el marco de otras definiciones menos amplias, no serían calificadas de tales. A modo de ejemplo, un individuo que se rehúsa a recibir un tratamiento salvador, a sabiendas de que su rechazo puede precipitar su muerte, y muere a consecuencia de dicha enfermedad, en este modelo teórico es calificado de suicida.

Son también irrelevantes, a juicio de Durkheim, los medios materiales de la ejecución: es tan suicida quien termina en la silla eléctrica tras cometer un magnicidio en un lugar público, sabiendo que será apresado inmediatamente, como quien se dispara en la sien. Y en lo que concierne a la relación de causalidad, la muerte puede resultar directa o indirectamente de la acción del sujeto: el suicida puede ser el antecedente inmediato, la causa próxima de su muerte —tal como es considerado en la medicina forense— o, por el contrario, puede ser solo un antecedente mediato, una causa remota, al colaborar como un eslabón indirecto en su propia muerte. Asimismo, aunque el folclore popular suela representar el suicidio como una acción positiva y violenta donde el agente ejerce sobre sí mismo cierta fuerza muscular, una abstención puede producir una consecuencia idéntica, de manera tal que, en este marco conceptual, el acto puede ser por comisión u omisión: se mata uno tanto tomando cianuro como rehusándose a ser alimentado en una huelga de hambre.

La insuficiencia de esta definición radica en que siendo tan amplia y estando exenta de todo carácter normativo o prescriptivo, no distingue los genuinos suicidios de otro tipo de conductas, tales como los actos sacrificiales, martiriales o heroicos, donde no se tiene la intención deliberada de morir, como tampoco los diferencia de aquellos casos en que la muerte resulta del fracaso en salvar la propia vida: el soldado que, a sabiendas de que probablemente muera y pese a que no desea su muerte, se arroja desde una trinchera bajo una lluvia de municiones y es alcanzado por una bala letal, es un suicida bajo esta definición.

La tercera definición es todavía más amplia que las ya mencionadas, y dado su alcance omniabarcador, califica un acto de suicidio toda vez que un individuo se comporta según un estilo de vida riesgoso, aunque sepa que su conducta habitual puede conducirlo a la muerte. El aporte distintivo de esta formulación es que sus actos no implican necesariamente una intención genuina de acabar con la propia vida y es suficiente con adoptar conductas riesgosas para que se las califique de suicidas. Como este planteo no hace hincapié en la intención suicida del sujeto (requisito de la definición forense) ni tampoco exige que la muerte sea prevista (requisito de la definición durkheimiana), incluye ciertas clases de actos no contemplados por las definiciones examinadas: es suficiente que el agente adopte conductas de riesgo que causen un desenlace fatal para que dicho acto sea evaluado como suicida.

El problema fundamental de esta definición omniabarcadora es que es tan vasta que da lugar a que se califiquen ciertas acciones de conductas suicidas, aun cuando es tema de controversia si deben ser calificadas así: quienes gustan de la práctica de deportes tales como el rafting, el aladeltismo o el montañismo, o quienes se desempeñan en puestos laborales de alto riesgo, como son las divisiones policiales responsables de la desactivación de bombas —y mueren como resultado de estas actividades—, todos ellos son considerados suicidas bajo esta definición. Siguiendo el mismo criterio, fumadores, drogodependientes, conductores que conducen a una velocidad excesiva con un desenlace mortal deberían ser calificados de suicidas.

La deficiencia de esta definición reside en que no logra preservar la distinción entre muerte accidental y suicidio consumado, pues abarca cualquier conducta de riesgo. Es así como toda muerte accidental, según esta definición, no es considerada un accidente (casual), sino una consecuencia posible y hasta probable, puesto que asocia causalmente ciertas prácticas con el desenlace mortal y no llega a determinar en qué medida estas conductas de alto riesgo son o no conductas deliberadamente suicidas. En contrapartida, debido a su carácter meramente descriptivo, esta definición posee la virtud de la neutralidad valorativa.

Entre las definiciones más estrictas, la más próxima al uso ordinario es la empleada por la tradición cristiana. Según ella, un acto ha de ser considerado un suicidio solo si satisface una única condición: que el agente tenga el propósito de morir; en otras palabras, que ponga fin intencionalmente a su vida.

La adopción de esta definición no es azarosa. Es sabido que, por el Principio de la Santidad de la vida, la Iglesia Católica se opone absolutamente a la comisión de actos suicidas. Sin embargo, la misma Iglesia, en el transcurso de su historia, se vio en la necesidad de justificar ciertos actos usualmente calificados de suicidas. Y pudo hacerlo gracias a la invención de una estrategia conceptual conocida como la «Doctrina del doble efecto», difundida por Tomás de Aquino y asociada con el desplazamiento

semántico ya mencionado. Dicha doctrina distingue la intención primaria que impulsa el acto, de las consecuencias secundarias previstas, pero no intentadas. Así establece que la categoría moral de un acto debe juzgarse por la intención primaria que anima al agente: el bombero que se arroja a las llamas con el fin de salvar a un semejante lo hace impulsado por su intención primaria, que es la de salvar una vida. A modo de consecuencia colateral, prevista pero no intentada, se produce su muerte. Al no calificar el acto del bombero de suicidio sino, en todo caso, de heroísmo, lo que viene a sumar este planteo es un salvoconducto para conservar la compatibilidad entre la prohibición del suicidio y la permisibilidad moral de ciertas conductas. Puesto que los pensadores de raigambre cristiana ponen el acento en los motivos o en la significación moral que impulsan una conducta, es comprensible que empleen el término suicidio para designar el acto resultante de todas aquellas acciones que juzgan como moralmente condenables y reserven los términos autosacrificio, martirio, heroísmo y otros similares para aquellos actos, a su juicio, moralmente dignos de elogio.

La segunda definición estricta es aquella que caracteriza el suicidio como toda muerte voluntaria e intencionalmente autoinfligida. Tom Beauchamp, eminente bioeticista interesado en preservar el derecho al rechazo de los tratamientos médicos que prolongan inútilmente la vida de pacientes con enfermedades terminales, observa que uno de los problemas de las definiciones de suicidio que exigen, a modo de condiciones, que se trate de una muerte intencional y autoinfligida, es que omiten toda precisión acerca de la naturaleza, intención o conocimiento involucrado en dichos actos. E ilustra su propuesta con el caso del soldado que, una vez capturado, debe optar entre la alternativa de terminar en el paredón de fusilamiento o de ejecutarse a sí mismo. Si el soldado, finalmente, elige quitarse la vida, a juicio de Beauchamp no se trata de suicidio, sino de un homicidio autoprovocado llevado a cabo bajo la coerción de factores ajenos a él. En su opinión, la razón de excluir la muerte por coerción de la categoría de suicidio es que una persona que actúa bajo presión no lo hace autónomamente, pues una voluntad ajena prevalece sobre la del agente presuntamente suicida. El aporte distintivo es que, aunque se admita que este tipo de actos son realizados a conciencia, no se los tiene por libremente elegidos.

En consideración a esta restricción, Beauchamp ofrece una definición estipulativa que, en su formulación positiva, declara que «un acto u omisión es un suicidio si la persona provoca intencionalmente su muerte y si, además, se cumplen las dos condiciones siguientes: por una parte, si existe una ausencia efectiva de coerción externa, y por otra, si las circunstancias de la muerte han sido dispuestas por el propio agente del acto suicida». Por la primera de las condiciones, centrada en la capacidad autónoma de autodeterminarse propia del agente moral, toda vez que una persona es forzada por un tercero a quitarse la vida no se puede calificar ese acto de suicidio. Por la segunda, en contrapartida, se trata de un suicidio si el agente es el

responsable de disponer los medios de su muerte. En opinión del mismo Beauchamp, lo que viene a sumar su propuesta es que su definición posee dos ventajas respecto de las otras: la primera es que coincide tanto con la tradición legal como con el lenguaje ordinario; la segunda radica en que, al no emitir juicios de valor, comparte la neutralidad moral que caracteriza a las definiciones amplias.

Sin embargo, se ha dicho que esta definición, pese a su pretendida asepsia valorativa, oculta en última instancia una premisa moral. La caracterización del suicidio propuesta por Beauchamp excluye las muertes causadas por enfermedades, pues ella sostiene que toda vez que la muerte resulta de una enfermedad terminal en cuyo transcurso la persona se negó a ser tratada, el paciente muere a causa de su enfermedad y no por su presunta conducta suicida. Pero en este escenario, el factor que parece continuar operando solapadamente en la calificación de estas conductas es cierta intuición moral, ya que permitir la propia muerte por causas naturales no es una conducta que merezca censura y no se la considera un suicidio, dado que el agente está exento de toda responsabilidad moral («no es culpable»). Prueba del sesgo moral que se le atribuye es el hecho de que Beauchamp pasa por alto grupos de riesgo altamente controvertidos, tales como los enfermos mentales que padecen severas alucinaciones y que se autoinfligen la muerte. Pese a que su muerte es el desenlace de ciertas presiones psíquicas, de una coerción interna, no pueden ser eximidos de ser reputados de suicidas. Esta exclusión —deliberada, a juicio de sus críticos— es precisamente el efecto de cierta valoración moral que infecta la definición misma.

La tercera definición estricta requiere como condición que la muerte sea la consecuencia de una conducta racional. En una línea argumentativa, en algún sentido semejante a la defendida por Beauchamp, pero circunscripta al campo de la psiquiatría y sesgada, consecuentemente, por la tesis básica de que el suicidio es la manifestación de un trastorno mental, se afirma que no se puede calificar de suicidio a una muerte provocada por una persona no racional: debido a profundos trastornos psicológicos, individuos con tendencias autodestructivas son incapaces de sostener conductas racionales. Como los actos de los individuos desequilibrados no son moralmente censurables (son inimputables en el discurso legal), entonces no deben ser considerados como suicidios.

Velásquez retoma la crítica a Beauchamp y arguye que, en numerosas definiciones de suicidio, suele subyacer cierta «carga moral» conferida al sujeto que consuma el acto, por lo cual no ofrecen una caracterización adecuada: al hacer a un lado aquellos casos que no son susceptibles de juicios morales pero que deberían ser incluidos, se excluye más de lo debido. Velásquez sugiere que, por añadidura, la distinción que habitualmente se traza entre suicidios racionales y no racionales no se sostiene, porque los suicidios no racionales, si bien no deberían ser plausibles de enjuiciamiento moral alguno, al fin de cuentas son suicidios.

Lo más interesante de esta controversia es el intento de desocultar todo matiz o sesgo moral en nuestros juicios sobre las conductas suicidas. Confrontándose a la amenaza de las potencialidades de la tecnología biomédica en el tratamiento de los moribundos, la nueva mirada aspira a instaurar una clarificación genuina de la problemática en juego. En esa matriz revolucionaria, un verdadero giro consiste no en hacer malabarismos conceptuales que nos permitan continuar ocultando el acto suicida tras otros nombres —con lo que no haríamos más que proseguir el eufemístico juego de lenguaje propuesto por la tradición occidental—, sino, más bien, exonerar al suicidio de toda culpabilidad y lograr así una verdadera definición que pueda preciarse de neutralidad moral.

La plurivocidad de las definiciones mencionadas y la calificación de los actos suicidas a la que da lugar son indicios de que los diferentes abordajes del fenómeno del suicidio no son sino construcciones sociales históricamente contingentes. De acuerdo con las necesidades operativas desde las que se enfoca este fenómeno plural, se procura delimitar con una línea fronteriza, que no alcanza a superar su labilidad, entre lo que es y no es suicidio. En otras palabras, qué cuenta como suicidio y qué no cuenta como suicidio depende de la construcción que se haga de este, la que a su vez se subordina a la función social específica que se le haya asignado a dicho acto en un momento histórico determinado.

Más allá de las especulaciones y de las disquisiciones filosóficas, es evidente que el suicidio inaugura un campo discursivo que se encuentra necesaria e inapelablemente constreñido a la figura simbólica o ficcional del otro. Todo discurso sobre una práctica suicida involucra a un tercero. Y cuando aludimos a un suicidio en particular, creamos o recreamos un discurso ficcional estructurado a partir de ciertas explicaciones de valor conjetural.

La obra que tengo el honor de prologar es pródiga en más de un aspecto. Se explaya sobre los aspectos sociológicos y las estadísticas de este fenómeno, la prevención de los distintos segmentos etarios y de género. Pero, por añadidura, explora las emociones de los enlutados y, finalmente, difunde una serie de datos sobre lo tradicionalmente ocultado. Se trata de una problemática imprescindible en un mundo que, en forma creciente, se enfrenta a perplejidades que se trasmiten «viralmente» en una pluralidad semántica. Pero, fundamentalmente, es una obra valiente, porque se anima a decir lo inefable. Aquello que, hoy más que nunca, nos interpela como ciudadanos de esta cultura global y como profesionales consagrados a cuidar de los otros.

Diana Cohen Agrest
Buenos Aires, octubre de 2020

Introducción

El suicidio fue, es y será un fenómeno social, que encierra debates, enigmas, estigmas y, por qué no, prejuicios y tabúes. Recordar las cifras a nivel mundial o nacional significa apenas quedarnos con lo visible del problema o lo más evidente. Además, implica seguir arrastrando una herencia histórica que tenemos en el tema, la cual nos dice que el suicidio solo se vincula al sector sanitario y que especialmente es un tema de salud mental. Esto toma sentido si observamos los hechos de forma individual o aislada. El Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida no desconoce esa necesaria, oportuna e insistente mirada sobre cada caso, buscando sus orígenes, intentando develar qué es lo que determinó a que ese uruguayo o uruguaya decidiera quitarse la vida. En estas miradas concretas es importante respetar los silencios y acompañar los duelos.

Por otro lado, si cambiamos el ángulo de observación y contemplamos la sumatoria de casos individuales, conformamos una amalgama que constituye el problema social y cultural con el que nos enfrentamos como sociedad. En él, la trama social conjuga un prisma que se torna difícil, tanto de deconstruir como de observar y analizar. Los casos son el colectivo, los orígenes pasan a ser nuestros, las comprensiones socialmente compartidas y los silencios, los debemos situar en la tribuna de la viva voz, que reclama su condición de personas y, por sobre todo, los duelos deben poder resituar a ese familiar o amigo que casi siempre, o siempre, es negado y se le quita el derecho a ser recordado, sea por la vergüenza o el estigma que sentimos, que se nos impone.

Los casos son elocuentes de esta cruda realidad en la cual nos tocó situarnos y vivir como colectivo. A veces el suicidio es ese espejo en el cual no nos queremos reflejar, ya que nos muestra, nos interpela, nos habla de incomprensiones, intolerancias, abusos, desprecio y todo lo que no deseamos ser o reconocer en nosotros mismos y en la sociedad.

Los suicidios aumentaron en Uruguay en las últimas décadas. Los datos de 2019 siguen mostrándonos y ubicándonos con altos índices dentro de la región y el continente. En este contexto, la enfermedad COVID-19 golpea y lo seguirá haciendo. Esta pandemia llevó a emprender acciones sanitarias sin precedentes de distanciamiento social, para reducir el contacto humano y la tasa de nuevas infecciones. Las medidas económicas (cierre momentáneo de diversos rubros) implicaron que algunos sectores perdieran su fuente de ingreso. La suspensión de la educación cerraba el círculo de distancia y contacto cara a cara. Estos factores económicos, psicosociales y culturales desencadenan, durante y después de la crisis, importantes efectos psicológicos (miedo, frustración, impotencia y soledad), sociales y culturales. Con lo descrito, es válido pensar que esta situación

genere un terreno fértil para configurar nuevas tipologías de intentos de autoeliminación y suicidio que se sumarán a los existentes.

El denominador común de los efectos mencionados es la inseguridad con la generación y activación de miedos donde la sobreinformación de noticias prevalece y termina desinformando. Esto evidencia el manejo, con casi nulo sustento científico y predominio de opiniones frívolas en redes sociales sobre el suicidio, contraponiéndose a las principales teorías de este fenómeno, que enfatizan el papel clave de las conexiones sociales en su prevención. Se sugiere que la depresión, la desesperanza, el estrés o el estrés postraumático podrían estar asociados con un aumento del suicidio en la región. A esta situación se suman las barreras de acceso a servicios sanitarios que no resultan prioritarios, incluyendo los de salud mental, y el desborde de servicios de emergencia que afectan negativamente a personas con conducta suicida. Otro agravante es la información errónea (infodemia), caracterizada por mitos y desinformación que incrementan la marginación y estigmatización, que se constituye un evento adverso que aumenta el riesgo. La preocupación sobre estos resultados secundarios negativos de la prevención de la COVID-19 nos planteó como desafío colectivo contribuir en la temática con la elaboración de este libro/guía, que se nutre del fondo concursable de la COVD-19 Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC) de la Universidad de la República (UDELAR).

Este libro que presentamos condensa en su interior cuatro elementos centrales de la perspectiva en la temática que el grupo de investigación quiere continuar trabajando, socializando y ahondando. La primera es la comprensión, la segunda la prevención, la tercera la posvención y, por último, los sistemas de información. Otro aspecto importante es que estas cuatro perspectivas o elementos conjugan un denominador común y es que el libro/guía contiene una escritura llana y desestructurada de todo sistema académico-científico. La idea subyacente es que esta publicación, pueda ser tomada, abordada, leída por cualquier profesor de secundaria, cualquier docente de enseñanza media, de deportes, enfermeros o enfermeras, operadores sociales, trabajadores de territorio, sindicalistas, gremialistas que, interesados por la temática, comiencen a develar los mitos y estigmas sobre los cuales nos construimos. En este sentido, se pensó y se estructura esta publicación.

En la primera parte se focalizan algunos lineamientos generales sobre la comprensión. Mediante cuatro pequeños capítulos abordamos las formas de cómo se estructuran las bases o los territorios en los cuales se mueve el suicidio. Para ello, en el primer capítulo se plantean los abordajes sobre la muerte y los procesos de duelo en nuestra sociedad actual y cómo estos impactan en el tema. En el capítulo 2 se desarrollan cifras y datos sobre el suicidio a nivel mundial, latinoamericano y nacional, con el fin de brindar una correcta información sobre la temática. El lector encontrará no solo datos, sino también gráficas y mapas por regiones nacionales que

ilustran el fenómeno. En el capítulo 3 se resumen y condensan diferentes abordajes disciplinares y sus perspectivas particulares, para contribuir a la comprensión del fenómeno. Por último, para cerrar esta primera parte, el capítulo 4 aborda una mirada sobre la sociedad en la que estamos y, por ende, en la que se materializa el suicidio.

En la segunda parte se condensa la mirada sobre la prevención. Para ello, en el capítulo 5 se desarrolla un tema central que es el de la prevención de la conducta suicida, donde se presentan elementos para su diagnóstico y tratamiento. En el capítulo 6 se aborda una mirada amplia sobre el manejo de la conducta suicida, las poblaciones de riesgo y cómo trabajar con ellas. El capítulo 7 centra su mirada en una población específica, como lo es la adolescencia y juventud, cómo debemos manejarnos y cuáles son las implicancias de este problema. En el capítulo 8 se presenta material para una de las poblaciones más vulnerables a nivel nacional como son las personas mayores y se desarrollan lineamientos generales de cómo trabajar con ellas. Para cerrar esta segunda parte, el capítulo 9 se centra en el tema de las masculinidades. Tal vez, para el grupo de investigación una de las poblaciones con mayor vulnerabilidad social y cultural, a veces invisibilizada por diferentes vicisitudes.

La tercera parte inicia una vinculación con la perspectiva de la posvención, que, si bien existe en otras latitudes, en Uruguay está escasamente desarrollada. El Grupo entiende que es un momento importante para comenzar a acercarnos, desarrollar y aportar al aspecto. En este sentido, se presenta una doble mirada: por un lado, la familia como víctima de suicidio y, por otro, la sociedad en un sentido amplio. En el capítulo 10 nos encontramos con un texto que nos escribió la ONG Resistiré, como única organización que nuclea a familiares y amigos de suicidio en Uruguay. A su vez, la organización social Te Veo Mañana también hace su aporte, planteando sus actividades y desarrollos en el territorio. En el capítulo 11 se brinda una panorámica muy amplia de cómo percibimos la sociedad nacional con respecto a la temática.

Para cerrar la publicación, la cuarta parte, denominada «Difundiendo documentos y sitios de interés que debes conocer», tiene como objetivo central plantearle al lector algunos elementos que consideramos centrales para informarse. El capítulo 12 plantea la temática de develar estigmas y mitos persistentes en nuestra sociedad, que nos imposibilitan actuar o nos sumergen en un mundo de inacción. El capítulo 13 plantea un sistema de información básica para que el lector comience a trabajar la temática más allá del libro. En la primera parte recomendamos algunas publicaciones sobre el tema y luego nos centramos en artículos de revistas. Posteriormente, pasamos a mostrar aquellas guías o estrategias/estudios puntuales, que nos parecen importantes conocer y, por último, algunas páginas web que, por diferentes motivos, consideramos oportunas que el lector las explore.

Esta es la tercera publicación del Grupo sobre el tema de la conducta suicida realizada con fondos universitarios, lo cual nos permite nuevamente llegar a un importante conjunto de personas de la sociedad. En esta oportunidad, el libro reúne una idea simple y clara: estimular una mirada y posterior reflexión colectiva donde cada uruguaya y uruguayo pueda animarse a mirar, comprender y pensar este fenómeno y contribuir con su actitud a tratar de revertir este problema nacional.

Los objetivos generales de la propuesta fueron:

> Contribuir a reducir los factores de riesgo y los efectos de la conducta suicida asociados a la crisis generada por la COVID-19. Reforzar los sistemas de prevención del suicidio y sensibilizar a nuevos actores sociales, culturales y sanitarios en la temática.

Es oportuno mencionar que este libro, en parte, surgió a partir de reiterados reclamos que hemos recibido desde diferentes partes del país y desde las más diversas instituciones y organizaciones que lo componen. Esto muestra una necesidad, sostenida en el tiempo, de los actores de contar con un libro/guía que contenga información certera del tema, que les permita no solo actuar ante los casos, sino que sea una fuente de consulta para talleres o charlas. Además, esta publicación permitirá difundir y hacer accesible información adecuada a la población en general.

Por último, nos resta agradecer a todos los integrantes del grupo de investigación, a Yarabi Roig, de Resistiré, a Fermín y Stephanie, de Teo Veo Mañana, y a la Dra. Diana Cohen, por ofrecernos otra vez su apoyo. Agradecemos a todos los que aportaron, por sus contribuciones, su entusiasmo y su tiempo, volcados de forma desinteresada en este libro/guía.

Sumamos a nuestro agradecimiento a las instituciones que también hicieron posible esta publicación. En primer lugar, a la CSIC (UDELAR) y su Programa CSIC-COVID-19, por el apoyo y financiamiento de esta propuesta; a las Facultades que integran el Grupo (Medicina, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Educación, Psicología, Información y Comunicación) por el apoyo sostenido e incondicional; a Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y a la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables; al Ministerio de Salud y a su Dirección de Salud Mental, por su comprensión y apoyo para con nosotros, en su nueva etapa. Sin todas estas colaboraciones no hubiera sido posible la edición de este libro.

Pablo Hein y Cristina Larrobla

Parte 1. Comprensión

Capítulo 1. Aspectos conceptuales del fenómeno: muerte, duelo, suicidio

(...) por otras razones, la sociedad no soporta ya la vista de las cosas de la muerte, y por consiguiente ni la del cuerpo del muerto ni la de los parientes que le lloran. El superviviente queda aplastado por tanto entre el peso de su pena y el de la prohibición de la sociedad.
(Ariès, P.: *El hombre ante la muerte*)

Introducción. Muerte y duelo

El presente capítulo introduce al lector en el conjunto del libro que busca despertar y fomentar el interés en los temas de comprensión y prevención de la conducta suicida. Además, apunta a sensibilizar y propone dar un puntapié inicial al debate sobre la muerte y los procesos de duelo, ya sea como un problema en sí mismo o como parte de un problema, en el que Ose inscribe el suicidio. Por otro lado, el Grupo considera, en principio, que el tema encierra una trama sociocultural, sanitaria, psicológica, entre otras, que solo podrá asumirse con la participación y comprensión del conjunto de la sociedad.

Como afirma Gil Villa (2011: 11):

> Se supone que quien comprende la muerte en su mundo, la forma que adopta, el concepto, las creencias y los prejuicios que las personas de su alrededor tienen sobre ella, estará más preparado para afrontarla, lo que de paso le hará vivir más seguro su vida. Y puesto que nos ha tocado vivir en la época en que la vida es más incierta que nunca, siendo de por sí constitutivamente incierta, esta ventaja no es nada desdeñable.

Diferentes autores (Gala León y otros, 2002; Vargas Solano, 2003; Allué, 1998) destacan que actitudes, creencias, sentimientos y comportamientos ante la muerte son fenómenos psicosociales, culturalmente aprendidos e internalizados a lo largo de la vida. Los ritos, las costumbres, el lugar que la cultura le adjudica a la muerte, dejan en evidencia la forma en que este acontecimiento provoca, desde la antigüedad, sistemas de creencias y prácticas mágico-religiosas complejas y elaboradas. Estos han servido para darle explicación, entender y poder manejar un hecho inevitable de la vida.

Las actitudes frente a la idea de la muerte han variado a través del tiempo y en las distintas sociedades y culturas, influyendo aspectos como la esperanza de vida y las creencias sobre lo que es un ser humano, creencias religiosas, filosóficas, etc. Las sociedades modernas occidentales mantie-

nen una actitud de rechazo hacia la muerte y en cierta manera una actitud de «silenciar el hecho», lo cual ha traído modificaciones en los rituales funerarios y el proceso de duelo, transformándola en un suceso temido, de fracaso, etc., que ejerce influencia en las personas tanto en la esfera conductual como relacional (Ariès, 1984).

Desde las ciencias sociales se han distinguido claramente dos procesos que han acompañado a la muerte a lo largo de la historia: *el luto* que incluye los ritos y comportamientos más o menos estructurados específicos a cada cultura y *el duelo*, comúnmente conocido como aquel proceso por el cual los individuos asumen y afrontan la pérdida de algunos seres queridos, con los que establecieron durante la vida vínculos afectivos, sociales y psicológicos, entre otros.

Los procesos de duelo se encuentran generalmente asociados a expresiones de dolor a nivel individual y colectivo. Un estudio reciente, realizado en España por el Centro de Investigaciones Sociológicas, titulado *Percepciones sociales del dolor*, relevó que cuando se interrogó a la población española sobre los dolores, en general, las respuestas ubicaban en primer lugar los dolores de huesos o muscular (67%), seguido de los dolores de cabeza, oídos, ojos o dientes (66%) y, en tercer lugar, el dolor por la muerte de un ser querido (62%). El resto de los dolores mencionados no registran porcentajes por encima del 40% (Biedma Velázquez, García Rodríguez y Serrano del Rosal, 2019). A su vez, desde la dimensión del individuo, se sabe que moviliza un conjunto de emociones intensas. Por ende, abordar estos procesos de duelo supone, en algún momento o nivel, considerar la muerte.

Según Laplanche (1987: 14), la muerte sería siempre la muerte del otro y únicamente alcanzamos a tener el sentimiento de nuestra propia mortalidad a través de la identificación ambivalente con la persona amada, en el duelo (Gamo Medina, 2009). A través de las pérdidas, de la enfermedad grave, del fin de la existencia de los otros y del proceso de duelo es como nos acercamos a la muerte (Laplanche, 1987). Por lo tanto, la consecuente elaboración de esas pérdidas en la actualidad reviste trascendencia y debe ser un tema esencial para ser abordado.

Cuando la pérdida deviene por causa de una muerte, la persona se ve afectada en todas sus dimensiones (emocional, cognitiva, física, conductual, espiritual y social). En algunos casos, la sensación de incapacidad de superarla puede llevar a los denominados duelos patológicos. En esta línea, el planteo de Torralba (1999) es muy gráfico, en tanto señala que el ser humano convive en el límite entre la fragilidad y la vulnerabilidad; esta última implica asumir que es frágil, finito, expuesto a contraer enfermedades y dolor, envejecer y a la muerte. Mientras la muerte es una evidencia fáctica y existencial, la enfermedad es una de las expresiones más claras de la vulnerabilidad de las personas.

Diferentes estudios (Cabodevilla, 2003) dan cuenta que existen determinadas circunstancias en las cuales se hace más difícil la elaboración

del duelo, entre las que se identifican: a) muertes repentinas o inesperadas, traumáticas (suicidio, asesinato, etc.), pérdidas múltiples, de niños o jóvenes; b) tipos de relacionamiento con la persona fallecida (ambivalente, simbiótica, de gran dependencia, etc.); c) personalidad, antecedentes y características de la persona fallecida, pérdidas previas no resueltas, antecedentes de depresión y otros trastornos psicológicos, falta de habilidades sociales, baja autoestima y d) los contextos sociofamiliares (falta de redes sociales de apoyo, dificultades económicas, cuidado de hijos pequeños, etc.). Estudios de más larga data en México muestran que la muerte es percibida como uno de los mayores temores de la sociedad, a pesar del tratamiento y, por ende, la relación que establecen con ella. Como lo señala Gil Villa (2011), en México y su cultura de la muerte se determinan dos fuerzas contradictorias: la negadora (universal) y la afirmadora (local). Para el caso de Uruguay, se localizaron algunas evidencias empíricas (Larrobla, Contino, Torterolo, 2017; Larrobla, Hein, Canetti, 2017) de cómo se comporta el sentir y la opinión de algunos profesionales de la salud y la educación, no así acerca de la opinión pública con respecto a este tema.

Más allá de lo dicho, de forma directa o indirecta, estos datos nos aproximan a que la muerte y todo lo que encierra como proceso psíquico, social y cultural, es de relativa importancia en el mundo occidental. Los procesos de duelo y las muertes en general emergen de por sí como un tema tabú y encierran una problemática escasamente visibilizada, tanto en la región como particularmente en Uruguay. Esta situación trae a luz la necesidad de profundizar en la comprensión de los factores y dimensiones que están implicadas en su génesis, así como en el tratamiento que el fenómeno tiene a nivel social y político, y los obstáculos que aún persisten para su abordaje en estas dimensiones. Si a este tema se le suma que hay determinados tipos de muertes que encierran un estigma negativo, y ello implica necesariamente transitar los duelos y representaciones culturales con esa carga, se considera de suma importancia contribuir a revertir paulatinamente, respetando los tiempos personales, esta sobrecarga tan difícil de sobrellevar.

Existen numerosas teorías de los procesos de duelo. Entre ellas, la desarrollada por John Bowlby (1988), que plantea que el proceso de duelo generalmente fluye o se mueve a través de cuatro etapas. La primera es como una etapa de adormecimiento, algunos miembros de la familia se quedan en estado de *shock* y no son capaces de comprender plenamente que su ser querido ya no va a progresar a través de las fases naturales del desarrollo. La segunda fase se refiere a cómo el anhelo lleva a la búsqueda de los difuntos. En la teoría del apego, desarrollada por el mismo autor, se plantea que las respuestas de comportamiento naturales son activadas durante las experiencias de separación. La tercera etapa está marcada por la desorganización y desorientación. Esta etapa se complica aún más cuando preexisten patrones de apego desorganizado y se han incorporado

en los implícitos «modelos internos de trabajo» de miembros de la familia en duelo. La cuarta y última fase describe cómo se da un mayor o menor grado de reorganización (Bowlby, 1988: 85).

Desde la sociología, Gil Villa señala que el fenómeno, analizado desde una perspectiva sociocultural, abarca necesariamente distintos estados, que si bien están ordenados cronológicamente, constituyen unidades de observación independientes, aunque sean parte del mismo fenómeno. A saber, el primer estado se da con la definición del sistema de muerte, con todos los actores, lenguajes, simbología que aseguran la vida a los ciudadanos y gestionan de mejor manera la muerte. Un segundo estado viene del hecho de morir, que da paso a lo que llamamos *post mortem*. Este comprende la comunicación, la manipulación del cuerpo, su reubicación y los rituales propios. Un tercer estado, que es la gestión burocrática del cuerpo y su estatus como sujeto de derechos. Aquí entra en juego el destino del cuerpo a voluntad del difunto y el mandato y posterior cumplimiento que ejerce el muerto sobre los vivos. Por último, examinado en el tiempo, las relaciones sociales establecidas entre los vivos y los muertos. La frecuencia de contactos y formas de comunicación, que se da básicamente en el caso de enterramientos (Gil Villa, 2011: 16).

Por otro lado, podría plantearse que el papel que el duelo ocupa socialmente es totalmente opuesto al que la propia sociedad tiene. Es decir, esta considera el duelo como algo morboso, mientras que para algunos psicólogos es el propio acto de reprimir el duelo lo que es morboso y puede causar morbidez. Al decir de Ariès (2007), esta oposición es la fuerza del sentimiento que impulsa a excluir todo proceso y la muerte misma.

En este sentido, dicho autor expresa de la siguiente forma el papel que la sociedad debería tener con relación a las pérdidas y concomitantes duelos:

> (...) lo que nos interesa es que nuestros psicólogos lo describen como formando parte, desde la eternidad, de la naturaleza humana; como un hecho natural, la muerte seguiría provocando entre los más allegados un traumatismo tal que solamente una serie de etapas permitiría curarlo. Corresponde a la sociedad ayudar al enlutado a franquear esas etapas, porque él no tiene fuerza para hacerlo completamente solo. (Ariès, 2007: 649).

Autores como Gil Villa plantean que hay una domesticación de la muerte, siendo esta:

> La derrota del silencio (que) prepara el camino y marca la estrategia a seguir para derrotar a la muerte (...) en vez de negarla o de olvidarla (...) será interiorizada, inoculada con lo cual se trasformará su naturaleza (...) las relaciones sociales con la muerte cambiarán. Se someterá a la muerte a una transformación radical de su naturaleza buscando y logrando su alteración definitiva, su derrota definitiva. Los ensayos primeros tendrán lugar en la sala de la cultura, la cual ocupa el centro de

> la casa posmoderna. Lo que allí ocurra será de vital importancia para entender los cambios que experimenten después el resto de los ámbitos de la vida social. De esta forma, la domesticación de la muerte equivalente a su derrota, es un acontecimiento de extraordinaria importancia pero que pasa desapercibido. Únicamente reflexionando sobre él, comprendiéndolo, seremos capaces de entender nuestras nuevas condiciones vitales. (Gil Villa, 2011: 38).

Para Becker (2003), el ser humano tiene como motor, primario y básico de su comportamiento, la necesidad de controlar el sentimiento de ansiedad básica, por lo tanto, pone en funcionamiento el mecanismo de negar el miedo que le provoca la muerte. Dicha ansiedad tiene sus orígenes en los sentimientos de abandono e indefensión que aparecen con cada separación que se va dando a lo largo del cicló vital individual. Con esos sentimientos nos enfrentamos al mundo y a la muerte como destino.

Becker (2003) lo describe como:

> Este es el terror de haber emergido de la nada, tener un nombre, conciencia de sí mismo, sentimientos íntimos profundos, un agudísimo anhelo de vivir y autoexpresarse, y, sin embargo, pese a todo esto, morir. (Becker, 2003: 11).

Muerte, suicidio y duelo

Si bien el término *suicidio* es relativamente reciente y algunos lo ubican en el siglo XVII, introducido por Browne en 1635 (Sarró, 1991; Rivera Viedma, 2017), la muerte por suicidio es un fenómeno humano que ha existido a lo largo de la historia. Más allá de que el acto en sí es el mismo, lo que cambia son sus significados conceptuales y simbólicos dependiendo del momento histórico, las concepciones religiosas y culturales, la mirada disciplinar que se aborde (p. ej., la filosofía, la sociología, la psicología, etc.) o las propias características y circunstancias de quienes experimentan este comportamiento. Estas diversas miradas y perspectivas han conducido a que este comportamiento pueda ser definido desde el delito, el pecado, la libertad, la enfermedad o el sentido de la vida. Esto va de la mano con las múltiples formas de denominarlo: «asesinarse», «levantar la mano contra uno mismo», «retirarse o separarse de la sociedad», «desertar de la vida», «morir voluntariamente», «quitarse la vida», «decidir la muerte». Detrás de cada una de estas perspectivas y denominaciones no solo hay conocimiento, sino un juicio de valor implícito (Salman Rocha, 2011).

De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el suicidio es la acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza, mientras que suicidarse es quitarse voluntariamente la vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) define al suicidio como el acto de matarse a sí mismo deliberadamente y al intento

de suicidio como cualquier comportamiento suicida no fatal, el cual puede o no tener una intención o resultado fatal. Se aclara que el incluir en este último término las autolesiones sin intención suicida se debe a que la intencionalidad puede ser difícil de evaluar, ya que puede estar rodeada de ambivalencia o incluso ocultación. Habitualmente suele distinguirse el intento, que tiene intencionalidad de muerte, del parasuicidio, en el que las lesiones autoinfligidas carecen de intencionalidad letal. Finalmente, se define a la conducta suicida como una variedad de comportamientos que incluyen los pensamientos suicidas (o ideación), la planificación, el intento de suicidio y el suicidio consumado.

Aunque se describen conductas animales equiparables al suicidio, algunos autores destacan que se trata de una conducta esencialmente humana, ya que es necesario ser consciente de qué es la vida, la muerte y el morir, para tener la capacidad de suicidarse.

Resulta de interés revisar algunos cambios en las concepciones y actitudes ante la muerte por mano propia a lo largo de la historia, antes de introducirnos en el tema específico de los procesos del duelo en estas circunstancias.

En la Antigüedad las valoraciones ante el fenómeno de la conducta suicida eran variables y a veces contradictorias. Si bien fue considerada como una afrenta contra la comunidad y el Estado por griegos y romanos, se la juzgaba como un derecho de los individuos ante determinadas circunstancias autorizadas por el Estado, como la enfermedad, la derrota o la vejez. Incluso para algunas civilizaciones podía ser un acto loable o altruista, como lo reflejan algunos pasajes bíblicos. En América, según el Códice de Dresde del siglo XI, los mayas veneraban a Ixtab, la diosa de la horca, que protegía a quienes se suicidaban por ahorcamiento (Baquedano López, 2014).

En la Edad Media este comportamiento adquiere la connotación de ser un pecado mortal, con la consolidación de algunas religiones como el cristianismo o la religión musulmana. El suicidio era sancionado y castigado por la propia comunidad y legalmente de manera severa, con embargo de bienes, impidiendo sagrada sepultura o arrastrando el cadáver del suicida.

Entre los siglos XVI y XVII, con la sacralización de la muerte, la postura de la intolerancia se profundiza. Desde la perspectiva religiosa se lo considera el más grave de los pecados y se lo asocia con fuerzas diabólicas, y desde lo penal se lo considera delito grave.

Hacia los siglos XVIII y XIX las posturas sociales se flexibilizan por medio de lo que algunos autores sintetizan como tres grandes fenómenos: a) la secularización, es decir, que el suicidio deja de ser pecado y comienza a asociarse con factores sociales y psicológicos (reflejado en campos como la filosofía, la literatura o el derecho representados por Hume, Montesquieu, Voltaire o Durkheim, entre otros); b) la descriminalización: las penas se aminoran o deja de considerarse como delito; y c) la patologización: el suicidio comienza a asociarse con la medicina, especialmente hacia mediados

del siglo XIX, ya sea con un trastorno mental (Falret, 1820) o con una crisis afectiva, efecto de una enfermedad o de un delirio agudo (crisis de «afección moral», Esquirol, 1838). Es en este período que el término es adoptado por la Academia Francesa de la Lengua en 1772 y por la Real Academia de la Lengua Española en 1817, en tanto el *Diccionario Oxford de Inglés* ya lo había incluido un siglo y medio antes, en la edición de 1651 (Andrés, 2003: 29).

Uno podría decir que el interjuego de estos tres procesos o fenómenos recién descriptos ha persistido hasta la actualidad.

Uruguay ha acompañado estos cambios a lo largo de su historia reciente. Concebido como tema tabú, privado, individual, rechazado y sancionado legal y socialmente, muy lenta y gradualmente fue comenzando a visibilizarse como una problemática que compromete al Estado y al conjunto de la sociedad. Por ejemplo, desde la perspectiva jurídica, algunos trabajos señalan que hacia 1880 el suicidio era un delito, pero ya en el Código Penal del año 1934 es despenalizado. Persiste aún como delito el suicidio asistido (Art. 315 del Código Penal),[1] con penas de penitenciaria de 6 meses a 6 años, que pueden ser más altas si los suicidas son menores 18 años, padecen de trastorno mental o están bajo efectos de sustancias. No obstante, existe un atenuante que exonera de penalización cuando se lo juzga como homicidio piadoso (Art 37 del Código Penal),[2] en circunstancias en que se comete un homicidio por alguien considerada persona honorable, ante el sufrimiento y reiteradas súplicas de la víctima.

El suicidio se inscribe dentro de las llamadas muertes violentas, es decir, una muerte atribuida a causas exógenas. A diferencia de un homicidio, la víctima y el victimario son la misma persona; se es agente y víctima del mismo acto, en un único instante. Por su carácter de muerte violenta, el suicidio es, por lo general, un fenómeno de difícil elaboración, por cuanto sucede de una manera repentina, a menudo (aunque no siempre) inesperada e inaceptable en muchas culturas. Si una muerte golpea, un suicidio lo hace dos veces instalando en los sobrevivientes interrogantes a veces difíciles de responder, asociando al dolor de la pérdida la culpa ante un hecho «que no debió haber sucedido o que se podía haber evitado» (López García, Hinojal Fonseca, Bobes García, 1993). Se ha dicho que el duelo es el precio que uno paga por amar, siendo este más alto cuando se trata de un suicidio. «La muerte más difícil de aceptar es la causada por la decisión de un ser querido de quitarse la vida» (Pangrazzi, 2013). A veces, sin embargo, también puede significar un alivio para los sobrevivientes, como se verá más adelante. Si observamos el duelo por suicidio basados en datos

1 «El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con seis meses de prisión a seis años de penitenciaría. Este máximo puede ser sobrepujado hasta el límite de doce años, cuando el delito se cometiere respecto de un menor de dieciocho años, o de un sujeto de inteligencia o de voluntad deprimidas por enfermedad mental o por el abuso del alcohol o el uso de estupefacientes».

2 «[l]os jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima».

proporcionados por el Suicide Prevention Resource Center en 2015, que elaboró una breve guía de las reacciones, implicancias clínicas y sociales para el caso de los sobrevivientes por pérdida de suicidio, es posible identificar un conjunto de reacciones que bien pueden aplicarse a otros tipos de muertes externas. Estas también pueden encontrarse sintetizadas en otros materiales (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2015: 16-18).

A continuación, traducimos y resumimos dichas reacciones:

1) *Conmoción e incredulidad*. Muchos sobrevivientes reportan una respuesta inicial de sorpresa e incredulidad ante la noticia de la muerte. Esto parece ser particularmente probable cuando el suicidio parece «fuera de lugar», es decir, cuando lo realiza alguien que fue visto como incapaz de matarse a sí mismo.
2) *Preguntarse acerca del ¿por qué?* El suicidio viola una creencia de que casi todo el mundo quiere vivir. El sobreviviente a menudo siente una intensa necesidad de dar sentido a algo que, en principio, no puede tener ningún sentido en absoluto: ¿Por qué hacen esto? Esta interrogante surgirá sucesivas veces y forma parte del procesamiento del duelo y su elaboración.
3) *Vergüenza*. El suicidio y los trastornos psiquiátricos tienen una larga historia de miedo, pena y estigma asociados con ellos (Feigelman, Gorman y Jordan, 2009). Esto ayuda a explicar los sentimientos de vergüenza que muchos sobrevivientes sienten viviéndose responsables, algunas veces, de dicha pérdida, o sienten miedo a ser juzgados. La vergüenza y la discriminación son muy favorecidas por las creencias y el contexto cultural (García-Vineigras y Pérez, 2013). Los sobrevivientes a menudo interiorizan las actitudes culturales más grandes y fuertes.
4) *La responsabilidad, la culpa*. Dado que el suicidio es percibido con frecuencia como una causa inexplicable y aterradora de la muerte, por lo general, provoca en los afligidos una necesidad de entender por qué la persona se suicidó. Pero, a su vez, sienten cierta responsabilidad, al no haber sido capaces de detectar las señales de angustia o advertencia, y culpa por encontrarse vivo y su familiar o allegado estar muerto.
5) *Ira*. La raíz latina de la palabra suicidio, literalmente, significa «autoasesinato». Por lo tanto, las reacciones de los sobrevivientes ante la pérdida por suicidio, a veces, pueden ser similares a las de los sobrevivientes de la pérdida por homicidio. En estas últimas el sentimiento predominante es la rabia con el agresor. En el suicidio, sin embargo, el «autor» del «asesinato» es también la «víctima». Este hecho puede generar un conjunto de emociones confusas y complejas en los

supervivientes. Aprender a mantener estas contradicciones puede ser un desafío importante para ellos.

6) *Rechazo y abandono*. Por ejemplo, una esposa cuyo marido se ha quitado la vida puede sentirse profundamente abandonada.
7) *Temor*. Para la mayor parte de las personas, el suicidio es una causa misteriosa y aterradora de muerte. Las secuelas comunes de suicidio incluyen hipervigilancia, una mayor vigilancia y ansiedad por saber si se repetirá el evento traumático, así como un esfuerzo mental intenso de averiguar cómo se puede evitar que vuelva a ocurrir. Esto implica una pérdida de autoestima y confianza en la resolución de problemas y en la toma de decisiones.
8) *Alivio*. Como se mencionó, el suicidio no es siempre una sorpresa. Cuando se llega al final de una larga lucha, por lo general vinculada con el trastorno psiquiátrico o con problemas de salud, la familia y los amigos pueden descubrirse con la sensación de alivio de que la etapa de preocupación y cuidado de la persona ha terminado. Esto tiene mucha similitud a los sentimientos que muchos cuidadores han experimentado cuando un ser querido ha sufrido y luego muere de cáncer o demencia. Esta sensación de alivio, en ocasiones, puede ser vivida con malestar y ambigüedad.

Finalmente, cabe mencionar que, si bien el duelo por suicidio comparte características con el de otras formas de muerte traumática, algunos autores señalan que hay aspectos que son únicos o probablemente más prominentes en estas circunstancias.

Algunas consideraciones finales sobre la muerte por suicidio: un problema de difícil comprensión

Si bien es un fenómeno prevenible, el acto suicida individual es difícil de predecir. Como señala Rhimer (2002, 2007), la relación estadística entre los diferentes factores de riesgo demográficos, psicosociales y el comportamiento suicida está bien demostrada, pero tiene un valor muy limitado para predecir el suicidio en casos individuales, sobre todo en la población general. Cada acto suicida revela una dinámica y un significado específico que se monta sobre factores comunes, determinando, en su combinación, una alianza catastrófica de elementos universales que hacen difícil la previsión (López García, Hinojal Fonseca, Bobes García, 1993). En línea con estas afirmaciones, algunos autores subrayan que no hay suicidio, sino suicidios (Negro, Tisera y Teti, 2014). Sin embargo, aun aceptando la impredecibilidad del acto suicida individual, conocer las circunstancias y condiciones que aumentan la vulnerabilidad y entender las motivaciones psicológicas,

sociales y culturales son premisas necesarias para comprender y abordar un comportamiento tan complejo como el que nos ocupa.

En su libro *Levantar la mano sobre uno mismo: Discurso sobre una muerte voluntaria*, en 1976 (Améry, 2005), Jean Améry (Hans Mayer), compañero de campos de concentración de Viktor Frankl, Primo Levi e Imre Kertész, concibe al suicidio como un «acto indescriptible». Lo que hace que cada caso sea por completo singular es «la situación vivida, que nunca es absolutamente comunicable, de forma que cada vez que alguien muere por su propia mano, o intenta morir, cae un velo que nadie volverá a levantar, que quizás, en el mejor de los casos, podrá ser iluminado con suficiente nitidez como para que el ojo reconozca solo una imagen huidiza». En este mismo sentido, varios siglos antes Hume, en alguno de sus principales escritos breves sobre religión, señalaba que el suicidio se puede analizar, pero nunca explicar, pues el suicidio no tiene causas, solo motivos (Tasset, 2005).

En las siguientes páginas el lector encontrará un cúmulo de información, datos, evidencia empírica, reflexiones y orientaciones sobre este hecho, que han sido compilados con la intención de sentar bases para ayudar a desentrañar y analizar los distintos «motivos» que pueden estar por detrás de este enigmático fenómeno social y que podrán ser útiles como guía para acciones transformadoras del escenario actual.

> Si el primer paso para resolver un problema es tomar conciencia de su existencia, a partir de ahí aún queda todo por hacer. Pero la determinación de enfrentarnos al suicidio es un requisito básico para su prevención. (...) Debemos abrir los ojos a una realidad demasiado dura para seguir ignorándola. Y aunque en ese proceso de concienciación y tratamiento público los suicidios individuales deben ser tratados con toda la cautela y se recomienda respetar y silenciar los detalles particulares, es importante que continúe aumentando el volumen de discurso colectivo. El siglo XX no supo plantar cara a la sombra de la condena social, religiosa y política que la historia ha proyectado en forma de tabú. (Pérez Jiménez, 2007: 219).

Bibliografía

Allué, M. (1998). La ritualización de la pérdida. *Anuario de Psicología*, 29(4), 67-82.

Améry, J. (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo: Discurso sobre una muerte voluntaria*. Valencia: Pre-textos (Versión castellana de Marisa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Anglés). Versión Original 1976.

Andrés, R. (2003). *Historia del suicidio en occidente*. Barcelona: Península.

Ariès, P. (1984). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.

Ariès, P. (2007). *Morir en Occidente. Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora.

Baquedano López, G. (2014). El suicidio en la cultura maya: una aproximación psicoantropológica. En M. Frutos Cortés (coord.). *Violencia social y suicidio*

en el sureste de México. Memoria de un encuentro regional. Secretaría de Salud del Estado de Campeche, Universidad Autónoma del Carmen.
Becker, E. (2003). *La negación de la muerte*. Barcelona: Editorial Kairós.
Biedma, L.; García, I. y Serrano del Rosal, R. (2019). Percepciones sociales del dolor. *Opiniones y Actitudes*, 77. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
Bowlby, J. (1988). *Loss: Sadness and depression* (vol. 3). Nueva York: Penguin Books.
Cabodevilla, I. (2003). Las reacciones de duelo. En M. Die (ed.). *Psiconcología*, Madrid: Ades.
Cohen Agrest, D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
Feigelman, W.; Gorman, B. S.; Jordan, J. R. (2009). Stigmatization and suicide bereavement. *Death Studies*, 33(7), 591-608.
Gala León, F. J.; Lupiani Jiménez, M.; Raja Hernández, R.; Guillén Gestoso, C.; González Infante, J. M.; Villaverde Gutiérrez, M.; Alba Sánchez, I. (2002). Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo: una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense*, 30, 39-50.
Gamo Medina, E.; Pazos Pezzi, P. (2009). El duelo y las etapas de la vida. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 455-469.
García-Viniegras, C. R. V.; Pérez Cernuda, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274.
Gill Villa, F. (2011). *La derrota social de la muerte*. Madrid: Abada Editores.
International Association for Suicide Prevention (IASP) (2020). *Decriminalisation of Attempted Suicide IASP Policy Position Statement*. IASP Newsbulletin.
Laplanche, J. (1987). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires: Amorrortu.
Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G. (2017). Conducta suicida en adolescentes y jóvenes en Uruguay: características de los registros y recursos humanos en emergencias públicas. *Rev. Psiquiatr. Urug.*, 81(1), 10-29.
Larrobla, C.; Contino, S.; Torterolo, M. J. (2017). Adolescencia y suicidio: su abordaje como fenómeno complejo desde el sector Salud. *70 años de suicidio en el Uruguay: 7 disciplinas, 7 encuentros, 7 entrevistas*. Montevideo: CSIC-UDELAR.
López García, B.; Hinojal Fonseca, R.; Bobes García, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de derecho penal y criminología*, 3, 309-412.
National Action Alliance for Suicide Prevention (2015). Responding to Grief, Trauma, and Distress After a Suicide. U.S.: National Action Alliance for Suicide Prevention. U.S. National Guidelines Survivors of Suicide Loss Task Force April 2015.
Negro, M.; Tisera, C.; Teti, G. L. (2014). Suicidio y muerte. *Clepios, Revista de Profesionales en Formación en Salud Mental*, 20(3),118-122.
Organización Mundial de la Salud (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Ginebra: OMS.
Pangrazzi, A. (2013). «La muerte menos aceptada es la de un ser querido que se quita la vida». Entrevista publicada en el periódico *Faro de Vigo* por F. Franco el 09.03.2013.

Pérez Jiménez, J. C. (2007). *La mirada del suicida. El enigma y el estigma*. España: Plaza y Valdes.
Rihmer, Z. (2002). Strategies for suicide prevention. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 83-87.
Rihmer, Z. (2007). Suicide risk in mood disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(1), 17-22.
Rivera Viedma, C. (2017). Una aproximación lingüística del suicidio: orígenes y problemas de uso actual en la lengua española. En Guajardo, G. (ed.) *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
Salman Rocha, G. (2011). Futuro imperfecto: dimensión hermenéutico-simbólica del suicidio en la obra de Jorge Semprún. Tesis de Doctorado en Letras Modernas, Univ. Iberoamericana, México.
Szasz, T. (2002). *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Barcelona: Paidós.
Tasset, (2005). *Hume: Escritos impíos y antirreligiosos*. Madrid: Akal.
Torralba, F. (1999). *Futilidad y vulnerabilidad, en la medicina paliativa, una necesidad sociosanitaria*. Santurce: Hospital San Juan de Dios, 283-298.
Vargas Solano, R. E. (2003). Duelo y pérdida. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20(2), 47-52.

Capítulo 2. Suicidio a nivel mundial, latinoamericano y en Uruguay

Introducción

El siguiente capítulo y el anexo estadístico pretenden contextualizar el fenómeno del suicidio y brindar un abanico amplio de fuentes y de datos disponibles. La Organización Mundial de la Salud[3] (OMS) presenta cifras de los países miembros que reportan información anualmente y estas cifras están disponibles en bases de datos, infografías, documentos y mapas. En Uruguay es el Ministerio de Salud Pública[4] el que informa las cifras oficiales para el país y las reporta a la OMS. Uruguay cuenta con datos desde 1897 al presente publicados por Estadísticas Vitales del MSP. Otra fuente disponible es la brindada por el Ministerio del Interior, por medio de su Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad,[5] que ofrece, en línea, datos de suicidios desde 1980 a la fecha.

El suicidio es definido y entendido por la OMS como «el acto de matarse deliberadamente», comprendiendo la acción y el efecto de quitarse voluntariamente la vida. La palabra surge del latín, *sui*, que significa «a sí mismo», y *caedere*, que significa «matar» y ha tenido, desde sus comienzos, una connotación negativa. Esta palabra surge en el siglo XVII, en Inglaterra, en el tratado *Religio medici*, de Thomas Browne, y resulta un término corriente a partir de 1650 (Andrés, 2015). De esta forma, se subraya el hecho de que el acto de violencia se dirige hacia sí, que el objeto del acto es el mismo sujeto que lo lleva a cabo.

Se suicidan aproximadamente 800.000 personas por año. Por cada suicidio consumado se calcula que entre 10 y 20 intentos de suicidio fallidos determinan múltiples lesiones y graves efectos emocionales, tanto para el sujeto suicida como para su familia y allegados, por lo cual se llegaría a una cifra anual de entre 15 y 20 millones de tentativas de suicidio (Berlote, 2002a). Acontece, por lo tanto, una muerte cada 40 segundos en el mundo por suicidio y un intento cada 1-2 segundos (Berlote, 2002b).

Cada suicidio representa una tragedia que afecta a familias, comunidades y países y tiene efectos duraderos para los allegados del suicida. Así, como expresa Cohen (2007), «en el fenómeno del suicidio se juegan cuestiones fundamentales que competen ni más ni menos que al poder o al

3 Disponible en: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms>, <http://apps.who.int/gho/data/view.sdg.3-4-data-ctry?lang=en>.

4 Disponible en: <http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=VITAL_DEF1&lang=esp>. <https://uins.msp.gub.uy/defunciones.html>.

5 Disponible en: <https://www.minterior.gub.uy/observatorio/>.

deber del Estado frente a las convicciones o desesperanzas más personales».

Kalina y Kovadloff (1983), citados por Robertt (1997: 74) señalaban que «en cada sujeto que se mata fracasa una propuesta comunitaria, en donde los procesos de anomia asociados a movimientos fuertes en la tasa de suicidio cuestionan nuestros modelos de desarrollo, social y económico». En países de ingresos bajos y medios es donde se produce el 75% de los suicidios. A nivel mundial, representa el 50% de todas las muertes violentas entre los hombres y un 71% entre las mujeres.

La OMS plantea que «el suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, basadas en datos fidedignos y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral». Uno de los componentes característicos de las estrategias nacionales de prevención del suicidio es el de un sistema de información y vigilancia.[6]

Suicidios en el mundo

En 2016, la tasa de suicidios para ambos sexos fue de 10,6 cada 100.000 habitantes, dentro de la cual la masculina tuvo un valor de 13,5 y la femenina de 7,7, siendo la relación de 1,8 hombres por cada mujer. La región que presenta la mayor tasa de suicidios es la europea, con un valor de 15,4 cada 100.000 habitantes, seguida de Asia Sudoriental con 13,2, el Pacífico Occidental con 10,2. El cuarto lugar lo ocupan las Américas, con una tasa de 9,8, seguidas de la región africana con 7,4 y, por último, el Mediterráneo Oriental, con un valor de 3,9.

En cuanto a la tasa masculina, son las regiones europea y americana las que comparten el primer y segundo lugar en importancia, con valores de 24,7 y 15,1; seguidas de Asia Sudoriental con 14,8, el Pacífico Occidental con 10,9, África con 9,9 y el Mediterráneo Oriental con 5,1.

La novedad en las tasas de las mujeres surge que en primer lugar aparece Asia Sudoriental con un valor de 11,6, seguida del Pacífico Occidental con 9,4, por Europa con 6,6, por África con 4,8, por las Américas con 4,6 y por el Mediterráneo Oriental con el valor más bajo de 2,7.

En el mundo se suicidaron 1,8 hombres por cada mujer y Europa y la región de las Américas son las que presentan la mayor distancia entre hombres y mujeres, con valores de 3,7 y 3,3 hombres por cada mujer, respectivamente. Dicha distancia es menor para las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, que presentan valores de 1,3 y 1,2 hombres por cada mujer, respectivamente, valores en que la relación entre hombres y mujeres son los más bajos.

6 Este componente tendrá como meta y objetivo mejorar la calidad y la temporalidad de los datos nacionales sobre el suicidio y los intentos de suicidio. Apoyar el establecimiento de un sistema integrado de recopilación de datos que sirva para identificar a grupos y personas vulnerables, así como detectar situaciones de vulnerabilidad (OMS, 2014).

Suicidios por regiones para ambos sexos, hombres, mujeres y relación hombres sobre mujeres. Tasas cada 100.000 habitantes.

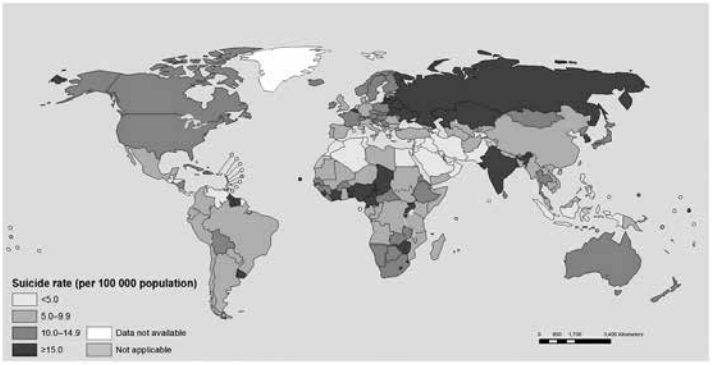
Región	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Relación H/M
África	7,4	9,9	4,8	2,1
Américas	9,8	15,1	4,6	3,3
Mediterráneo Oriental	3,9	5,1	2,7	1,9
Europa	15,4	24,7	6,6	3,7
Asia Sudoriental	13,2	14,8	11,6	1,3
Pacífico Occidental	10,2	10,9	9,4	1,2
Total	10,6	13,5	7,7	1,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.[7]

En el siguiente mapa puede observarse que Uruguay está en el grupo de los 27 países con tasas de suicidios muy altas, con valores iguales y superiores a 15,0 cada 100.000 habitantes, en la posición número 15, con una tasa de 18,4 para el año 2016. De América del Sur, exceptuando a Guyana y Suriname pertenecientes al Caribe no hispano, Uruguay se presenta en primer lugar, con la tasa de suicidios más alta, seguido por Bolivia, con una tasa de 12,2 cada 100.000 habitantes.

En primer y segundo lugar con las tasas más altas a nivel mundial para el año 2016 se encuentran Lituania y la Federación Rusa, con tasas de 31,9 y 31,0 cada 100.000 habitantes, respectivamente. Los países con las tasas más bajas son Antigua y Barbuda y Barbados, con tasas de 0,5 y 0,8 cada 100.000 habitantes, respectivamente.

Suicidios a nivel mundial, ambos sexos, 2016. Tasas cada 100.000 habitantes.

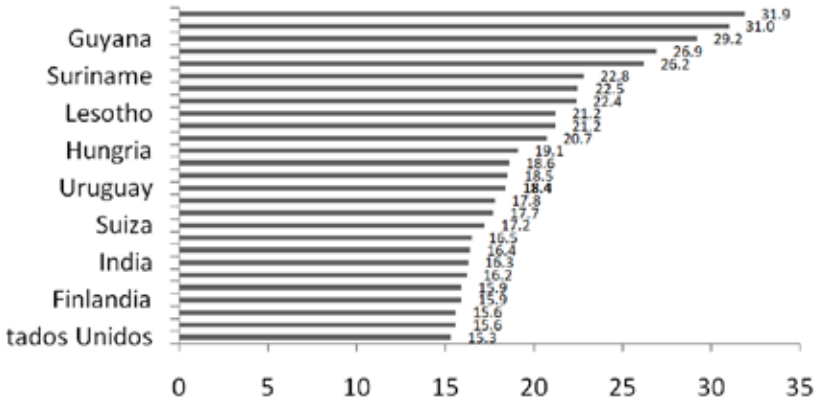


Fuente: OMS.

7 Disponible en: <https://apps.who.int/gho/data/node.sdg.3-4-viz-2?lang=en>.

De los 183 países que reportaron sus tasas de suicidios a la OMS en el año 2016 Uruguay se encuentra en el grupo de 66 países que presentó un aumento porcentual con respecto al año 2000, con un crecimiento del 5,7%.

Suicidios según países con tasas muy altas. Tasas cada 100.000 habitantes.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Suicidio en Latinoamérica

En la región de las Américas ocurren alrededor de 65.000 suicidios anualmente, con una tasa para ambos sexos de 9,8 cada 100.000 habitantes y de 15,1 para los hombres y de 4,6 para las mujeres. Según la OMS, los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como «irregulares», como también el retraso en el reporte de los datos es uno de los problemas.

A nivel regional también es posible identificar valores distintos en las tasas de suicidio entre países, ya que estos se relacionan con las notificaciones iniciales de suicidios y posibles clasificaciones erróneas.[8] Bajo estas circunstancias, la validez de los casos denunciados puede verse influenciada por factores culturales y religiosos, así como por la estigmatización de quienes cometen este acto. Esto se debe a la complejidad del procedimiento, de niveles múltiples, en donde participan varias autoridades responsables que pueden variar de un país a otro, y abarca cuestiones médicas y legales.

En Latinoamérica, exceptuando a Guyana y Suriname pertenecientes al Caribe no Hispano, Uruguay es el que presenta la mayor tasa de suicidios

8 «Las defunciones por suicidio suelen estar mal clasificadas según los códigos de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como "intención no determinada (códigos Y10-Y34 de la CIE-10), también como "accidentes" (códigos V01-X59), "homicidios" (códigos X85-Y09) o "de causa desconocida" (códigos R95.R99)» (OMS, 2014).

con un valor de 18,4 en el año 2016. Con valores altos en la tasa de suicidios se encuentran Bolivia y Chile con tasas de 12,2 y 10,6, respectivamente. En el grupo de países con tasas medias de suicidios están Brasil (6,5), Ecuador (7,1), Colombia (7,2), Argentina (9,2) y Paraguay (9,5). Solamente Venezuela y Perú presentan tasas de suicidios muy bajas, con valores de 3,7 y 4,9, respectivamente.

Suicidios en Latinoamérica, ambos sexos, 2016. Tasas cada 100.000 habitantes.[9]

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Como puede observarse en el siguiente cuadro, en los dos períodos (2000-2016) aparece Uruguay en primer lugar con la tasa de suicidios más alta, con valores de 17,4 y 18,4 cada 100.000 habitantes. Perú es el país que muestra las menores tasas de suicidios, con valores de 5,1 y 4,9.

De los diez países de la región que presenta el cuadro, solo tres presentan un incremento de sus tasas: Brasil con una variación porcentual del 35,4%, seguido de Ecuador con un 16,4% y Uruguay con un incremento del 5,7%.

9 Baja: menor a 5 cada 100.000 habitantes; media: entre 5 y 9,9 cada 100.000 habitantes; alta: entre 10 y 14,9 cada 100.000 habitantes y muy alta: mayor a 15 cada 100.000 habitantes.

Suicidios según países Latinoamericanos, 2000-2016. Tasas cada 100.000 habitantes.

País	2000	2016	Variación % 2000-2016
Argentina	9,5	9,2	-3,2
Bolivia	16,4	12,2	-25,6
Brasil	4,8	6,5	35,4
Chile	10,9	10,6	-2,8
Colombia	7,6	7,2	-5,3
Ecuador	6,1	7,1	16,4
Paraguay	10,1	9,5	-5,9
Perú	5,1	4,9	-3,9
Uruguay	17,4	18,4	5,7
Venezuela	8	3,7	-53,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Suicidio en Uruguay

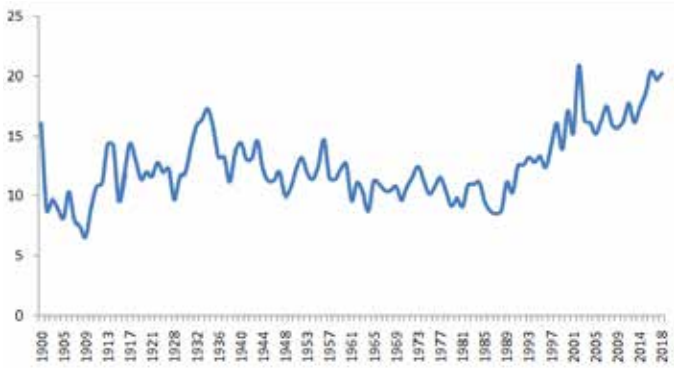
El suicidio es un fenómeno estructural en Uruguay desde comienzos del siglo XX hasta el presente. El desarrollo de la tasa de suicidios debe comprenderse y explicarse en su asociación a los cambios socioculturales, económicos y políticos, sin los cuales no es posible interpretar el devenir del fenómeno del suicidio en el Uruguay.

En este período, que abarca el siglo XX hasta el año 2018 del XXI, el promedio de la tasa de suicidios fue de 12,6 cada 100.000 habitantes, y para los años del siglo XXI fue de 17,4. En el año 1909 fue que la tasa presentó su valor mínimo (6,6) y el máximo histórico fue en el 2002 (20,9). Este máximo histórico se procesa en un momento de crisis económica y social, que expresa sus peores valores en indicadores como pobreza, indigencia, desempleo, etc.

Como toda periodización, la siguiente es arbitraria. El suicidio en el Uruguay presentaría tres grandes etapas en su desarrollo: un primer momento que abarcaría de comienzos del siglo XX (1900) hasta el primer pico histórico en la tasa de suicidios que se presenta en 1934, en donde alcanzó un valor de 17,3 cada 100.000 habitantes. El segundo momento, que se puede observar en el gráfico siguiente, corresponde desde el año 1935 con un decrecimiento de la tasa de suicidios con leves oscilaciones, hasta llegar a un mínimo en el trienio 1986-1988, con una tasa media de suicidios de 8,7 cada 100.000 habitantes. Y la última etapa comprendería desde el año 1989 hasta 2018, en donde se produce una tendencia al crecimiento de la tasa de

suicidios y se pasa por el mayor valor histórico de la tasa de suicidios hasta el presente (2002), culminando esta tendencia en 2018, con un valor de 20,2 cada 100.000 habitantes. En este período de tiempo todos los grupos etarios presentan un crecimiento sostenido en de la tasa de suicidios.

Suicidios, 1900-2016. Tasas cada 100.000 habitantes.



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

En el gráfico siguiente se presentan las tasas de suicidios según sexo y de ambos sexos para los años en que se realizaron los censos poblacionales para Uruguay. En el año 1908 la tasa de suicidios para ambos sexos muestra un valor de 7,5. La de los hombres tiene un valor de 8,7 y la femenina, a una corta distancia, con un valor de 6,2 cada 100.000 habitantes. La relación hombre sobre mujer es de 1,4 hombres por cada mujer en este año (1908) y es la relación más cercana para los seis momentos.

En el segundo momento (1963) esta relación adquiere valores similares a la tendencia mundial, que se ubica entre 3 y 4 hombres por cada mujer. En 1963, la tasa masculina presenta una variación porcentual del 85% y la femenina decrece en un 22% adquiriendo valores de 16,1 y 4,8 cada 100.000 habitantes, respectivamente. En los dos períodos siguientes (1975, 1985) la tasa masculina crece levemente y se estanca, la femenina de nuevo decrece con respecto al período próximo anterior y llega, en 1985, a un valor de 3,4 cada 100.000 habitantes.

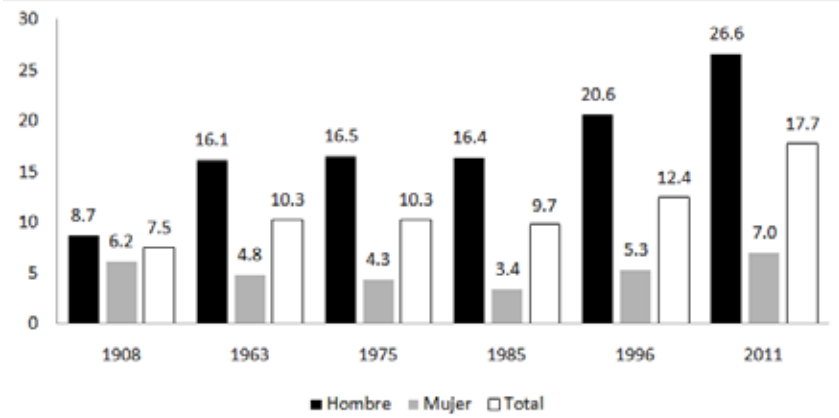
En 1985, la tasa de suicidios para ambos sexos presenta un incremento negativo con respecto a 1975 de 5,8% y llega a un valor de 9,7 cada 100.000 habitantes. Del año 1985 a 1996 la tasa masculina, femenina y la de ambos sexos presentan un incremento y llegan a valores de 20,6 la masculina, 5,3 la femenina y 12,4 cada 100.000 habitantes la total. Los incrementos correspondientes fueron del 25,6%; 55,9% y 27,8% la tasa total, con una importante variación porcentual de la tasa femenina.

El último año 2011 nuevamente muestra el mismo comportamiento de crecimiento en la variación porcentual de la tasa de suicidios, tanto para

hombres y mujeres como la de ambos sexos. En este caso, el incremento fue de 29,1% la tasa masculina, 32,1% la femenina y la total del 42,7%. La tasa masculina llegó a un valor de 26,6, la femenina a 7,0 y la tasa total de suicidios cada 100.000 habitantes llegó a 17,7.

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

Suicidios consumados según sexo, 1908-2011. Tasas cada 100.000 habitantes.



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

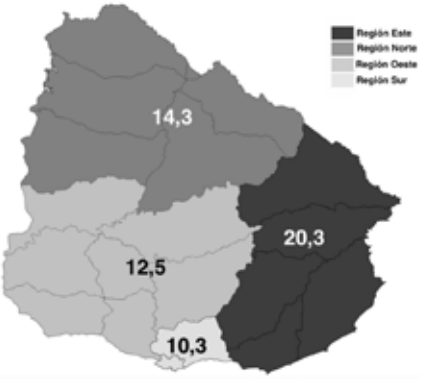
A nivel espacial, como se puede observar en los siguientes cuadro y mapas, se diferencian las tasas medias de suicidios por regiones. La región este es la que históricamente se presenta con el mayor valor. En el siguiente mapa se muestra la tasa media del período 1963-1967, en donde aparece la región este con el valor más alto de 20,3 cada 100.000 habitantes, en segundo lugar, la región norte con una tasa de 14,3, seguida de la oeste (12,5) en tercer lugar y la tasa más baja es para la zona sur (10,3).

Tasa media de suicidios por regiones según períodos de tiempo, ambos sexos, 1963-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.

Región	1963-67	1983-87	1988-93	1997-02	2003-08	2009-14	2016-19
Este	20,3	16,4	19,4	31,9	31,3	32,2	27,6
Norte	14,3	11,9	12,0	19,1	19,6	20,7	20,5
Oeste	12,5	12,9	15,4	28,4	29,9	26,7	25,3
Sur	10,3	10,1	10,1	20,1	18,7	17,5	17,0

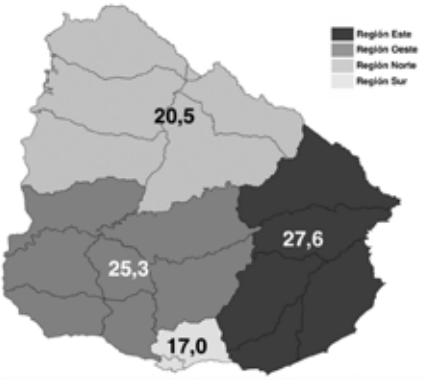
Fuente: Elaboración propia a partir de información del MSP, INE, Uruguay.

Tasa media de suicidios en Uruguay, ambos sexos, 1963-1967. Tasas cada 100.000 habitantes.



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

Tasa media de suicidios en Uruguay, ambos sexos, 2016-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.



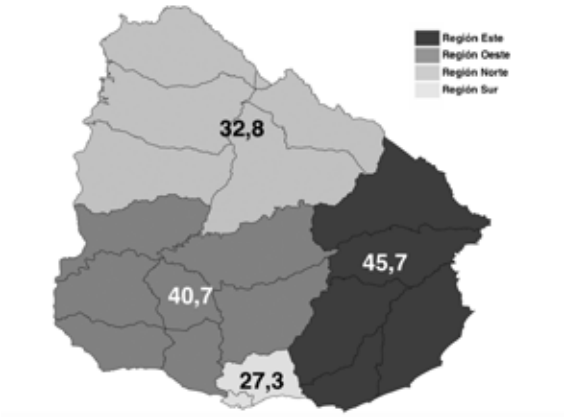
Fuente: Elaboración propia a partir de información del MSP, INE, Uruguay.

En el mapa anterior, que presenta el último período (2016-2019), la región este alcanza una tasa de 27,6 cada 100.000 habitantes para ambos sexos. En orden decreciente de tasas medias se encuentran la región oeste con 25,3; la región norte con 20,5 y la región sur con 17,0 cada 100.000 habitantes.[10] Las tasas medias de suicidio para el período 2016-2019 diferenciada para hombres y mujeres según la misma regionalización, aportan como lectura el mismo orden de decrecimiento, en el cual las tasas medias

10 Regionalización según regiones de ASSE: **este**: Cerro Largo, Lavalleja, Maldonado, Rocha, Treinta y tres; **oeste**: Colonia, Durazno, Flores, Florida, Rio Negro, San José, Soriano; **norte**: Artigas, Paysandú, Rivera, Salto, Tacuarembó; **sur**: Canelones, Montevideo.

de suicidios masculina para la región este alcanza un valor de 45,7, para la región oeste de 40,7, para la región norte de 32,8 y para la zona sur de 27,3 cada 100.000 habitantes.

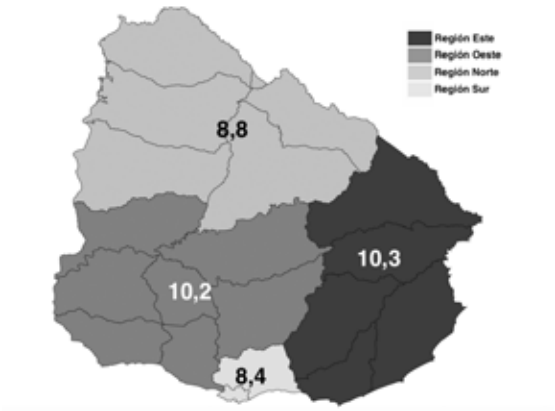
Tasa media de suicidios en Uruguay, hombres, 2016-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.



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

La tasa de suicidios femenina por regiones expresa el mismo patrón: la región este tiene el valor más alto y la sur la tasa más baja de suicidios, con valores que van de 10,3 cada 100.000 habitantes a 8,4 en la región sur.

Tasa media de suicidios en Uruguay, mujeres, 2016-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.



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

En el siguiente cuadro puede observarse, al igual que en los mapas anteriores, que es la región este la que presenta la mayor tasa media para ambos sexos así como como para hombres y mujeres, y es la región sur la que presenta los valores más bajos en sus tasas de suicidios. También cuando se analiza la razón de hombres: mujeres en la región este, la que presenta una mayor masculinización del fenómeno, con un valor de 4,4 hombres por cada mujer. En la zona oeste esta relación es de 4,0 hombres por cada mujer, en la región norte es de 3,7 y la región sur está por debajo del valor nacional de 3,6 hombres por cada mujer, con un valor de 3,3.

Tasa media de suicidios consumados de ambos sexos, hombres y mujeres según región, 2016-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.

Región	Total	Hombres	Mujeres	Hombre/Mujer
Este	27,6	45,7	10,3	4,4
Norte	20,5	32,8	8,8	3,7
Oeste	25,3	40,7	10,2	4,0
Sur	17,0	27,3	8,4	3,3
Total general	20,2	32,7	9,0	3,6

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

En el siguiente cuadro se presentan la cantidad total de suicidios ocurridos entre 2016 y 2019, la proporción que representa cada grupo de edad en el total de casos para esos años y la tasa media de suicidios para ese período.

Puede observarse que, en valores absolutos, el grupo de edad de 35 a 59 años presentó un total de 1064 suicidios consumados, con un porcentaje del 37%. Le sigue el grupo de 18 a 34 años de edad, con 823 casos, un 29% de los suicidios consumados. En tercer lugar, está el grupo de 71 años y más, con 472 casos con una proporción del 16%. En cuarto lugar, el grupo de 60 a 70 años, con 435 suicidios consumados y una proporción del 15%. Por último, el grupo de 11 a 17 años con un porcentaje del 2% y 70 casos.

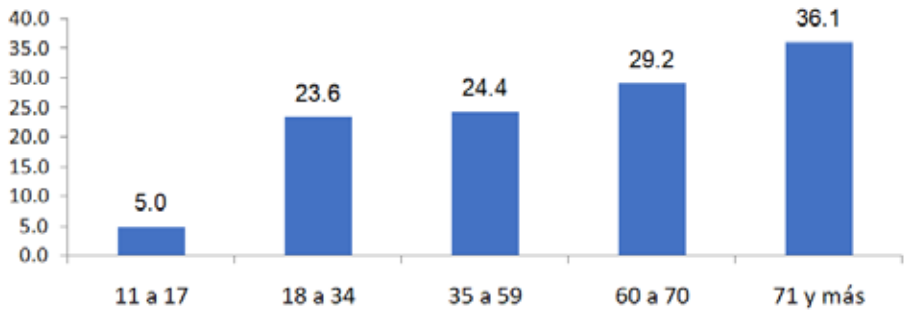
Como puede observarse en los siguientes cuadro y gráfico es el grupo de 71 y más años el que presenta la mayor tasa de suicidios (36,1 cada 100.000 habitantes). A medida que desciende el grupo en edad, la tasa disminuye hasta llegar al grupo de 11 a 17 años, con 5,0.

Suicidios consumados por grupos de edad, cantidad, porcentaje y tasa media cada 100.000 habitantes, 2016-2019.

Grupos edad	Cantidad	Porcentaje	Tasa
11 a 17	70	2	5,0
18 a 34	823	29	23,6
35 a 59	1064	37	24,4
60 a 70	435	15	29,2
71 y más	472	16	36,1

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

Tasa media de suicidios en Uruguay según grupos de edad, ambos sexos, 2016-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.



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

Para finalizar el análisis para el territorio uruguayo, es posible diferenciar al suicidio acorde a áreas urbanas y rurales, y se aprecia un claro foco en zonas urbanas, que representa un 87% de los casos para el período 2012-2017. Para el mismo período, las áreas rurales representan, sin embargo, el 13% de los casos.[11]

11 Fuente: Elaboración propia a partir de información del SGSP-MI-Uruguay, 2012-2017.

Suicidios según países con tasas muy altas, 2016. Tasa cada 100.000 habitantes.

País	Tasa suicidios
Estados Unidos	15,3
Austria	15,6
Serbia	15,6
Finlandia	15,9
Moldavia	15,9
Polonia	16,2
India	16,3
Guinea Ecuatorial	16,4
Croacia	16,5
Suiza	17,2
Francia	17,7
Estonia	17,8
Uruguay	18,4
Japón	18,5
Eslovenia	18,6
Hungría	19,1
Bélgica	20,7
Letonia	21,2
Lesoto	21,2
Ucrania	22,4
Kazakhstan	22,5
Suriname	22,8
Bielorrusia	26,2
Corea del Sur	26,9
Guyana	29,2
Federación Rusa	31,0
Lituania	31,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Suicidios a nivel mundial, hombres, 2016. Tasas cada 100.000 habitantes.

Fuente: OMS.

Suicidios a nivel mundial, mujeres, 2016. Tasas cada 100.000 habitantes.

Fuente: OMS.

Suicidios a nivel mundial, relación hombre/mujer, 2016. Tasas cada 100.000 habitantes.

Fuente: OMS.

Suicidios en Latinoamérica para ambos sexos, hombres y mujeres, 2016. Tasas cada 100.000 habitantes.[12]

País	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina	9,2	15,1	3,5
Bolivia	12,2	15,8	8,6
Brasil	6,5	10	3,1
Chile	10,6	17,2	4,0
Colombia	7,2	11,6	2,8
Ecuador	7,1	10,3	3,9
Guyana	29,2	43,7	14,4
Paraguay	9,5	12,4	6,5
Perú	4,9	7,2	2,7
Uruguay	18,4	29,2	8,3
Venezuela	3,7	6,3	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS.

Suicidios consumados ambos sexos según departamento, región por año, 2016-2019. Valores absolutos.

Departamento	Región	2016	2017	2018	2019
Artigas	Norte	4	10	19	16
Canelones	Sur	122	115	110	126
Cerro Largo	Este	21	18	24	26
Colonia	Oeste	34	32	21	23
Durazno	Oeste	16	17	11	16
Flores	Oeste	6	2	4	5
Florida	Oeste	16	15	15	17
Lavalleja	Este	15	17	20	22
Maldonado	Este	49	47	40	54
Montevideo	Sur	226	204	219	214
Paysandú	Norte	32	24	22	18
Río Negro	Oeste	10	12	19	11
Rivera	Norte	12	14	27	23
Rocha	Este	27	32	27	21
Salto	Norte	17	30	40	26
San José	Oeste	36	38	35	42
Soriano	Oeste	34	19	21	22
Tacuarembó	Norte	24	23	24	29
Treinta y Tres	Este	14	13	12	12

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

12 Baja: menor a 5 cada 100.000 habitantes; media: entre 5 y 9,9 cada 100.000 habitantes; alta: entre 10 y 14,9 cada 100.000 habitantes y muy alta: mayor a 15 cada 100.000 habitantes.

Suicidios consumados ambos sexos según región por año, 2016-2019. Valores absolutos.

Región	2016	2017	2018	2019
Este	126	127	123	135
Norte	89	101	132	112
Oeste	152	135	126	136
Sur	348	319	329	340
Total general	715	682	710	723

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

Suicidios consumados hombres según departamento, región por año, 2016-2019. Valores absolutos.

Departamento	Región	2016	2017	2018	2019
Artigas	Norte	4	8	14	11
Canelones	Sur	96	92	88	93
Cerro Largo	Este	15	14	21	22
Colonia	Oeste	24	29	14	18
Durazno	Oeste	13	13	9	16
Flores	Oeste	5	2	4	3
Florida	Oeste	12	14	14	14
Lavalleja	Este	12	16	15	17
Maldonado	Este	40	39	31	42
Montevideo	Sur	166	155	161	171
Paysandú	Norte	22	20	17	16
Río Negro	Oeste	8	12	14	10
Rivera	Norte	10	12	20	18
Rocha	Este	22	24	22	20
Salto	Norte	14	26	28	21
San José	Oeste	30	30	25	34
Soriano	Oeste	23	13	18	18
Tacuarembó	Norte	22	17	19	22
Treinta y Tres	Este	13	13	11	8

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

Suicidios consumados hombres según región por año, 2016-2019. Valores absolutos.

Región	2016	2017	2018	2019
Este	102	106	100	109
Norte	72	83	98	88
Oeste	115	113	98	113
Sur	262	247	249	264
Total general	551	549	545	574

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

Suicidios consumados de mujeres según departamento, región por año, 2016-2019. Valores absolutos.

Departamento	Región	2016	2017	2018	2019
Artigas	Norte	0	2	5	5
Canelones	Sur	26	23	22	33
Cerro Largo	Este	6	4	3	4
Colonia	Oeste	10	3	7	5
Durazno	Oeste	3	4	2	0
Flores	Oeste	1	0	0	2
Florida	Oeste	4	1	1	3
Lavalleja	Este	3	1	5	5
Maldonado	Este	9	8	9	12
Montevideo	Sur	60	49	58	43
Paysandú	Norte	10	4	5	2
Río Negro	Oeste	2	0	5	1
Rivera	Norte	1	2	7	5
Rocha	Este	5	8	5	1
Salto	Norte	3	4	12	5
San José	Oeste	6	8	10	8
Soriano	Oeste	11	6	3	4
Tacuarembó	Norte	2	6	5	7
Treinta y Tres	Este	1	0	1	4

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

Suicidios consumados de mujeres según región por año, 2016-2019. Valores absolutos.

Región	2016	2017	2018	2019
Este	24	21	23	26
Norte	16	18	34	24
Oeste	37	22	28	23
Sur	86	72	80	76
Total general	163	133	165	149

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

Tasa de suicidios consumados de ambos sexos según región por año, 2016-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.

Región	2016	2017	2018	2019
Este	27,5	27,6	26,6	29,0
Norte	16,9	19,1	25,0	21,2
Oeste	28,1	24,9	23,2	25,0
Sur	17,8	16,3	16,7	17,2
Total general	20,5	19,5	20,3	20,5

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

Tasa de suicidios consumados de hombres según región por año, 2016-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.

Región	2016	2017	2018	2019
Este	45,1	46,6	43,7	47,4
Norte	27,8	32,0	37,7	33,8
Oeste	42,9	42,0	36,3	41,8
Sur	28,2	26,4	26,5	28,0
Total general	32,7	32,5	32,1	33,7

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

Tasa de suicidios consumados de mujeres según región por año, 2016-2019. Tasas cada 100.000 habitantes.

Región	2016	2017	2018	2019
Este	10,3	9,0	9,8	11,0
Norte	6,0	6,7	12,7	8,9
Oeste	13,6	8,1	10,2	8,4
Sur	8,4	7,0	7,8	7,3
Total general	9,1	7,4	9,1	8,2

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

Suicidios en Uruguay, 1900-2016. Tasas cada 100.000 habitantes.

Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa	Año	Tasa
1900	16,0	1925	12,3	1951	12,2	1974	11,3	1997	14,2
1901	8,8	1928	9,7	1952	13,2	1975	10,1	1998	16,0
1903	9,7	1929	11,6	1953	11,9	1976	10,8	1999	13,9
1904	9,0	1930	11,9	1954	11,4	1977	11,6	2000	17,1
1905	8,1	1931	14,0	1955	12,5	1978	10,4	2001	15,3
1906	10,3	1932	15,8	1956	14,7	1979	9,2	2002	20,9
1907	8,0	1933	16,3	1957	11,5	1980	9,8	2003	16,3
1908	7,5	1934	17,3	1958	11,4	1981	9,1	2004	16,1
1909	6,6	1935	15,8	1959	12,2	1982	10,9	2005	15,2
1910	9,0	1936	13,2	1960	12,7	1983	11,0	2006	16,2
1911	10,8	1937	13,3	1961	9,6	1984	11,2	2007	17,5
1912	11,1	1938	11,2	1962	11,1	1985	9,6	2008	15,9
1913	14,3	1939	13,6	1963	10,3	1986	8,8	2009	15,7
1914	14,2	1940	14,4	1964	8,7	1987	8,5	2010	16,2
1915	9,7	1941	13,1	1965	11,3	1988	8,8	2012	17,7
1916	11,8	1942	13,1	1966	11,0	1989	11,2	2013	16,1
1917	14,4	1943	14,6	1967	10,4	1990	10,3	2014	17,4
1918	13,1	1944	12,2	1968	10,4	1991	12,5	2015	18,5
1919	11,4	1945	11,3	1969	10,8	1992	12,6	2016	20,4
1920	12,0	1946	11,3	1970	9,7	1993	13,2	2017	19,7
1921	11,7	1947	12,0	1971	10,8	1994	12,8	2018	20,2
1923	12,8	1948	10,0	1972	11,6	1995	13,3		
1924	11,9	1950	10,7	1973	12,4	1996	12,4		

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

Suicidios consumados en Uruguay según sexo, 1908-2011. Tasas cada 100.000 habitantes.

Año	Hombre	Mujer	Total	Relación H/M
1908	8,7	6,2	7,5	1,4
1963	16,1	4,8	10,3	3,4
1975	16,5	4,3	10,3	3,8
1985	16,4	3,4	9,7	4,8
1996	20,6	5,3	12,4	3,9
2011	26,6	7,0	17,7	3,8
Variación % 1908-2011	205,7	12,9	136,0	171,4

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

Suicidios consumados en Uruguay según grupos de edad, 1908-2011. Tasas cada 100.000 habitantes.

Edad	1908	1963	1975	1985	1996	2011	% variación 1908-2011
0-4	0	0	0	0	0	0	0
5-9	0	0	0	0	0	0	0
10-14	1,6	2,2	0,8	1,2	1,9	1,1	-31,3
15-19	11,9	9,4	4,2	2,6	9,9	14,2	19,3
20-24	14,6	15,4	12,3	6,6	12,7	21,8	49,3
25-29	14,4	10	14,3	7,9	13,3	20,8	44,4
30-34	8,7	9	9	8,3	14,3	16	83,9
35-39	7	9	9,1	11,2	8,5	25,1	258,6
40-44	8,6	13,4	13,7	14,9	20,4	18,9	119,8
45-49	12,3	16	10,1	10,6	7,6	25,7	108,9
50-54	14,8	19,1	13,2	12,7	23,4	18,9	27,7
55-59	12,1	12,6	17,3	23,1	23	21,9	81,0
60-64	5,2	22,8	20,5	21,9	25,7	27,4	426,9
65-69	16,5	20,2	24,2	15,5	23,6	32,2	95,2
70-74	12,6	25,3	22,3	23,9	18,9	22	74,6
75-79	0	22,1	31,4	31,3	29,2	30,5	100,0
80 y más	20,8	23,1	42,8	32,7	21,6	39,4	89,4
Total	7,4	10,3	10,3	9,7	12,4	17,7	139,2

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

Suicidios consumados en Uruguay según grupos de edad, 1997-2018. Tasas cada 100.000 habitantes.

	9 a 14	15 a 19	20 a 29	30 a 59	60 a 74	75 y más	Tasa total
1997	0,6	7,8	14,9	16,3	29,1	34,2	14,1
1998	1,3	11,0	16,2	20,1	26,8	40,2	15,9
1999	1,3	8,8	13,4	16,3	22,9	41,1	13,7
2000	1,2	7,7	18,0	20,3	32,6	39,1	16,9
2001	1,2	8,2	14,8	19,4	28,0	32,4	15,1
2002	1,6	14,5	20,1	25,0	38,1	50,9	20,6
2003	0,9	7,8	15,4	21,4	28,4	35,7	16,1
2004	2,2	9,0	17,6	19,3	24,4	40,5	15,9
2005	0,9	12,4	16,2	16,9	27,7	36,3	15,0
2006	0,6	8,5	16,2	18,4	34,9	34,6	16,1
2007	1,8	15,5	19,8	20,7	27,9	37,4	17,5
2008	1,5	11,2	18,1	19,9	24,8	33,6	16,0
2009	0,3	11,5	20,1	18,6	25,7	34,0	15,9
2010	1,2	11,4	20,4	18,4	27,0	37,2	16,5
2012	1,0	14,0	20,5	20,2	27,0	34,9	17,4
2013	2,6	15,0	20,4	17,7	19,1	37,8	16,0
2014	0,3	12,5	21,9	21,5	22,7	29,2	17,3
2015	1,7	11,5	24,0	21,7	27,8	32,1	18,6
2016	1,0	12,4	25,3	24,2	32,2	42,3	20,8
2017	1,7	14,8	24,7	23,2	25,4	36,8	19,4
2018	2,4	9,6	21,1	26,0	31,0	37,4	20,5

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

Bibliografía

Andrés, R. (2015). *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Acantilado.

Berlote, J. M.; Fleischmann, A. (2002a). A Global Perspective in the Epidemiology of Suicide. *Suicidology*, 7(2).

Berlote, J. M.; Fleischmann, A. (2002b). Suicide and psychiatric diagnosis: a world-wide perspective. *World Psychiatry*, 1(3), 181-185.

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

Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*.

Robertt, P. (1997). *El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico*. Informe de investigación n.º 23. Montevideo: UDELAR.

Capítulo 3. Diferentes abordajes disciplinares de la conducta suicida. Perspectivas para su comprensión

Introducción

El problema del suicidio ha desconcertado a estudiosos durante miles de años y, de hecho, autores como Camus han planteado que la decisión de una persona de vivir o morir constituye la «cuestión fundamental de la filosofía», siendo centro de atención de renombrados filósofos a lo largo de la historia, como Platón, Kant, Sartre, Locke, Hume (Millner *et al*., 2020).

Como señalan algunos autores, los últimos 100 años de investigación sobre el suicidio han arrojado grandes cantidades de resultados empíricos, así como nuevas perspectivas de prevención e intervención. Sin embargo, el progreso teórico no ha sido tan evidente, sino más bien modesto y hay quienes afirman que las teorías del suicidio permanecen en las primeras etapas de desarrollo. Mientras que los avances científicos han llevado a la disminución significativa de otras causas de muerte que alguna vez ocuparon los primeros lugares (por ejemplo, neumonía, cáncer o tuberculosis), la tasa mundial de suicidios se ha mantenido estable durante décadas. Este atraso ha sido en parte atribuido a que existen diversas formas de aproximación a esta problemática, que varían según las disciplinas que la aborden, con hegemonías que por momentos han obstaculizado los avances en su comprensión (Ajdacic-Gross *et al*. 2019; Millner *et al*., 2020).

Comprender este singular y misterioso aspecto de la naturaleza humana es uno de los mayores desafíos que enfrentan tanto el campo académico como la sociedad en su conjunto. Teniendo en cuenta su naturaleza compleja y multidimensional, el suicidio en particular y la conducta suicida en general requieren de miradas interdisciplinares que permitan entrelazar los diversos componentes y niveles en juego y las diferentes perspectivas de análisis. Mejorar la capacidad de comprensión de esta problemática requiere de esfuerzos que ayuden a conectar las dimensiones involucradas en el fenómeno, de modo de crear visiones más integrales, coherentes y sólidas.

A continuación se presentan algunos de los principales planteos y evidencias empíricas que se han propuesto desde diversos escenarios disciplinarios.

La perspectiva sociocultural

Dentro de este amplio abanico denominado sociocultural, se conjugan bajo este denominador diferentes disciplinas, como ser la sociología,

la antropología, la psicología Social y aquellas que reclaman un qué hacer y decir en estos temas, como lo puede ser la etiología social.

Desde la sociología, el pionero en este campo fue Durkheim (1982), quien bajo la influencia del pensamiento francés de la época y debatiendo con otras ciencias sociales o del espíritu, planteó que los hechos sociales deben ser estudiados como cosas y que tienen una realidad ontológica externa al individuo, coaccionándolo en su pensar y actuar. Es así que *El suicidio*, como la división social del trabajo, aparece como puntapié inicial, en la sociología emergente. En *El suicidio* se pone de relieve esta nueva mirada, con la utilización de las cifras de mortalidad. Se define como suicidio a «toda muerte que provenga, tanto de forma mediata como inmediata, de un acto positivo o negativo, (sin importar las razones) realizado por la propia víctima que sabía que iba a producir ese resultado», poniendo en cuestionamiento la atribución de la conducta suicida a un comportamiento meramente individual (Durkheim, 1897: 22). De acuerdo a sus conclusiones, la tasa de suicidio no puede ser explicada por motivaciones individuales, sino que es resultante de la relación entre el individuo y la sociedad. Bajo esta premisa y una vez descartados los casos productos de alteraciones mentales, propone una clasificación en función de las características del lazo que une al individuo con la sociedad, que incluye cuatro formas de suicidio: el egoísta, el altruista, el anómico y el fatalista (Rodriguez Pulido *et al*., 1990).

El *suicidio egoísta,* en el que existen fallas en la integración social y un exceso de individualización de la persona, se produce siempre que se da una desintegración de las estructuras sociales. El lazo social, dirá Durkheim, se ha desatado. El *suicidio altruista* ocurre cuando el individuo está demasiado integrado a la sociedad y carece de individualidad (enfermos desahuciados, militares derrotados) El *suicidio anómico* depende de un fallo o dislocación de los valores sociales que llevan a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación en la vida (por ej., ruina repentina, divorcio, cambios drásticos de hábitos o de vida). Se produce en condiciones de ruptura del equilibrio colectivo preestablecido, por ejemplo, durante las crisis económicas, en que hay ausencia de norma social. Y el *suicidio fatalista* se ha asociado con un exceso de reglamentación y opresión, en la que los individuos se sienten «aplastados» por la disciplina o las normas (por ej., militares o jóvenes ante el fracaso escolar).

Posteriormente, la *Teoría de la subcultura* atribuida a Halbwachs (1930) propone algunos desacuerdos con las teorías de Durkheim, por ejemplo, en referencia a la relación entre el suicidio, las crisis económicas y los problemas mentales. Halbwachs sostenía que algunas diferencias en las tasas (por ej., rural-urbanas) podía atribuirse a modos de vida distintos y que en el acto suicida pesan las motivaciones situacionales de los individuos. Por su parte, el investigador Gabriel Tarde continuaba su debate académico, en torno a las figuras de la imitación, del hecho.

Otras miradas más recientes en torno a los efectos o consecuencias sociales, que nos trae aparejada la modernidad tardía (desigualdad, pérdida de referencias estables, aumento del individualismo, entre otras), son plausibles de poner una cuota de comprensión al fenómeno del suicidio.

El suicidio tiene un lugar muy importante en la historia de la sociología, debido al famoso estudio de Durkheim del contexto social de un acto aparentemente individual, transformándolo en un fenómeno plausible de ser abordado por la sociología. Desde esa época, el suicidio es todavía un recurrente en la sociología, sobre todo en los años de formación profesional, dada la función pedagógica que cumple, la ruptura de paradigmas dentro y fuera de las ciencias sociales. Este hecho dejó colateralmente una visión monolítica del tema en la sociología y otros trabajos posteriores, como los citados en su época y los no tan históricos como los desarrollados por Douglas (1967) y Atkinson (1978), se vieron relegados a los designios de Durkheim.

Si tomamos brevemente la obra de Douglas (1967) y su libro *The Social Meanings of Suicide*, se puede señalar como una importante contribución, dado que en parte argumentó en contra de la tradición durkheimiana desde otro paradigma como lo es el comprensivita y, por ende, con un énfasis weberiano sobre los significados subjetivos del comportamiento suicida, es decir actores sociales.

Douglas reprueba la extrema dependencia que hay con las estadísticas oficiales. Señala que las cifras no son adecuadas para los propósitos teóricos en la temática. Las estadísticas de mortalidad representan una o muchas cosas, que deberían ser el producto de muchos procesos sociales. Aunque en la actualidad su libro se cita a menudo como una importante contribución, la agenda de investigación de Douglas no fue recogida como fue la durkheimiana.

Otro autor que citamos es Atkinson y su obra *Discovering Suicide. Studies in the Social Organization of Sudden Death* (1978), quien hizo otra importante contribución a la sociología del suicidio, en la deconstrucción por medio de la investigación cuidadosa, con rigor y basado en la etnometodología. Fue descubriendo que la dependencia de las tasas de suicidio publicadas sobre el razonamiento de sentido común por parte de los médicos forenses son parte de la toma de sus veredictos.

Las conclusiones de Atkinson resaltan que solo podemos abordar la prevención del suicidio mediante la investigación sociológica en un grado muy limitado, debido a los problemas que existen con el conocimiento de los casos de suicidio. Por otro lado, marcó la necesidad de que el suicidio es «un cómodo vehículo para preocupaciones sociológicas más amplias» (Atkinson, 1978: 67, trad. propia). Posteriormente, el autor establece una fuerte relación con el interaccionismo, lo que le permitió explorar temas de la sociología de la desviación.

En la actualidad hay poco diálogo entre la sociología y el suicidio, lo que puede parecer sorprendente, dado el papel central que Durkheim

ha jugado en la construcción de la sociología como una disciplina distinta, emergida de las ciencias de la educación y la psicología. El suicidio ha dejado de ser de interés para las corrientes principales de la sociología. Sin desmedro de lo antes planteado, hoy en día existen corrientes sociológicas que hacen foco en el individuo como centro de sus acciones e interpretaciones. A continuación sintetizamos algunos autores.

Entre ellos y los más actuales, están autores como Le Blanc, Honneth y Martuccelli, que desde otras tradiciones epistemológicas y, por ende, teóricas, nos plantean una variada línea de interpretaciones plausibles de ser puestas en escena, para comenzar a comprender desde otras miradas, menos rigurosas, pero no menos ricas, el tema del suicidio y su relación con la sociedad y viceversa. En esta línea es justo mencionar a Serge Paugam, con su sociología de los vínculos sociales, por una protección y reconocimiento, aunque no entraremos en detalle acerca de su producción.

Habitualmente, la precariedad designa situaciones sociales, que encierran un halo económico. En un sentido casi opuesto, Le Blanc, en sus libros *Las enfermedades del hombre normal* (2004) o *Vidas ordinarias, vidas precarias* (2007) plantea que este concepto se vincula con dos grandes estados de esa misma precariedad. El primer estado o plano es el ontológico, que, según su autor, nos proporciona orientación o desorientación natural, seguridad o inseguridad vital, entre otras cuestiones. El segundo lo denomina sociológico/social, que es aquel por el cual la participación social es inscripta en una realidad concreta. Así, la precariedad social está inscripta en una precariedad vital (Le Blanc, 2007).

Como bien señala González (2015) en su tesis de maestría «toda vulnerabilidad vital tiende a prolongarse en vulnerabilidad social, en donde la vulnerabilidad social encuentra su expresión extrema en la vulnerabilidad vital. La precariedad social según Le Blanc participa de una historia social, mientras que la ontológica está sostenida por la orientación natural de toda vida. La precariedad social corresponde a un proceso de despersonalización social de la vida, cuya lógica, particularmente sutil, descansa sobre un conjunto de contradicciones que cuestiona las vidas ordinarias, provocando una deshumanización a quien las sufre».

La vulnerabilidad social y la vulnerabilidad vital pueden determinar un estado de depresión y abandono. Aquí se puede desarrollar bien un abandono o bien renuncias, a las formas instituidas de justificarse a sí mismo y, por ende, en sociedad. No se logra sostener el *yo* (deslegitimación en los planos afectivos y existenciales), dado que este se sostiene por las propiedades, que también son sociales, inscriptas en *tú*, de los otros. Es condición contar con un yo en un tu; estas son propiedades sociales esenciales, que son soportes para los individuos en sociedad. Esto se constituye en una red de protección social, que está tejida por el *nosotros*, que es la propiedad social fundamental, que brinda protección y a su vez registro de pertenencia social.

Cuando se comienza a desmoronar el soporte social, dado que no hay un yo, comienzan los cuestionamientos y se produce una doble privación. El yo es privado del tú y por defecto del nosotros que lo constituye. Le Blanc plantea, así, que el cuestionamiento de la vida se da en un plano personal y en uno interpersonal. La precariedad afecta tanto a las propiedades sociales como a las individuales.

La precariedad, además de anular al individuo, cuestiona la existencia en los planos personales (cuestionamiento de sí) y en el interpersonal, específicamente en los lazos de integración. Esta separación es por demás analítica, dado que en la vida se funden y es una precariedad social (integradora o desintegradora). Entrar a situaciones de precariedad en el plano personal, bien puede desarrollarse por medio de ausencias o incertidumbres propias de esta modernidad tardía. Como ejemplo, por el trabajo. En los casos de desempleo, es decir, ausencia de empleo, el individuo comienza a entrar en un camino de dependencia, marcado por las instituciones de apoyo social, para ese retorno a la normalidad social (o del empleo). A su vez, nos señala que puede ser por pertenencia al empleo. En este caso, se analizan las incertidumbres que son planteadas, por ejemplo, por la flexibilidad o adaptación permanente, plausibles de generar precariedad de pertenencia. Ambas, ausencia o pertenencia, generan precariedad que amenaza el lazo social.

El autor propone tres formas de esta contradicción social que determinan la precariedad. La primera es aquella que está determinada entre la experiencia de la miseria y la ausencia evidente de capacidad para recurrir a la justicia social, generando una pobreza. La segunda es una marginalidad impuesta que determina una ausencia de voz institucional que se encargue de ella y la tercera la creatividad ordinaria, un no reconocimiento de la variedad de acciones creativas, que determina un desprecio social. Los procesos de precarización conllevan una falta de soportes sociales que determinan una negación del nosotros y, por ende, del tú, del otro. En términos de capacidades se pierden las cuatro señaladas por Ricoeur, en la esfera de las vidas ordinarias, que son; poder decir, poder hacer, poder contar y la imputabilidad, que determinan en la vida precaria la ausencia de voz, incapacidad para hacer, ausencia narrativa y ausencia de imputación. Las respuestas a la precariedad se dan en una asimilación del modo de vida precario, pautado por el rechazo del deseo de volver y la incorporación de identidad negativa que determina la desocialización. Por ende, la precariedad puede analizarse como una enfermedad social con cierta potencia destructiva.

En una rápida conclusión, en la precariedad sus tres formas, sean estas la pobreza, la marginalidad o el desprecio social, se yuxtaponen y conjugan una precariedad plena que despoja al individuo de las propiedades sociales, de los medios para su salida y de sus capacidades como autor.

Por su parte, Danilo Martuccelli, en su vasta y extensa obra, nos pone de manifiesto que la sociología del individuo es capaz de ofrecer comprensiones, tal vez más focalizadas. En sus estudios sociales, conjuga esta visión micro con una metodología más centrada en el individuo. Es justo reconocer que su obra se inscribe dentro de una corriente centrada desde Simmel, pasando por Castel (1997) y su declive de las instituciones modernas y apoyadas en la mirada de Dubet (2013), inscripta en la sociología de la experiencia, partícipe de la idea de la declinación de las instituciones. Estos procesos de declinación se dan con dos movimientos simultáneos, uno mediante una drástica disminución de las capacidades de las clásicas instituciones, como lo eran las familias, las escuelas y el Estado, que ofrecían a los agentes e individuos marcos de referencia y de inserción social estables y confiables. El otro, en paralelo, favorece la percepción individual de que cada uno debe ser responsable de sus éxitos y logros, pero a su vez debe hacerse cargo de los fracasos, desarticulándose la construcción colectiva o los sentidos de pertenencia a cuestiones más locales o colectivas (Dubet, 2006).

En este marco, Martuccelli, cuando analiza el problema de la transición de la adolescencia o juventud a etapas más adultas, señala claramente que pueden existir incertidumbres con sus posibilidades sociales y emocionales/afectivas. Al igual que otros autores como Cyrulnik, señala que el joven enfrenta en esta etapa dos aventuras, la sexual y la social, que lo determinan en su futuro ser y estar, vivir y accionar (Martuccelli, 2007). Sitúa estas aventuras, básicamente, en el plano educativo y laboral. Para sobrepasarlas las vincula con la idea de pruebas o desafíos que los adolescentes o jóvenes deben superar en esa transición al mundo adulto y con ello cumplir con los estándares sociales y culturales aceptados.

Como lo señala el informe de UNICEF en Argentina (2019) «estas pruebas se presentan como momentos que marcan discontinuidades en la vida. Su importancia en relación con el suicidio radica en que muchos elementos del orden de la personalidad, aspectos vinculares o circunstancias relativamente fortuitas pueden generar el desencadenante del proceso de suicidalidad, pero lejos están de convertirse en indicadores que permitan prever el evento. Muchos de los factores de riesgo descritos en la literatura temática se basan en análisis clínicos individuales, que al ser extendidos a nivel poblacional caen en generalizaciones apresuradas (Almeida Filho, Castiel y Ayres, 2009)» (UNICEF, 2019). Dichas pruebas son elementos conceptuales y luego metodológicos que al autor le permiten rastrear o marcar el camino de las historias de vida de cada joven.

Para ellos introduce también la idea de *soportes*, que son el material con el cual se construye el tejido social y existencial. Hay soportes «más fáciles» de percibir, ya que adquieren una mayor materialidad, recursos económicos o capitales relacionales, otros no tanto, ya que son menos perceptibles, dado que potencian sus capacidades de sostener a los adolescentes a partir de aspectos simbólicos, sean estos experiencias, actividades, afec-

tos, aspiraciones, deseos o expectativas (UNICEF, 2019). El autor plantea, además, que no todos los jóvenes tienen la misma capacidad de afrontar y sobrepasar la misma prueba, ya que los soportes no son iguales y estos se encuentran distribuidos o desplegados socialmente de manera no homogénea. Los jóvenes no son iguales, dados los diferentes contextos sociales, culturales, económicos, de género o políticos. Cada uno de estos determina no solo las posibilidades de superar las pruebas, sino que marca desafíos instaurados diferencialmente. No solo el superar estas pruebas, sino qué mecanismos o soportes hace jugar cada joven y cómo supera esa prueba, que son elementos centrales a la hora de evaluar su superación social.

Recientemente, a nivel metodológico emerge, al interior de la sociología, el enfoque de autopsia sociológica aplicado a la investigación del suicidio. Los estudios de autopsia psicológica forman una tradición importante en la *suicidología*. Dichos estudios se centran en casos individuales y se realizan luego de ocurrido el evento. Los encargados de realizar este tipo de estudio son psiquiatras o psicólogos formados y certificados para este tipo de estudio. El objetivo central es observar y detectar cuáles fueron las causas o los factores que precipitaron este tipo de conductas. El centro es el individuo, es decir, un caso.

Desde comienzos del año 2000, en la sociología se plantean estudios de autopsia sociológica aplicados al suicidio con el mismo fin que la psicológica. Dicha corriente surge con el clásico trabajo desarrollado por Klinenberg, en el año 2002, para estudiar las muertes provocadas por la ola de calor, en la ciudad de Chicago de 1995. Este estudio generó, en su momento, diversos detractores y un destacado debate en la *American Sociological Review*. El método empleado combinó entrevistas a familiares y vecinos, reportes médicos y epidemiológicos, cartas de los fallecidos, sus perfiles en las redes y un sinfín de material adyacente, conjugando niveles macro y micro.

La autopsia sociológica para estudios específicos de suicidio se puede rastrear en los estudios de Chatterjee y Bailey[13] o la tesis doctoral de Slater[14], aunque solo este último usa el término en relación con el suicidio. Si bien algunos sociólogos son reticentes a tomar ese término, todo parece indicar que ese enfoque comenzó a desarrollarse al interior de ciertos campos de la sociología norteamericana e inglesa. Para una referencia más completa, ver el libro pionero de Fincham, Langer, Scourfield y Shiner, *Understanding Suicide: A Sociological Autopsy*[15]. La antropología se ha ocupado del tema del suicidio y la conducta suicida de manera directa e indirecta, aunque muchos señalan que el abordaje específico de esta temática es aún escaso e incipiente.

13 Chatterjee, P. y Bailey, D. (1993). False empowerment: lessons from three sociological autopsies of community action. Case Analysis, 3(2), 113e131.

14 Slater, G. Y. (2005). Firearm suicide among older adults: a sociological autopsy. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/46956598.pdf>.

15 Fincham, B.; Langer, S.; Scourfield, J.; Shiner, M. (2011). Understanding Suicide: A Sociological Autopsy. Nueva York: Palgrave Macmillan.

> La muerte del suicida deja detrás un agujero absorbente, por donde se escurre la memoria de aquellos que le rodean; es un analizador que abre una interrogación que lacera al grupo, a las instituciones y a la sociedad misma. (Payá *et al*., 2012).

Una de las cuestiones centrales de aproximación a la temática ha sido por medio del análisis de la muerte, concebido como un hecho social que tiene lugar en un contexto social. La muerte es un excelente observatorio que permite profundizar en las actitudes de una cultura; es mucho más que el cese de las funciones biológicas, hay muchas formas de morir, a la vez que hay diferentes maneras de vivir trascendiendo el plano puramente físico. Las expresiones psicológicas y sociales de las distintas formas de morir son reguladas por el poder y las normas que regulan la vida social (Baquedano López, 2014).

Como señalan algunos autores en este campo, el significado de la muerte se construye socialmente y los rituales funerarios, del duelo y el luto reflejan la influencia del contexto social y cultural en el que ocurren. El luto es la forma más o menos estructurada de responder a la muerte e incluye rituales y comportamientos específicos a cada cultura y religión, a través de los que se expresan sentimientos de pena y duelo ante un fallecimiento significativo. El duelo, por su parte, es el proceso subjetivo provocado por la pérdida, generalmente asociado con la muerte de un ser querido. En las culturas occidentales y posindustriales, en las grandes urbes, la enfermedad y la muerte se consideran, a menudo, enemigos. La supervivencia es considerada la meta socialmente exitosa y la muerte ha pasado a ser una cuestión invisible, un tabú del que no se habla y que se niega. Ariès (2000) afirma al respecto que «como ya no se muestran señales externas de estar de luto, la sociedad no "ve" a los que lloran la muerte de un ser querido». El duelo también desaparece como práctica, los funerales se hacen breves y la cremación se vuelve cada vez más frecuente. Este escenario adquiere especial connotación cuando la muerte es producida por mano propia. Si la muerte es tabú, el suicidio lo es más aún (Caycedo Bustos, 2007; Lledó Muñoz, 2017).

Desde una mirada socioantropológica específica sobre el suicidio, autores como Payá (2012) señalan que las técnicas, los métodos y los objetos empleados son diversos y se vinculan tanto con la variedad de contextos sociales, en donde se lleva a cabo el suicidio en un sentido más amplio, como con las historias familiares que lo contextúan y anteceden en un sentido más particular. Los mensajes, la glosa del cuerpo, el espacio y los objetos hablan de la relación significativa del sujeto con su entorno.

> Ni los escenarios ni los objetos con los que se ejecuta la propia muerte son casuales, el sujeto no dispone más allá de los materiales y espacios que le ofrece su propio contexto social. (Payá, 2012).

Partiendo del concepto antropológico de *don*, que significa *regalo*, Payá señala:

> A veces esos dones no son bondadosos y el cuerpo aparece sacrificado dejando ese legado que, por mucho que se quiera olvidar, es una de las situaciones más difíciles para el ser humano, porque la muerte retorna.

Existen aproximaciones socioantropológicas más específicas y recientes, que han intentado analizar el suicidio y la conducta suicida en relación con los efectos que las transformaciones económicas han impuesto en las formas de vida social. Así, se ha analizado el impacto que dichas transformaciones, por ejemplo, el modelo neoliberal, han producido en determinados grupos sociales como minorías étnicas o grupos originarios o comparaciones de dicho impacto sobre el medio urbano y el rural. Estos procesos han implicado la revalorización e invisibilización de saberes centrales para las identidades comunitarias e individuales, la precarización de las fuentes de sustento económico, la reconfiguración de las relaciones, todos los cuales subyacen en la configuración de los comportamientos suicidas (Barroso Martínez, 2019; Arias y Blanco, 2010; UNICEF, 2018).

Otra forma de abordaje relativamente novedoso es desde la antropología de las emociones, cuyo desarrollo específico es bastante reciente, si bien la antropología clásica lo ha abordado de manera implícita. Este enfoque se apoya en que la dimensión afectiva es constitutiva de la cultura y puede ser analizada desde una mirada social. Algunos de sus antecedentes de pueden encontrar en la Escuela de Cultura y Personalidad, fuertemente influida por el psicoanálisis, que ha abordado explícitamente las emociones desde una óptica cultural. El suicidio ha sido asociado con emociones oscuras que incentivan el acto, como la tristeza o la pena, que no deben ser nombradas. En la medida en que hay una obligación social y moral en contribuir con la felicidad colectiva, estas emociones negativas deben ser evitadas.

> Cuando no se está feliz, se cuestiona ese estado y se cree que la sociedad pierde el sentido de ser: mantener individuos felices. (Ariès, 2000).

A estos desarrollos teóricos se suman estudios empíricos desde las ciencias sociales hechos a partir del análisis de datos nacionales, regionales o internacionales, a través de diseños transversales o de series temporales, que refuerzan la idea de que los comportamientos suicidas no pueden explicarse solo por parámetros psicopatológicos u otras condiciones mentales particulares.

Perspectivas psicológicas y psiquiátricas del suicidio

Durante el siglo XIX, el suicidio comienza a vincularse con la medicina y con la enfermedad mental, ya sea como entidad nosográfica especial, como sugirió Bourdin, o como un «síntoma» característico y común a distintos trastornos psiquiátricos, como propuso Esquirol en 1838 («el hombre atenta

contra su vida en el delirio, y todo suicidio es acto de alienados o locos»). Desde entonces, las perspectivas psicológicas y psiquiátricas, que ponen foco en la vida psíquica, las funciones mentales y la construcción y el desarrollo de la subjetividad, van avanzando desde una mirada centrada en la psicopatología hacia una concepción psicosocial que busca integrar con más fuerza las circunstancias que rodean al individuo. En todo caso, los sucesivos aportes en este campo van ubicando la conducta suicida en una perspectiva de unidad y de individualidad, en el entendido de que todo acto suicida es en cierto sentido único, complejo y no fácilmente generalizable (López García *et al.*, 1993).

La mirada desde el psicoanálisis

El modelo psicoanalítico postula, entre otros aspectos, que la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del ser o del objeto amado, y da como respuesta comportamientos de agresividad, rabia y culpa. Los cuadros depresivos y la conducta suicida se hallan estrechamente relacionados (Adrianzén, 1998), así como lo están el suicidio y el homicidio (De Bedout Hoyos, 2008). En el suicidio, la agresión se dirige hacia la propia persona, mientras en el homicidio se dirige hacia afuera. Como señalan Dubugras y Guevara (2007), el acto se reviste de odio y amor, de coraje y cobardía, de temor y audacia.

Las principales formulaciones teóricas relacionadas con la dimensión intrapsíquica del suicidio tienen a Freud y sus discípulos como referentes (Litman, 1967), aunque se reconoce que dicho autor no produjo desarrollos teóricos específicos sino dispersos sobre esta temática, que pueden encontrarse en distintos momentos de su producción (Freud, 1975a, b, c y d). Freud considera el suicidio como un impulso agresivo introyectado, una falta de exteriorización de la agresividad con hostilidad dirigida hacia sí mismo. La base del fenómeno estaría en la pulsión de muerte o tanatos. Freud define al suicida como aquel en el que «la pulsión de vivir», pulsión extraordinariamente intensa, es vencida. La libido y el interés desengañado del mundo, por una renuncia del yo, un fracaso en la vida libidinal, empujan a la acción suicida (Ramírez, 1998).

Más allá de su valor heurístico, se ha cuestionado que la teoría de la pulsión de muerte de Freud haya sido más un recurso para explicar los comportamientos autodestructivos sostenido en la observación o en algunos datos, que una hipótesis científica sustentada y testeada empíricamente.

Otro de los psicoanalistas que hizo un importante aporte en esta línea es Menninger (1972). Apoyado en el concepto freudiano del instinto de muerte, este autor plantea *que existen en todos nosotros fuertes propensiones hacia la propia destrucción y estas llegan a hacerse efectivas como suicidio cuando se combinan muchas circunstancias y factores.* Detrás de un suicidio estarían en juego el deseo de matar (derivado de la agresivi-

dad primaria como componente de autodefensa), el deseo de ser matado (asociado a culpabilidad, sometimiento y reparación mediante castigo) y el deseo de morir (que refleja el deseo de reposo y evasión de los conflictos y se expresa en intentos fracasados o conductas temerarias) e intervendrían causas inmediatas que favorecen tales conductas. En todo comportamiento autodestructivo habría componentes autopunitivos, agresivos y eróticos. Menninger identifica formas especiales de suicidio, como el suicidio crónico, en las cuales el individuo pospone la muerte indefinidamente, a costa de sufrimientos y del deterioro de las funciones (p. ej., ascetismo y martirio, invalidez crónica y neurótica, alcoholismo, conductas antisociales y psicosis), o el suicidio localizado, que incluye acciones autodestructivas dirigidas a una parte limitada del cuerpo (morderse las uñas, automutilaciones, enfermedades fingidas, policirugía, accidentes intencionados e impotencia y frigidez) (Rodríguez Pulido *et al.*, 1990).

Jung (1959) relaciona el suicidio con el sentido de la vida. Propone que, a fin de que la vida tenga sentido, debía haber un contacto mínimo entre el ego (referido a los aspectos conscientes) y el self (que abarca los aspectos conscientes e inconscientes, la totalidad del ser). El suicidio destruye la armonía entre el consciente y el inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos. El acto suicida ocurre, según Jung, cuando: a) prevalece una situación a la que solo podría poner fin la muerte, b) el ego se ve envuelto en el conflicto, c) el resentimiento puede alcanzar proporciones asesinas, con la ira dirigida a la persona responsable, en cuyo caso, el suicidio es un intento de preferir tales actos asesinos, y d) la falta de vitalidad hace imposible encontrar alguna situación sustituta que desahogue la tensión (Rodríguez Pulido *et al.*, 1990). En la misma línea, aunque más recientemente, algunos estudios empíricos refuerzan la idea de que el sentido de un propósito en la vida actúa como un amortiguador contra los pensamientos suicidas (Blazek *et al.*, 2015).

Varios autores psicoanalistas (Radó, 1958; Adler, 1968) vinculan la conducta suicida con personalidades dependientes, con baja autoestima, para quienes la posibilidad del suicidio es una forma de sentirse omnipotentes o de resolver su frustración ante un deseo insatisfecho de depender de alguien. La ira dirigida contra sí mismo podría tener un propósito reparatorio de reconciliación con el objeto de frustración.

Para otros autores, los sistemas de fantasías inconscientes más importantes que contribuyen a todos los suicidios toman forma de deseo: a) deseo cansado de escapar, b) deseo culpable de castigo, c) deseo hostil de venganza, d) deseo erótico de rendición masoquista apasionada y e) deseo esperanzado de rescate (Litman y Tabachnick, 1968).

Finalmente, también se ha propuesto que en un suicidio subyacen dos posibles condiciones: el realismo y la incertidumbre. La primera ocurre cuando la situación es tan obvia que no vale la pena esperar el desenlace; la segunda, cuando las circunstancias son tan impredecibles que es preferible abandonar la escena (Kelly, 1969).

Por tanto, como afirman Sarieti y Bempordd (1981), detrás de un intento de suicidio podría haber múltiples significados, como el autocastigo asociado a culpa, la búsqueda de alivio a un sufrimiento o a una vida sin sentido, el deseo simbólico de matar a otro o una alteración bioquímica asociada a depresión.

La mirada cognitivista

Desde la concepción de la psicología cognitiva, se ha vinculado la conducta suicida con la depresión y la desesperanza. Así, Beck plantea que la depresión se asocia a la desesperanza, definida como «un sistema de esquemas cognitivos sobre expectativas negativas del futuro», y al uso de patrones cognitivos erróneos. El deprimido se caracteriza por sus expectativas negativas sobre el futuro (Beck *et al.*, 1974) y por una sensación de dificultad extrema para alcanzar las metas propuestas, es decir, por su desesperanza (Melges y Bowlby, 1969). Propone una triada cognitiva que subyace a la conducta suicida: una visión negativa de sí mismo, la tendencia a interpretar de forma negativa las experiencias y una visión negativa del mundo. Las ideas de suicidio son la expresión extrema de escapar de los problemas y situaciones intolerables o irresolubles. Por ello, la desesperanza se correlaciona positivamente con la ideación suicida y se le considera un factor clave en la relación entre la depresión y el suicidio (Beck, 1963; Chioqueta y Stiles, 2003).

En una línea similar, Williams (1996) sugirió que los individuos suicidas carecen de la capacidad cognitiva para recuperar recuerdos autobiográficos específicos y más bien producen recuerdos genéricos. Esta menor memoria autobiográfica específica restringe el repertorio de experiencias para aprovechar y hace que las soluciones disponibles sean menos efectivas cuando se enfrentan a problemas interpersonales, con el consecuente déficit en la resolución de conflictos y la ocurrencia de más eventos vitales negativos, desesperanza y comportamiento suicida (Bursztein y Aptera, 2008; Ariee *et al.*, 2008).

Otros autores agregan que la agresividad y la impulsividad son rasgos muy relacionados con el comportamiento suicida, especialmente en adolescentes. La agresión puede marcar una tendencia disposicional a actuar impulsivamente en estados de efecto negativo y puede, en algunos individuos, facilitar la actuación suicida (Brent y Mann, 2005).

Algunas miradas psicosociales y fenomenológicas de la conducta suicida

Shneidman (1993), considerado el padre de la suicidología, conceptualiza al suicidio como «un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define un asunto para el cual el acto es percibido como la mejor solución». Introduce el término de *psychache* para referirse al dolor

psicológico insoportable, a la angustia y presión que derivan de necesidades psicológicas frustradas o distorsionadas y señala que el suicidio es resultado de un *psychache* sin resolver y es, en casi todos los casos de suicidio, su causa.

Roy (1989), desde la psiquiatría, retoma las ideas de Shneidman y señala algunas características comunes: 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. Estos sentimientos conducen a un estrechamiento de las alternativas percibidas, necesidad de escape, envío de señales de distrés.

Baumeister define el suicidio como una forma de escapar de uno mismo. Se pierden inicialmente sentimientos positivos hacia sí mismo y la sensación de ser digno, lo que lleva a la autoculpa por los fracasos y al deterioro de la situación de la vida. Las personas que intentan suicidarse piensan que la crisis se puede superar evitando la autoconciencia aversiva que conduce a la pérdida de la autorregulación (Baumeister *et al*. 1991, 1994). Según Linehan (1993), el suicidio es un medio para aliviar las emociones.

En Uruguay hay, al respecto, descripciones que abordan aspectos fenomenológicos desde la psicopatología, como las realizadas por el Prof. Murguía en la segunda mitad del siglo pasado, décadas antes de que Shneidman caracterizara el comportamiento suicida. En 1967, Murguía publicó un estudio de 50 pacientes con intento de suicidio, todos por primera vez (aunque luego hubieran repetido el intento de autoeliminación) 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*: «(...) 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 según rasgos de personalidad (Murguía, 1967).

Finalmente, diversos estudios empíricos identifican rasgos de personalidad predominantes en los suicidas, entre los que se destacan: agresividad, irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, aislamiento social, desesperanza e impotencia, un concepto pobre de sí mismos y escasa capacidad para resolver problemas, resentimiento y necesidad de control externo. Igualmente, se ha señalado que ciertas experiencias vividas como catastróficas pueden favorecer las conductas suicidas, en particular, cuando existe dependencia al alcohol y otras sustancias psicoactivas, antecedentes de maltrato físico o abuso sexual en la infancia, de aislamiento social, de enfermedades médicas dolorosas o discapacitantes o antecedentes de trastornos, como la depresión o la esquizofrenia. Entre los sucesos estresantes que actúan como precipitantes se señalan las privaciones o pérdidas económicas, la decepción amorosa, un amor no correspondido o una traición de la pareja (De Bedout, 2008).

Hacia marcos teóricos desde «la idea a la acción»

Basados en el hecho de que no todos los que intentan suicidio terminan suicidándose ni todos los suicidas lo intentaron, desde inicios del siglo XXI comienzan a emerger nuevas teorías sostenidas en lo que algunos denominan el marco de «la idea a la acción», que parte de la premisa de que el desarrollo de la ideación suicida y la progresión de la ideación a los intentos de suicidio deben verse como procesos distintos, con explicaciones distintas.

Entre ellas, destaca la *teoría interpersonal del suicidio* (Joiner, 2005; Van Orden *et al.*, 2010, 2012), que identifica dos factores interpersonales fundamentales y necesarios que, si no se satisfacen, podrían impulsar el deseo suicida activo. El primero es la necesidad de pertenencia y cuidado mutuo. El segundo es la necesidad de contribuir de manera significativa y efectiva dentro de la red social. Cuando ambas necesidades se perciben como insatisfechas, se experimentan como pertenencia frustrada y como

carga respectivamente. Por lo tanto, «la presencia simultánea de pertenencia frustrada y percepción de ser una carga, cuando se percibe como estable e inmutable (es decir, hay desesperanza con respecto a estos estados), es una causa proximal y suficiente de deseo suicida activo» (Van Orden *et al.*, 2010: 581). La falta de pertenencia, sentirse como una carga y la desesperanza son necesarios y suficientes para crear pensamientos suicidas. Un factor psicológico adicional, la capacidad adquirida para el suicidio, es necesaria y suficiente para provocar la transición de pensamientos suicidas a un intento de suicidio. (George *et al.*, 2017). Según estos autores, los seres humanos están preparados biológica y evolutivamente para evitar el dolor, las lesiones y la muerte. Por lo tanto, es muy difícil para las personas intentar suicidarse, incluso en presencia de una fuerte ideación suicida. La capacidad adquirida se refiere a la habituación de un individuo al dolor, el miedo y la muerte mediante la exposición a experiencias vitales, tales como abuso físico, la autolesión no suicida, el suicidio de un familiar o amigo, el entrenamiento de combate o cualquier otra experiencia que someta a alguien a situaciones dolorosas y eventos provocativos.

El *modelo integrado motivacional-volitivo* de O'Connor (O'Connor *et al.*, 2018) también propone explicaciones separadas para la ideación y los intentos suicidas. El autor sugiere que las percepciones de derrota y de atrapamiento son las principales impulsoras de la ideación suicida y que la capacidad adquirida, junto con otros factores denominados moderadores volitivos (por ejemplo, acceso a medios letales, exposición a conductas suicidas, planificación, impulsividad, antecedentes de intentos previos), gobiernan la transición de la ideación suicida a la conducta suicida.

Otra de las teorías recientes, que surge apoyada en la teoría de Joiner, es la propuesta por Klonsky y May (2014, 2015): *la teoría de los tres pasos (3ST)*, que plantea la hipótesis de que la ideación suicida resulta de la combinación de dolor (generalmente dolor psicológico) y desesperanza. Para aquellos que experimentan tanto dolor como desesperanza, la conexión social es un factor de protección clave contra la creciente ideación. La progresión de la ideación a los intentos es facilitada por factores disposicionales, adquiridos y prácticos que contribuyen a la capacidad de intentar suicidarse (George, 2017).

Si bien estas teorías más actuales sobre el suicidio han intentado apoyarse en verificación empírica, se les ha criticado el hecho de basarse en modelos simplificados para explicar el suicidio, que solo toman en cuenta la interacción de un pequeño conjunto de factores psicológicos (Millner, 2020).

Nuevos aportes desde la perspectiva psicosocial y el interaccionismo simbólico

Autores como Carmona (2012) han hecho contribuciones desde la psicología social, intentando comprender los mecanismos por los cuales las fuerzas destructivas del contexto cultural y la organización social pueden llegar a convertirse en fuerzas autodestructivas y cómo la agresividad,

genéticamente transmitida, puede convertirse en amenaza para la propia existencia. Se parte de la premisa de que toda sociedad posee formas de violencia estructurales institucionalizadas, vehiculizadas por las estructuras económicas, políticas, sexuales, de género, que se reflejan en formas abiertas y sutiles de exclusión, expoliación, segregación, estigmatización, explotación, coacción, etc. La ubicación de un ser humano en un lugar determinado de cada una de estas estructuras define no solamente sus oportunidades y limitaciones, sino también su participación en la economía de la violencia de su sociedad respectiva, las formas de agresión física y simbólica que puede ejercer, de un modo más o menos lícito, y las que debe soportar (Carmona, 2012: 318) Los seres humanos agenciamos las violencias estructurales de las instituciones y organizaciones en las que interactuamos con los otros, por medio de los roles que asumimos, que tienen un componente social que refiere a los aspectos genéricos y uno psicológico que es el sello personal o marca propia que le imprime cada individuo.

> Cada comunidad tiene un factor de empuje al suicidio, que en los casos extremos se manifiesta en las tasas de muertes por mano propia, pero que tiene otras expresiones menos radicales que pueden conducir a un idéntico desenlace, tales como las diferentes formas de exclusión, explotación, estigmatización y otras de violencia física y simbólica, que suelen favorecer el desarrollo de comportamientos autodestructivos que pueden llevar a la muerte de manera progresiva o mediante actos irracionales o desesperados de temeridad, desesperanza o desprecio de la propia vida. (Carmona, 2012: 321).

Este autor identifica cuatro rasgos de la posmodernidad que sirven para entender la dinámica que adopta el suicidio en los grupos sociales, particularmente de jóvenes urbanos: la provisionalidad, la levedad, el desarraigo y la desresponsabilización. La *provisionalidad* protege al individuo del oneroso gasto de los duelos frecuentes. El papel de la provisionalidad en los suicidios y parasuicidios se traduce en una exaltación de lo transitorio, «nadie es eterno en el mundo», y de la necesidad como virtud. La *levedad*, en oposición a la gravedad, representa una protección frente a la gran desilusión que generan las verdades precarias, fragmentarias e inconsistentes de la posmodernidad y su expresión máxima es la exaltación de la frivolidad, que lleva a someterse a veces a actitudes autodestructivas. El *desarraigo* es una consecuencia directa de la globalización, que debilita el sentimiento de los individuos de tener unas raíces profundas y sólidas y de afirmar su identidad. El aislamiento y el abandono en ese contexto son factores de vulnerabilidad y empuje al suicidio. La *desresponsabilización* es consecuencia de un sobredeterminismo de los comportamientos humanos que afectó el sentimiento de responsabilidad, exacerbando con ello un filo autodestructivo y motivando algunas conductas suicidas como expresión de un ejercicio lúdico y de curiosidad la responsabilidad.

Perspectivas genéticas-neurobiológicas

Los estudios genéticos familiares muestran que el comportamiento suicida tiene un componente hereditario. Estudios en gemelos mono y heterocigotos y en individuos sometidos a adopción han demostrado que tanto el suicidio consumado como el intento de suicidio forman parte de un fenotipo clínico que se transmite familiarmente. De allí que las tasas de intentos de suicidio sean elevadas en familias con antecedentes de suicidio consumado y que las tasas de suicidio lo sean en integrantes de familias con antecedentes de intento, aun después de ajustar los datos para la presencia de trastornos psiquiátricos. La transmisión familiar de la conducta suicida podría estar mediada por la transmisión de agresión impulsiva de los padres al niño (Brent *et al.*, 2005; Brent *et al.*, 2008; Melhem, Brent, Ziegler *et al.*, 2007; Rodríguez Pulido 1990; Bursztein y Aptera, 2008).

Parte del interés científico en este campo ha tenido como eje la interrogante sobre si lo que se transmite es una herencia específica del suicidio o es la enfermedad mental. Se ha propuesto que el suicidio no es enteramente un patrón genéticamente determinado, sino que es más probable que los individuos que están sujetos a algún proceso de vida estresante, tengan una predisposición genética para ello, al igual que los que cometen suicidio (Seymour y Kety, 1986).

Desde la investigación epigenética se ha planteado que tanto factores de riesgo distales como proximales contribuyen al suicidio y al comportamiento suicida. Los factores distales, que incluyen la predisposición familiar y genética, así como la adversidad en la vida temprana, entre otros, aumentan el riesgo de suicidio a lo largo de la vida de un individuo, ya que se ha encontrado que estos factores desregulan las respuestas al estrés y otros procesos, mediante cambios epigenéticos de genes y cambios asociados de la expresión génica. Los factores proximales son los que actúan principalmente como precipitantes de un evento suicida e incluyen, entre muchos otros, acontecimientos de la vida, psicopatología y cambios asociados en los principales sistemas de neurotransmisores, cambios inflamatorios y disfunción glial en el cerebro (Turecki, 2017).

El mecanismo biológico que puede estar involucrado probablemente esté relacionado con el metabolismo de la serotonina (Mann y Currier, 2007). A partir de los trabajos de Asberg (1986) se sabe que el sistema serotoninérgico juega un papel importante. El principal metabolito de la serotonina, el ácido 5-hidroxindolacético (5-HIAA), está reducido en el líquido cefalorraquídeo de individuos con intentos violentos de suicidio. Incluso plantean la hipótesis de que la relación entre el abuso de alcohol y el comportamiento suicida es parte de un síndrome de comportamiento desinhibido que puede estar asociado con deficientes neurotransmisores serotoninérgicos (Asberg *et al.*, 1986). Es probable que la serotonina actúe como un neurotransmisor o modulador inhibitorio en el sistema nervioso central (Aghajanian, *et al.*, 1974).

Con relación a otros sistemas de neurotransmisión, como el dopaminérgico y el noradrenérgico, los estudios no arrojan resultados consistentes. Arango *et al*. (1993) encontraron mayores concentraciones de noradrenalina, sustancia que modula los impulsos agresivos, en la corteza prefrontal de víctimas del suicidio. Dajas (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 elevado en el sistema nervioso central durante el acto agresivo mismo. Para profundizar se recomienda revisar el capítulo 1 del libro *El suicidio: cuatro perspectivas* (Blandón y Andrade Salazar, 2015).

Bibliografía

Adler, A. (1968). Suicide. *Journal of Individual Psychology*, 14, 57-61.

Adrianzén, C. (1998). Depresión en niños y adolescentes. *Diagnóstico*, 37(5). Disponible en: <http://www.fihudiagnostico.org.pe/revista/numeros/1998- 99/setoct98/280-293.html>.

Aghajanian, G. K.; Haigler, H. J.; Bennett, J. L. (1975). Amine receptors in CNS. III. 5-Hydroxytryptamine in brain. Iversen, L. L.; Iverset, S. D.; Snyder, S. H. (eds.): *Handbook of Psychopharmacology*. Vol. 6: Biogenic amine receptors. New York: Plenum Press, 63-96.

Ajdacic-Gross, V.; Hepp, U.; Seifritz, E.; Bopp, M. (2019). Rethinking suicides as mental accidents: Towards a new paradigm. *Journal of Affective Disorders*, 252, 141-151.

Arango, V.; Ernsberger, P.; Sved, A. F.; Mann, J. J. (1993). Quantitative autoradiography of alpha 1- and alpha 2-adrenergic receptors in the cerebral cortex of controls and suicide victims. *Brain Research*, 630, 271-282.

Araújo, K.; Martuccelli, D. (2010): La individuación y el trabajo de los individuos. *Educaçao e Pesquisa*, 36, número especial.

Ariee, M.; Apter, A.; Orbach, I. *et al*. (2008). Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. *Compr. Psychiatry*; 49, 22-29.

Arias, E.; Blanco, I. (2010). Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina. *Estudios Sociológicos*, XXVIII(82), 185-210.

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

Atkinson, J. Maxwell (1978). *Discovering Suicide. Studies in the Social Organization of Sudden Death*. Palgrave Macmillan.

Baquedano López, G. (2014). El suicidio en la cultura maya: una aproximación psicoantropológica. Frutos Cortés, M. (coord.). *Violencia social y suicidio en el sureste de México. Memoria de un encuentro regional*. Secretaría de Salud del Estado de Campeche Universidad Autónoma del Carmen.

Baumeister, R. F. (1991). *Escaping the self: Alcoholism, spirituality, masochism, and other flights from the burden of selfhood*. New York: Basic Books.
Baumeister, R. F.; Heatherton, T. F.; Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at selfregulation*. San Diego: Academic Press.
Barroso Martínez, A. A. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(135), 51-66.
Beck, A. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-335.
Beck, A.; Weissman, A.; Lester, D.; Trecler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
Brent, D. A.; Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am. J. Med. Genet.*, 133, 13-24.
Brent, D. A.; Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatr. Clin. North Am.*, 31, 157-177.
Baudelot, Ch.; Establet, Rr. (2008). *Durkheim y el suicidio*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
Blandón, O.; Cuesta Andrade Salazar, J. A. (2019). Aproximación al funcionamiento neurobiológico de la persona suicida. Carmona, J. (comp.). *El suicidio: cuatro perspectivas*. Medellín: Fundación Universitaria Luis Amigó.
Bursztein, C.; Aptera, A. (2008). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, 1-6.
Carmona Parra, J. A. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 316-339.
Castel, R. (2010). *El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo*. Buenos Aires: FCE.
Caycedo Bustos, M. L. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Rev. Colomb. Psiquiatr.*, 36(2), 332-339.
Colucci, E.; Lester, D. (eds.). (2013). *Suicide and Culture. Understanding the Context*. USA: Hogrefe.
Chioqueta, A.; Stiles, T. (2003). Suicide risk in outpatients with specific mood and anxiety disorders. *Crisis*, 24(3), 105-112.
Dajas, F. (2010). El cerebro violento. Sobre la psicobiología de la violencia y los comportamientos agresivos. *Rev. Psiquiatr. Urug.*, 74(1), 22-37.
De Bedout Hoyos, A. (2008). Panorama actual del suicidio: análisis psicológico y psicoanalítico. *International Journal of Psychological Research*. 1(2), 53-63.
Douglas, J. (1967). *The Social Meanings of Suicide*. Princeton: Princeton University Press.
Dubet, F. (2006). *El declive de la institución, profesiones, sujetos e individuos en la modernidad*. Barcelona: Gedisa.
Dubet, F. (2013). *El trabajo de las sociedades*. Buenos Aires: Amorrortu.
Dubugras, S.; Guevara, B. (2007). Homicidio seguido de suicidio. *Universitas Psychologica*, 6(2), 231-244.

Durkheim, É. (1982). El suicidio. Madrid: Akal Universitaria. 2-400. (Trabajo original publicado como *Le Suicide*, en 1897).
Freud, S. (1975a). Contribuciones para un debate sobre el suicidio. Strachey, J. (comp.*). Obras completas*, vol. 11. Buenos Aires: Amorrortu.
Freud, S. (1975b). Duelo y melancolía. Strachey, J. (comp.). *Obras completas*, vol. 14. Buenos Aires: Amorrortu.
Freud, S. (1975c). El yo y el ello. Strachey, J. (comp.). *Obras completas*, vol. 19. Buenos Aires: Amorrortu.
Freud, S. (1975d). Más allá del principio del placer. Strachey, J. (comp.). *Obras completas*, vol. 18). Buenos Aires: Amorrortu.
George, S. E.; Collins, K. R.; Cao, T.; Stritzke, W. G.; Page, A. C. (2017). An Experimental Test of the 'Interpersonal' in the Interpersonal Theory of Suicide*. Journal of Experimental Psychopathology*, 8(4), 332-346.
Gibbs, J. P.; Porterfield, D. (1960). Prestigio ocupacional y Movilidad Social de los suicidios en Nueva Zelanda. *The American Journal of Sociology*, 66, 151.
Gibbs, J. P; Martin, W. T (1958). Una teoría de la integración de Status y su relación con el suicidio. *American Sociological Review*, 23, 140-147.
González, V. (2015). *Suicidio y precariedad en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida 2002-2010*. Tesis de Maestría en Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de la República de Uruguay.
Halbwachs, M. (1930). *Les causes du suicide*. Paris: Felix Alcan, 24, 30, 8,169-197, 9, 10.
Honneth, A. (2011). *La sociedad del desprecio*. Madrid: Trotta.
Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
Jung, C. G. (1959). *The meaning of death*. New York: McGrawHill Book Copan y, Inc., 25-160.
Kelly, G. A. (1969). El punto de vista de la concepción personal. Farberow, N. L.;
Shneidman (eds.). *¡Necesito ayuda!* México: La Prensa Médica Mexicana; 279-310.
Klonsky, E. D.; May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1, 1-5.
Klonsky, E. D.; May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the "ideation-to-action" framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
Le Blanc, G. (2007). *Vidas ordinarias vidas precarias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
Le Blanc, G. (2010). *Las enfermedades del hombre normal*. Buenos Aires: Nueva Visión.
Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
Litman, R. E. (1967). Sigmund Freud and Suicide. Shneidman, E. S. (ed.). *Essays in Self-Destruction*. New York: Science House, 324.
Litman, R. E.; Tabachnick, N. (1968). *Psychoanalytic Theories of Suicide. Fourth*

International Conference For Suicide Prevention. Los Angeles: Delmar Publishing Co., 277-285
López García, B.; Hinoja, R.; Bobes, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3, 309-412.
Lledó Muñoz, J. (2017). Suicidio: el control de la sociedad y sentido a la vida de los individuos Guajardo, G. (ed.). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.
Mann, J. J.; Currier, D. (2007). A review of prospective studies of biologic predictors of suicidal behavior in mood disorders. *Arch. Suicide Res*., 11, 3-16.
Martuccelli, D. (2007): *Gramáticas del individuo*. Buenos Aires: Losada.
Martuccelli, D. (2013). *Sociologías del individuo*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
Martuccelli, D.; De Singly, F. (2012). *Las sociologías del individuo*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.
Melges, F.; Bowlby, J. (1969). Types of hopelessness in psychopathological process. *Archives of General Psychiatry*, 20(6), 690-699.
Melhem, N. M.; Brent, D. A.; Ziegler, M. *et al*. (2007). Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *Am. J. Psychiatry*, 164, 1364-1370.
Menninger, K. (1972). *El hombre contra sí mismo*. Barcelona: Península, 9-363.
Millner, A. J.; Robinaugh, D. J.; Nock, M. K. (2020). Advancing the Understanding of Suicide: The Need for Formal Theory and Rigorous Descriptive Research. *Trends in Cognitive Sciences*, 24(9).
Murguía, D. L. (1967). Exploración fenomenológica en 50 casos de intento de suicidio. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 32(187), 3-43.
O'Connor, R. C.; Kirtley, O. J. (2018). The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Phil. Trans. R. Soc*., B 373, 20170268.
Paugam, S. (2007). *Las formas elementales de la pobreza*. Madrid: Alianza.
Payá, V. A. (coord.) (2012). *El don y la palabra: un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*. México DF: Juan Pablos Editor.
Rado, S. (1951). Psychodynamics of depression from the etiologic point of view. *Psychosomatic Medicine*, 13, 51-55.
Ramírez, M. (1998). La horrorosa belleza del suicidio. *Boletín de Antropología*, 12(29), 203-211.
Rodríguez Pulido, F.; de Rivera, J. G.; Revuelta, R.; de Oca Hernández, D. M. (1990). El suicidio y sus interpretaciones teóricas. *Psiquis*, 11(1), 374-380.
Roy, A. (1989). Emergencias psiquiátricas. Kaplan, H.; Sadock, B. (eds.). *Comprehensive textbook of Psychiatry*, cap. 29.1, 2. New York: William y Wilkins, 1414.
Sainsbury, P. (1955). *Suicide in London. An Ecological Study*. London: Champmany Hall, 11-19.
Sarieti, S.; Bemporad, J. (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires: Paidós, 161, 214, 216.
Seymour, S.; Kety, M. D. (1986). Genetic Factors in Suicide. Roy, A. (ed.). *Suicide*.

USA: Williams Wilkins, 41-45.
Shneidman, E. S. (1993). Suicide as a psychache. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 181(3), 145-147.
Turecki, G. (2017). Neurobiological risk factors for suicide. Larrobla *et al.* (eds.) *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Colección Artículo 2. Montevideo: CSIC-UDELAR, 221-245.
UNICEF (2018). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas. Tres estudios de caso. 2012*. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/spanish/SuicidioAdolescentePueblosIndigenas.pdf>.
Van Orden, K. A., Witte, T. K.; Cukrowicz, K. C.; Braithwaite, S. R.; Selby, E. A.; Joiner, T. E. Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.
Van Orden, K. A.; Cukrowicz, K. C.; Witte, T. K.; Joiner, T. E. Jr. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment*, 24, 197-215.
Williams, J. M. G. (1996). Depression and the specificity of autobiographical memory. Rubin, D. (ed.). *Remembering our past: studies in autobiographical memory*. London: Cambridge University Press, 244-267.

Capítulo 4. La sociedad

¿Quién no reproduce dentro de
sí, al mundo que lo genera?
Galeano (1978)

En el presente capítulo trataremos de abordar y reflexionar sobre la sociedad actual y como esta y nosotros, integrantes y partícipes de ella, nos relacionamos con la conducta suicida. Es sabido que todas las épocas se han caracterizado por cambios, en la medida que el ser humano se fue organizando social, económica, cultural y vincularmente, por lo tanto, las sociedades han acompañado y se estructuraron de formas cada vez más complejas. En este sentido, asistimos, básicamente a partir de la mitad del siglo XX, a una serie de modificaciones en el sistema de valores, la filosofía de vida y, por ende, aquello que se considera ético o moral en un contexto de mudanzas políticas, económicas, culturales, etc.

Bauman (2000) describe claramente cómo en la modernidad se evidencian las llamadas diferencias generacionales de forma más drástica. El foco está puesto en lo que el autor denomina ruptura con las instituciones y las estructuras, el Estado deja de tener un rol protector, benefactor y garante del futuro, lo que plantearía un alejamiento del sentido de pertenencia social y una predominancia de la perspectiva individual. Esto lleva a que las opciones y elecciones de vida se basen en permanentes cambios y esta se transforme en algo inestable y de corto plazo.

Este estilo de vida se contrapone con el tipo de vínculos que se establecían en generaciones anteriores (por ejemplo, entre nuestros abuelos), donde lo permanente, seguro y estable predominaba y marcaba un camino de compromiso dado por la palabra. Por lo tanto, actualmente, se podría decir que las relaciones familiares, amorosas, laborales y las amistades se establecen en función del miedo al compromiso y adquieren características de efímeras o inestables, lo que no invalida o anula los sentimientos de angustia y ansiedad que generan las separaciones. El área laboral refuerza esta realidad, en tanto los requerimientos actuales para los puestos se dirigen a personas cuya formación les permita ocupar distintos puestos de trabajo o estar en permanente formación o reconvirtiéndose. Esto cuestiona las bases educativas de otrora, que pasan a ser valoradas como caducas, en tanto no brindan las herramientas necesarias para los nuevos cambios sociales, económicos, culturales, etc. (Bauman, 2000).

Las personas pasan a preferir estar solas, porque se sienten más seguras y confiadas en sí mismas. Esto lleva a una progresiva pérdida de inclusión social o, por lo pronto, a vincularse solamente con aquellos considerados pares o iguales. Los proyectos colectivos pasan a ser sustituidos por los individuales.

Desde la mirada de Castel (1997), la era de la industrialización y consecuentemente el anonimato y la despersonalización que se estableció con ella generaron una tensión que podía hacer peligrar el surgimiento del capitalismo. Esto implicó también un reordenamiento en la estructuración social y el establecimiento de nuevos vínculos, en la arena política y también en la económica y social, con su consecuente nuevo sistema de regulaciones. El impacto que esto ha tenido se vio reflejado en importantes cambios en las subjetividades individuales y colectivas, y generó una disputa entre la inclusión y la exclusión social.

A estas condiciones y características que se establecen y regulan la modernidad, el autor las denomina «vulnerabilidad social», la cual favorece diferentes desafiliaciones y desintegraciones, dada la precarización e inestabilidad que se imponen y pasan a ser condiciones que perduran en el tiempo. Para Castel (1997, 419) la cuestión social «se plantea explícitamente en los márgenes de la vida social, (…) pero a su vez pone en cuestión al conjunto de la sociedad». En otras palabras, el concepto de desafiliación se entiende como debilidad de los soportes del individuo moderno, con una fuerte vinculación con el lugar que tiene en la división social del trabajo y en las redes de sociabilidad. Este individuo se produce socialmente y en dicho proceso se juegan sus posibilidades y fragilidades dentro de un contexto social e institucional particular.

El análisis que realiza Castel (1995), focalizándose en la relación de los individuos con el trabajo y la ausencia de la misma, es fundamental. En su planteo, el trabajo es un soporte esencial de inscripción en determinada estructura social, que a su vez indica el lugar que se ocupa y el acceso a la participación en las redes de sociabilidad, que configuran sistemas de protección (Castel, 1995). Cuanto más sólidas sean las inserciones, se cuenta con mayores sistemas de protección y, por ende, hay mayores zonas de cohesión social. Pensado en términos laborales, una inserción sólida, que brinde cierta seguridad salarial y protección de salud, entre algunos factores, dará cuenta de la integración de una persona: cuanto mayor sea la debilidad laboral, mayor será la vulnerabilidad social. La desafiliación, entonces, plantea una idea de posible recorrido hacia zonas de vulnerabilidad y para el autor es una zona de inestabilidad donde se mezclan la precariedad laboral y la fragilidad de los soportes sociales o de proximidad. Esta noción permite la posibilidad de que una persona pueda estar vinculada con las relaciones sociales, pero a su vez menos vinculada a las estructuras institucionales, por ejemplo, del trabajo. La dinámica implícita en este concepto de vulnerabilidad se contrapone con la de exclusión social mencionada en párrafos anteriores, en tanto en el pensamiento de Castel se sugeriría una idea de quietismo y una dicotomía social (se pertenece o no, inclusión-exclusión), sin que se visualicen posibilidades intermedias.

La propuesta del filósofo Byung-Chul (2012) sigue la línea de lo planteado hasta el momento. Según este autor, la sociedad de este siglo es de

alto rendimiento, donde nada es imposible, nada es inalcanzable e impera la autoexigencia del propio individuo, que termina siendo autodestructiva en ese querer poder y alcanzarlo todo. Esta perspectiva lleva a que los límites de la sociedad disciplinaria planteados por Foucault desaparezcan, lo que lleva a una carrera desenfrenada de saltar obstáculos personales, sentimientos de inferioridad y hasta de insuficiencia. Este proceso, según el autor, tiene como consecuencia un «agotamiento del alma», que no deja posibilidades para la interacción en la esfera de la vida social o comunitaria ni para la reflexión. Este cansancio sería hasta más peligroso y violento, dado el egocentrismo que aflora. Otro de sus planteos se vincula a cómo las formas simbólicas le dan cohesión a la sociedad y otorgan estabilidad a las personas, en tanto ofrecen la posibilidad de repetición, lo que torna algo duradero. Pero estos conceptos tienden a desaparecer en la medida que el consumismo y la inmediatez imposibilita la durabilidad de las cosas (sentimientos, vínculos, trabajos, cosas materiales, etc.). El desarrollo tecnológico aumenta esta sensación de que todo en el tiempo caduca rápidamente.

La muerte, el suicidio y la conducta suicida en el contexto del siglo XXI

Desde la perspectiva del antropólogo nacional Guigou (2017), en las sociedades occidentales el suicidio ha sido juzgado antes que comprendido, por el temor y el tabú que despierta. Esta conducta, específicamente individual, también pasa a ser social, porque pone en evidencia o denuncia las fallas que tiene la sociedad en la que vivimos. Este autor plantea que las oscilaciones en las tasas de suicidio de cualquier sociedad hablan de procesos de desestructuración no solo económicas, sino también sociales, políticas y culturales, en las cuales se destacan tres dimensiones conectadas de manera intrínseca: la social, la psíquica y la biológica.

Retomando la caracterización de Bauman, Castel y Byung-Chul, mencionadas al inicio del capítulo, no existiría espacio o lugar para la demostración del dolor o sufrimiento en un mundo en donde debe primar el placer, la felicidad y la satisfacción narcisística. Autores como Chapman y Gravin (1993) plantean que el sufrimiento se compone de tres estados (afectivo, cognitivo y negativo) y se caracteriza por que la persona experimenta una sensación de encontrarse amenazada en su integridad; esto se acompaña de un sentimiento de impotencia para hacer frente a esa amenaza y, además, por el agotamiento de los recursos personales y psicosociales que le ayuden a afrontarla. Dichos autores, ponen especial énfasis en este último aspecto y resaltan el hecho de que el factor clave del sufrimiento lo constituye la indefensión percibida. Esta es definida como la percepción que tiene la persona de una quiebra total de sus recursos físicos, psicológicos y sociales. En esta misma línea, Bayés (2012) propone dos instancias esenciales en las cuales las personas sufren: 1) cuando se experimenta o se teme que le suceda un daño físico o psicosocial que valora como una amenaza

importante para su integridad psíquica u orgánica, y 2) al mismo tiempo cree que carece de recursos para hacer frente con éxito a esta amenaza.

Considerar esta perspectiva implica adentrarnos en la esfera emocional de las personas y cómo estas se encuentran en la base de las reacciones/conductas que se ponen en marcha. En general, sufrimiento y dolor son tratados como si fueran lo mismo, cuando en realidad el primero es un fenómeno más amplio y abarca más dimensiones que el dolor y, además, presenta muchas causas potenciales, de las cuales el dolor es solo una de ellas. No todas las personas que padecen dolor sufren, ni todas las que sufren padecen dolor (Chapman y Gravin, 1993).

El mundo emocional cumple una función importante vinculada a la supervivencia, por lo tanto, ayuda a que las personas generen reacciones adecuadas en aquellas situaciones en que se sienten amenazadas por el entorno. Estas respuestas estuvieron presentes desde la antigüedad hasta nuestros días, como producto de un proceso adaptativo de nuestra especie. Desde la perspectiva de las neurociencias afectivas, los comportamientos emocionales sirvieron de guía para la evolución del cerebro y en ese desarrollo las emociones como el miedo, la ira, la tristeza, la alegría, la sorpresa y el asco se las identifica como básicas, para las cuales hay un mayor consenso respecto a su definición conceptual. Estas emociones básicas son producto de la evolución filogenética y ontogenética, están vinculadas a los estados biológicamente significativos, como la procreación, la cría y la amenaza a la integridad de personas y la especie. Esto nos lleva a comprender la emoción como una experiencia multidimensional, donde se juegan los aspectos cognitivos/subjetivo, conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. El predominio de alguna de ellas va a estar supeditado a la emoción, la persona o la situación (Chóliz, 2005).

Por lo tanto, las emociones son respuestas corporales y los sentimientos son su correlato mental, sin embargo, las palabras no son imprescindibles para comunicar las emociones, pero los sentimientos difícilmente se puedan comunicar si no se traducen en palabras. Los sentimientos, que están hechos de pensamientos y representaciones mentales a partir de las emociones corporales, se caracterizan por ser invisibles, personales e intransferibles. Autores como García y Sibils (2006) afirman que el aspecto emocional es esencial a lo largo del proceso del pensamiento racional, lo que lleva a plantear que la emoción es clave para el aprendizaje y la toma de decisiones.

Hasta las emociones valoradas como negativas o desagradables cumplen funciones de adaptación social y ajuste personal. De acuerdo a Plutchik (1980), la función que se vincula con cada una de las emociones básicas identificadas es la siguiente: miedo-protección, ira-destrucción, alegría-reproducción, tristeza-reintegración, confianza-afiliación, asco-rechazo, anticipación-exploración y sorpresa-exploración. La función social de las emociones descrita por Izard (1993) dice que sirven para facilitar la

interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos y promover la conducta prosocial.

Como se mencionó anteriormente, el miedo es una de las emociones básicas y es considerado un mecanismo de defensa y supervivencia natural, que le permite a las personas responder rápida y eficazmente a las situaciones percibidas como amenazantes (Rojas-Marcos, 2010). De esta forma se lo considera un fenómeno psicológico normal cuya función es de adaptación. Cuando esto supera un umbral determinado y sobrepasa cierto grado de normalidad adaptativa acompañado de fuertes sentimientos de ansiedad es que se transforma en algo patológico (Herrán y Cortina, 2006). El miedo a la muerte, entonces, ha estado presente a lo largo de toda la vida, sin que se vincule a una pérdida real. Su intensidad variará de acuerdo a las personas, experiencias personales, momentos del ciclo vital, etc., sin embargo, se considera que ciertos niveles de miedo pueden ser considerados no solo esperables, sino también necesarios (Ramos Campos, 1982).

Miedo a la muerte y al morir

Autores como Valdés (1994) y Urraca (1982) hacen una distinción entre tres tipos de miedo a la muerte y al proceso de morir. El primero hace referencia a la muerte personal y todo lo que implica el proceso de morir (pérdida de identidad, a la descomposición, a la incompletud de proyectos, agonía, etc.); en segundo lugar, estaría el miedo a la muerte del otro, especialmente familiares, amigos y allegados, vinculados al sufrimiento, a la prolongación de una enfermedad, al moribundo, al muerto, los funerales, los duelos, etc.; por último, aparecerían los miedos a los objetos entre los cuales se destacan lugares asociados a la muerte y el morir (funerales, cementerios, hospitales, etc.).

Thomas (1976) y Veil (1974), por su parte, diferencian algunas creencias y circunstancias que acompañan estos miedos. En este sentido, resaltan el enfrentar el dolor físico, la agonía psicológica, la soledad y la desesperanza. La explicación atribuida a ello es que para los autores el factor educativo cobra un peso relevante, en la medida que hemos sido educados en un entorno y sociedades donde se teme el riesgo y recluidos en un límite estrecho de lo mundano.

Es importante considerar el planteo que realiza Becker (2003) con relación al mecanismo de negación del miedo a la muerte que se pone en funcionamiento como forma de controlar la ansiedad que esta produce. Esta ansiedad básica se origina en sentimientos primarios de abandono y la respectiva indefensión que se vivencia a lo largo de todo el desarrollo de la vida. Al decir del autor, todos nos enfrentamos al mundo y a la muerte como destino, es «el terror de haber emergido de la nada, tener un nombre, conciencia de sí mismo, sentimientos íntimos profundos, un agudísimo anhelo de vivir y auto expresarse, y, sin embargo, pese a todo esto, morir» (Becker, 2003: 11).

El ser humano es esencialmente social, el niño nace con una estructura biológica particular y es recibido por una trama social determinada por costumbres, inserto en un sistema socioeconómico, un momento histórico, donde van a influir el clima, la geografía, la jornada laboral de los padres, los modelos de crianza, las creencias, etc. Todos estos factores constituyen las condiciones de existencia dentro de las cuales se desarrolla la vida cotidiana. Durante estos cuidados el adulto y el niño, comprometidos activamente en esa situación, desarrollan acciones mutuamente transformadoras, conformando un sistema de interacción que es el origen de la comunicación humana, del vínculo de apego y la subjetividad.

John Bolby (1989), desarrolló la *teoría del apego*, en la que describe que la relación de apego es un vínculo emocional único, intenso, duradero entre dos personas (niño y cuidador), que incluye un intercambio de confort, cuidado y placer; sería genéticamente determinado, se establece desde el nacimiento, asegura proximidad, protección y supervivencia y pasa a ser modelo para las futuras relaciones. Este mismo autor plantea, con relación al duelo, que este se transita en cuatro etapas: etapa de adormecimiento, donde algunos miembros de la familia quedan en estado de shock y no pueden comprender plenamente la ruptura que se da en el desarrollo natural del fallecido; la segunda etapa estaría marcada por la necesidad de la búsqueda de los difuntos y en la base de este comportamiento estaría su planteo de la teoría del apego y los sentimientos de angustia y ansiedad que generan las situaciones de separación con las figuras referentes en la infancia, las situaciones actuales remiten a los intercambios más tempranos del desarrollo emocional; en la siguiente etapa se presentan la desorganización y desorientación, vinculadas íntimamente con la internalización de las experiencias en el desarrollo del apego, si los patrones de comportamiento aprendidos responden a apegos desorganizados, esto complejiza esta tercera fase del proceso de duelo; por último, está la etapa de la reorganización (Bowlby, 1988).

Por su parte, Kübler-Ross (1989) denomina dichas fases del duelo como negación (intento de amortiguar la noticia y tomar distancia de la realidad), rabia (enojo y descontento por vivir lo que le tocó sin razón y a otros no), negociación (se da en aquellas personas creyentes, otros buscan otros recursos, como profesionales de la salud para ayudarles a entender lo que sucedió), depresión (sentimiento de un gran dolor que posibilita la aceptación de la situación, pero que generalmente se transita con apatía y silencio en relación al mundo exterior) y por último, la aceptación donde lo que predomina es la tristeza y serenidad. Esta sucesión de etapas no se da de manera lineal, sino que su recorrido, en alternancia de las diferentes fases, dependerá de cada persona. Es decir, que la ruptura o pérdida de determinados lazos afectivos generan crisis caracterizadas por una gran carga emocional denominada *duelo*. El psicoanálisis explica que es por medio de los duelos que transitamos por las pérdidas que vivimos, ya sean

de objetos con significados emocionales intensos, personas, etc., que nos acercamos paulatinamente a la muerte (Laplanche, 1987).

Los planteos anteriores en relación con la muerte sirven para una comprensión general del hecho, pero las reacciones o los comportamientos van a estar estrechamente vinculados, como ya se mencionó, también al proceso de morir. Con relación a esto, las emociones estarán guiadas según diferentes factores: el tipo de muerte (cómo sobrevenga esta) sea de forma lenta (cuando la vida se va apagando lentamente). En este sentido, autores como Glaser y Strauss (1967) lo denominan «espera prolongada», por causa de los avances de la medicina, o de forma súbita o inesperada. También se incluyen en esta última distinciones vinculadas a las edades de quienes mueren (prematura), la inesperada (ocurriría a cualquier edad) y la denominada calamitosa (de carácter violento donde estarían incluidos los homicidios y los suicidios). Otros autores como Guinot (2011) se refieren a los tipos de muerte en términos de finales, en el entendido de que la vida puede definirse como un viaje con una sola dirección, la muerte, el final.

Además de los tipos de muerte, los lugares donde se muere no son indiferentes. Si bien la muerte puede darse en cualquier lugar, desde el siglo pasado, se destacan dos lugares específicos: la casa y el hospital. La primera determinaba cierto privilegio, en tanto quien no tenía casa en la que vivir, tampoco tenía lugar donde morir. La muerte en el domicilio era común, lo que planteaba una mayor cercanía con ella, en especial para los niños, y la vivencia de la muerte se convertía en algo presente que sucedía. Esto llevaba a un aprendizaje acerca de ella y el miedo que podía provocar se amortiguaba por la red de rituales que se tejía en torno a la muerte (Mantegazza, 2006). En tanto muerte en la casa, esta era compartida por la comunidad, sentida por esta y acompañada tanto en el velorio como en la procesión al cementerio. Los amigos, allegados y vecinos se incorporaban al cortejo a la medida que se desarrollaba. Aproximadamente a partir de 1930 se da una ruptura con estas costumbres, marcada por los avances de la medicina y la institucionalización en los hospitales, junto con la generación de la subcultura médica en el diagnóstico de la muerte. Esta situación se generaliza cada vez más a partir de la década de 1950 y comienza el proceso social de ocultamiento de la muerte, como forma de no rememorar los horrores de la Segunda Guerra Mundial (Bravo, 2006). Otros factores que propiciaron este cambio fueron la idea de bienestar, intimidad, higiene personal y asepsia, que relegaron a los hospitales la evitación de presenciar, mediante los sentidos, los olores y el espectáculo de la muerte (Urmeneta, 2001).

Como ya se mencionó, en las sociedades modernas morir es visto, por un lado, como fracaso o problema que la ciencia aún no ha resuelto; por otro, se fomenta su rechazo y evitación, su mención o hablar sobre la muerte es complicado, dificultoso, insoportable, vergonzoso o directamente se elimina, se niega al no hablarse sobre ella. Actualmente no solo se teme

a la muerte, sino que también se niega y se olvida (Nia *et al.*, 2016).

Estos mecanismos son propiciados y facilitados por las estructuras sociales y costumbres civilizatorias. Al respecto, Ernest Becker dice:

> Aunque sabemos objetivamente que somos mortales, elaboramos todo tipo de esquemas para huir de esa devastadora verdad. (Cathcart y Klein, 2012: 22).

Según Becker, las personas se enfrentan a la muerte a través del engaño, guiadas por diferentes creencias irracionales que les proporcionan el convencimiento de su inmortalidad, inmortalidad compartida a través de la cultura como estrategia de supervivencia. Es más fácil soportar un engaño si se comparte con los demás dentro de la propia cultura (Cathcart y Klein, 2012).

Las sociedades actuales (de consumo y desarrollo) presentan posturas contrapuestas con relación a la muerte: aquellas que la rechazan o que la integran con un componente educativo importante. En las primeras pasa a ser un tema vedado, negativo y catalogado como de mal gusto. Autores como Urmeneta (2001) la denominan y caracterizan como «salvaje», los ritos funerarios, los velatorios prolongados, el luto y el tiempo de duelo, o las visitas al cementerio, se acortan cada vez más. Como menciona Ariès (1984), casi no se llega a ver a los que lloran a un ser querido, no son percibidas socialmente y en algunos casos, la sociedad y su ambiente son simples espectadores de un cuadro generando expresiones de neutralidad o rechazo.

Lo expuesto hasta ahora deja al descubierto la fragilidad y la vulnerabilidad de las personas y de la trama social en la que se encuentran, en tanto se hace muy difícil reconocerse frágil, finito, expuesto a enfermedades y al dolor, envejecer y morir (Torralba, 1999).

El suicidio y la conducta suicida

Si como se planteó en los puntos anteriores la muerte se vive con sentimientos de vergüenza, horror, susto, miedo, etc., enfrentarse a ella por mano propia (suicidio) o a cualquiera de las formas de la conducta suicida (pensamientos, ideas, planes, métodos, etc.) será igual o más resistido. Esto, seguramente, se deba a que lo que trae a luz es lo que denomina Shneidman (1993) como un dolor psíquico de tal magnitud que lleva a que la persona que toma esa decisión no encuentre otra salida para ese sufrimiento. Esto estaría involucrando no solo al propio suicida, sino a la sociedad, que no ofrece otras formas de «salida» o contención.

En las grandes ciudades, la enfermedad y la muerte se viven como enemigos, en tanto son fuente de amenaza a lograr éxitos; la supervivencia se mide de acuerdo al tiempo que se seguirá viviendo para concretar los proyectos o aspiraciones propuestas o impuestos. La muerte, entonces, deja al individuo solo frente a su propia realidad, la finitud.

Como se sabe, la conducta suicida, por relacionarse con la muerte, moviliza los sistemas de creencias y valores y es uno de los fenómenos que más mitos genera, asociándose con interpretaciones no científicas que se han agrupado en el imaginario social, producto de las representaciones que a este mismo nivel se han acumulado y se transmiten generacionalmente (Martínez, 2003). La historia del suicidio refiere al dolor, tanto individual como social, y es, al decir de Ramón, «poner boca arriba las cartas de nuestra fragilidad» (Ramón, 2015: 363), en el entendido de que la negación del dolor pasó a ser un proyecto social.

Como se mencionó al inicio de este capítulo, las emociones que se valoran en la actualidad se caracterizan por ser todas de carácter positivo (felicidad, realización, satisfacción, completud, etc.) y no habría espacios, ni individuales ni sociales o colectivos, para las expresiones negativas o su respectiva contención. Las emociones positivas brindan sensación de protección y seguridad, en un mundo donde lo que importa es el bienestar producto de una sociedad autosuficiente, complaciente, que tiende a exorcizar el dolor, tanto físico como moral, y a anular la sensación de vacío que otros sienten.

Las posturas que se toman con relación a este comportamiento o decisión, de valoración y juicio, por unos sobrevalorados (héroes que se animaron al acto de suicidarse), por otros repudiado (cobardes que no tuvieron agallas suficientes para enfrentar los problemas), estaría poniendo en evidencia la incomodidad individual y social que genera la muerte del otro, a veces ajeno, a veces no tanto.

Según Ramón, Camus al publicar *El mito de Sísifo* (1942) «aseveraba que matarse es confesar» (Ramón, 2015: 371) y la confesión puede ser para la actualidad mostrar los límites y limitaciones emocionales, individuales y sociales de algo que se siente y vive como intolerable, sin embargo, lo intolerable para la sociedad moderna es enfrentarse al suicidio. Esto se pone en evidencia, en cierto modo, en el foco que se hace en los datos estadísticos y epidemiológicos del suicidio, esta mirada también permite tomar distancia de la esfera emocional con relación a este fenómeno. Ponerles contenido a esas cifras, darles voz a esas personas, implica despojarse de aspectos personales (prejuicios, mitos y miedos) y también vinculados a una sociedad cada vez más erosionada, con condiciones de vida cada vez más precarizadas, con una fuerte exigencia social y un gran temor a la marginalidad, que socaba la estabilidad emocional.

Bibliografía

Ariès, P. (1984). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.

Bauman, Z. (2000). *Modernidad líquida*. México: Fondo de Cultura Económica.

Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.

Becker, E. (2003). *La negación de la muerte*. Barcelona: Kairós.

Bowlby, J. (1988). *Loss: Sadness and depression* (Vol. 3). New York: Penguin Books.
Bowlby, J. (1989). Conferencia 7: El papel del apego en el desarrollo de la personalidad. *Una base segura aplicaciones clínicas de la teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós. 140-158.
Bravo, M. (2006). ¿Qué es la tanatología? *Revista Digital Universitaria*, 8(7), 1-10.
Byung-Chul, H. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
Byung-Chul, H. (2020). *La desaparición de los rituales*. Barcelona: Herder.
Castel, R. (1995). *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós Estado y Sociedad.
Cathcart, T.; Klein, D. (2012). *Heidegger y un hipopótamo van al cielo*. Barcelona: Planeta.
Chapman, C. R.; Gavrin, J. (1993). Suffering and its relationship to pain. *J. Palliat. Care*, 9, 5-13.
Chóliz, M. (2005). Psicología de la emoción: el proceso emocional. Disponible en: www.uv.es/=choliz
García, V.; Sibils, R. (2006). Las emociones: nuevas perspectivas desde el psicoanálisis y las neurociencias. *Interpsiquis*, 1-19.
Glaser, B.; Strauss, A. (1967). *El desarrollo de la teoría fundada*. Chicago: Aldine.
Guigou, N. (2017). Suicidio en el Uruguay: la violencia del silencio. Larrobla, C.; Hein, P.; Novoa, G.; Canetti, A.; Heuguerot, C.; González, V.; Torterolo, M. J.; Rodríguez, L. (comp.). *70 años de suicidio en el Uruguay: 7 disciplinas, 7 encuentros, 7 entrevistas*. Montevideo: CSIC-UDELAR.
Guinot, J. L. (2011). *Al final de este viaje*. Madrid: Alianza Editorial.
Herrán, A. de la; Cortina, M. (2007). Fundamentos para una pedagogía de la muerte. *Revista Iberoamericana de Educación*, 41(2), 1-12.
Izard, C. E. (1993). Organizacional and motivacional functions of discrete emotions. Lewis, M. (ed.). *Handbook of emotions*. Nueva York: Guilford Press, 631-641.
Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Ediciones Luciérnaga.
Laplanche, J. (1987). *Vida y muerte en psicoanálisis*. Buenos Aires. Amorrortu.
Mantegazza, R. (2006). *La muerte sin máscara*. Barcelona: Herder.
Maríñez, A. (2003). *Sentido de la vida en la obra de Viktor Frankl*. Madrid: Entrelíneas.
Nia, H. S.; Lehto, R. H.; Ebadi, A.; Peyrovi, H. (2016). Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals: A Review Article. *International Journal Community Based Nursing Midwifery*, 4(1): 2-10.
Plutchik, R. (1980). *Emotion: a psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper and Row.
Ramos Campos, F. (1982). *Personalidad, depresión y muerte*. Madrid: Tesis Doctoral.
Ramón A. (2015). *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*. Barcelona: Acantilado.
Rojas-Marcos, L. (2010). Superar la adversidad: el poder de la resiliencia. Madrid: Espasa Calpe.
Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental*

Disease, 181(3), 145-147.
Torralba, F. (1999). *Futilidad y vulnerabilidad, en la medicina paliativa, una necesidad sociosanitaria*. Santurce: Hospital San Juan de Dios, 283-298.
Thomas, L. V. (1976). *L'antropologie de la mort*. París: Payot.
Urraca, S. (1982). Actitudes ante la muerte y la religiosidad. *Información Psicológica*, 3, 101-139.
Valdés, M. (1994). *Estudio de las actitudes ante la muerte en cónyuges de pacientes hospitalizados en unidades de cuidados intensivos generales*. Tesis doctoral, Universidad de Sevilla.
Veil, C. (1974). Los problemas de la muerte. Autores varios: *Sociología de la muerte*. Madrid: Sala.

Parte 2. Prevención

Capítulo 5. Prevención de la conducta suicida

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la prevención se define como las «medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida» (OMS, 2006).

En este sentido, si bien el suicidio o los intentos de autoeliminación no son definidos como una enfermedad como tal, constituyen un fenómeno de gran importancia si concebimos el concepto de salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 1989: 13). El suicidio es un grave problema de salud pública, no obstante, es prevenible, en muchas situaciones, mediante intervenciones oportunas.

De acuerdo a sus características se pueden diferenciar tres niveles de prevención:

a) *Prevención primaria*: Son aquellas medidas dirigidas a evitar el surgimiento de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores que la causan y predisponen o condicionan (OMS, 1998; Colimón, 1978). La finalidad de las acciones de prevención tomadas en el primer nivel de atención se orienta a disminuir la ocurrencia del fenómeno.

b) *Prevención secundaria*: En este nivel la prevención está dirigida a la detección y diagnóstico precoz. Es decir, se va a la búsqueda de aquellas personas que, si bien aparentan no tener problemas en realidad, los padecen. De esta forma, se aborda de manera oportuna y lo más eficazmente posible las enfermedades. Estos objetivos se pueden lograr mediante control periódico en salud, como se concibe en la estrategia de atención primaria. El diagnóstico temprano, junto con una captación oportuna y un tratamiento adecuado son fundamentales para el control de la enfermedad. Esto evita o retarda la aparición de las secuelas, principalmente cuando se trata de enfermedades crónicas (OMS, 1998; Colimón, 1978).

En el caso de Uruguay, a partir del año 2004, se toman una serie de medidas con relación a la problemática del suicidio, en función de las altas tasas que presentaba el país (creación de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio, por Decreto 378/004) (MSP, 2016). En diciembre de 2013, la Ordenanza Ministerial 765 dispuso la notificación obligatoria de los intentos de autoeliminación para todos los prestadores de salud (públicos y privados), mediante el llenado de la Ficha de Registro Obligatorio (FRO) y el envío mensual del reporte, según planilla remitida por el Ministerio de Salud. Este es un claro ejemplo de una medida preventiva para detectar personas con riesgo suicida.

c) *Prevención terciaria*: Las acciones llevadas adelante en este nivel se centran en la recuperación de las enfermedades a partir de diagnós-

ticos certeros. En función de estos, se planifican abordajes basados en la individualidad de los pacientes desde una perspectiva integral, donde se contemplan los aspectos físicos, psicológicos y sociales. Para la obtención de resultados eficientes se hace imprescindible un monitoreo o control y seguimiento de la evolución y resultados del tratamiento y la rehabilitación planteada. De esta manera, se apunta a minimizar el sufrimiento, tanto físico como psíquico, facilitando la capacidad adaptativa de las personas a los problemas y contribuyendo a prevenir o reducir al máximo los impactos de la enfermedad.

Las medidas adoptadas por la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio en Uruguay incluyen, a partir del 2017, por medio de la Ordenanza Ministerial 384 (MSP, 2016), la asistencia al paciente con conductas suicidas y su familia siguiendo un Protocolo de Atención y Seguimiento.

Lo planteado hasta el momento pone énfasis en la concepción de la salud como un proceso dinámico y dialéctico, en el cual se puede intervenir buscando reducir la incidencia de los factores que aumentan el riesgo de aparición de un problema de salud.

Autores como Ferrari (1996) y Pérez (1987) plantean ciertas discrepancias con relación a la definición de salud de la OMS. La perspectiva desde donde se concibe el binomio salud-enfermedad es desde la existencia de una tensión y un conflicto permanentes entre ambos factores para poder alcanzar niveles de bienestar. Se lo concibe como un proceso en la vida donde hay un relacionamiento entre diferentes factores, como lo son el bienestar físico, mental y social (de carácter individual, particular o colectivo), es a su vez dinámico, variable, y los efectos de estos factores pueden ser positivos o negativos. Esta perspectiva nos habla del índice de bienestar alcanzado por una población, el nivel de desarrollo social logrado por una sociedad y es una condición esencial para la continuidad de este.

Pérez (1987) describe la salud como una cualidad sistémica, jerarquizando el aspecto activo de las personas en su medio ambiente. Plantea una crítica a la división que generalmente se hace entre lo biológico y lo psicosocial. En contraposición, plantea tres niveles de determinación social de la salud: 1) el macrosocial, donde se visualiza la relación que existe entre la socioeconomía (como un todo) y el estado de salud de la población general; 2) el grupal, en él se observa la relación establecida entre el modo de vida de las personas, sus condiciones y el estado de salud en un grupo determinado (puede ser según clase social, nivel profesional, etc.); 3) individual, que se focaliza en la relación que hay entre los estilos de vida de una persona y su estado de salud. Dichos niveles presentan una interacción permanente, muy dinámica y de manera continua. En el planteo de Ferrari (1996), la discrepancia se localiza en el aspecto de «completo bienestar» de la definición de OMS. Para este autor, cuando se habla de salud mental, como componente de la salud, se hace referencia a un estado de relativo bienestar en el que la persona puede funcionar en el mejor nivel de su ca-

pacidad mental, emocional y corporal, frente a la variedad de situaciones favorables o desfavorables que se le presenten.

A pesar de las diferencias planteadas entre los autores citados y la definición de la OMS, la idea de que la salud no es un objetivo, sino la fuente de riqueza de la vida cotidiana de las personas, obtiene consenso. Esto resalta el aspecto positivo y enfatiza los recursos sociales, personales y las aptitudes físicas, por lo tanto, el concepto de salud como bienestar, trasciende la idea de formas de vida sanas y descentra al sector salud como el único responsable de su producción, se le adjudica un carácter multisectorial e interdisciplinario.

El enfoque preventivo y de riesgo utilizado en el abordaje de la conducta suicida

Riesgo y vulnerabilidad

¿Qué se entiende por riesgo? Es el potencial de pérdidas que puede ocurrirle a un sujeto o sistema expuesto, resultado de la superposición de la amenaza y la vulnerabilidad. Es la probabilidad de exceder un nivel de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un cierto sitio y durante cierto período de tiempo (Cardona, 2003).

¿Qué se entiende por vulnerabilidad? Es la predisposición o susceptibilidad, física, económica, política o social que tiene una comunidad o persona de ser afectada o de sufrir daños en caso de que se manifieste un fenómeno desestabilizador de origen natural o causado por el hombre.

En la actualidad, se utilizan, muchas veces, las palabras *vulnerabilidad* y *riesgo* como sinónimos, a pesar de que son conceptos diferentes y las definiciones obedecen a un enfoque metodológico que ayuda al entendimiento del riesgo y la posibilidad de reducirlo o mitigarlo. Como en varias situaciones no se puede actuar sobre la amenaza, bajo este enfoque es viable comprender que para disminuir el riesgo no hay otra posibilidad que disminuir la vulnerabilidad de los elementos expuestos. En los países en desarrollo la vulnerabilidad social es, mayoritariamente, la causante de las condiciones de vulnerabilidad física. La vulnerabilidad social es una condición que se gesta, acumula y permanece en forma continua en el tiempo y está íntimamente relacionada a los aspectos culturales y al nivel de desarrollo de las comunidades.

Según la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina la vulnerabilidad «se configura socialmente y es el resultado de procesos económicos, sociales y políticos» (Cardona, 2003).

¿Por qué utilizar la noción de riesgo?

- Brinda una medida de la necesidad de atención a la salud.

- El conocimiento del riesgo o de probabilidad de que se presenten futuros problemas de salud permite anticipar una atención adecuada y oportuna. (Jessor, 1991).

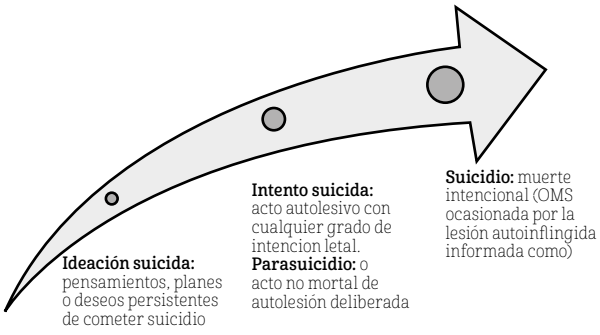
Importancia del enfoque preventivo para la conducta suicida:

- Es uno de los pasos más importantes para el conocimiento y prevención.
- Reconoce fenómenos observables/identificables previos a la ocurrencia de problemas de salud.
- Permite atención preventiva, adecuada y oportuna para evitar situaciones de riesgo y sus complicaciones.
- Concebir la conducta suicida como un continuo es consecuente con un enfoque preventivo, pues permite anticiparse a problemas mayores.

Estudios realizados acerca de la *ideación suicida* subrayan que, aunque no es un factor determinante para llegar al suicidio, puede convertirse en tal. Por lo tanto, es posible ubicarla en uno de los polos de un continuum que puede terminar en el suicidio.

De esta forma, la ideación suicida puede ser el primer paso (predictor) para un eventual suicidio (Barrios, 2000; Flechner, 2000). En esta misma línea, algunos trabajos han concluido que son varios los factores que se asocian a la ideación e interaccionan conjuntamente transformándose así en factores de riesgo (psiquiátricos/médicos, psicosociales y demográficos). Por otro lado, también se describe la presencia de factores protectores (personalidad, familiares, socioculturales y ambientales) (WHO, 2012; Wasserman, 2000). En los cuadros 1 y 2 se observa lo descrito.

Cuadro 1. La conducta suicida como continuo.



Adaptado de: Beck, 2000; Barrios, 2000; Flechner, 2000.

Desde esta perspectiva resulta de vital importancia identificar los factores de riesgo y protección que puedan incidir en el pasaje por este continuo.

Cuadro 2. Factores que dificultan e interfieren en la detección de depresión o factores de riesgo suicida.

Desde las personas	Desde el personal educativo	Desde el personal de la salud
Los que se refieren a características de personalidad y período vital en el que se encuentran.	Falta de herramientas para diferenciar entre conductas esperables propias del período de la adolescencia y aquellas que pueden ser signos de alerta o patológicas.	Es más difícil de diagnosticar cuando presenta comorbilidad con otra enfermedad (comorbilidad).
		Pueden presentar una gran variedad de dolores y molestias vagas.
		Focalizar atención solo en factores biológicos y desestimar factores psicológicos que se expresan a diferentes niveles.
Prejuicios socioculturales, estigmas y mitos.		

A partir de estas dificultades es fundamental apuntar a estrategias preventivas de seguimiento de las personas con problemas crónicos de salud mental y la formación de los recursos humanos.

Programas de prevención de la conducta suicida

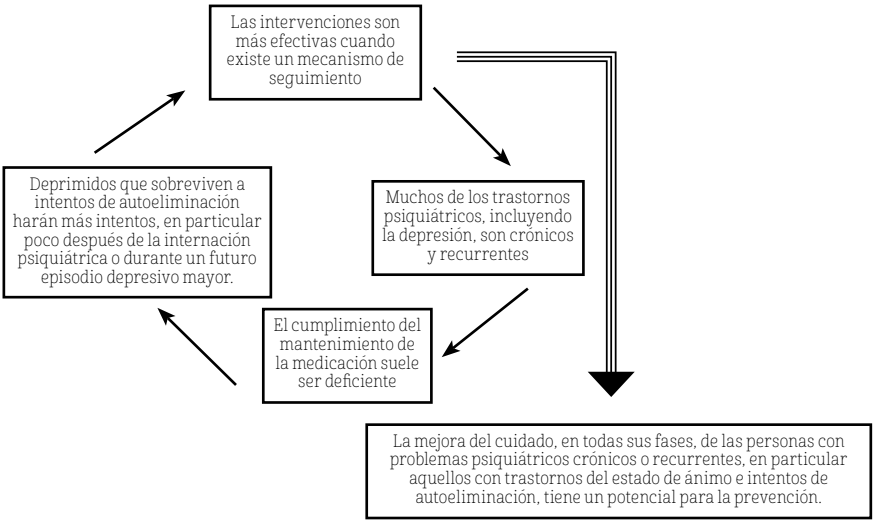
En una revisión sistemática, cuya finalidad es describir los principales objetivos de los programas preventivos, Mann (2005) resume aquellos factores con mayor evidencia empírica, señalando que cuando existen trastornos psiquiátricos, especialmente depresión, más factores estresantes, aumentan las posibilidades de ideación suicida.

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 continuum ideación suicida-suicidio. Para cada uno de estos factores se han identificado distintas modalidades de intervención preventiva (programas educativos para sectores en contacto con la problemática, detección de factores de riesgo, intervenciones terapéuticas, control de acceso a medios nocivos y guías de manejo de medios masivos de comunicación).

El cuadro 3 presenta los focos de los programas de prevención y el 4, una estrategia de seguimiento de los pacientes.

Cuadro 3. Focos de los programas de prevención del suicidio.

Cuadro 4. Estrategias de seguimiento de pacientes con problemas de salud mental.



Es importante tener en cuenta que las acciones deben darse de manera integral, interviniendo en los aspectos individuales, sociales y estructurales que inciden en la vulnerabilidad ante el suicidio. El mejor enfoque de las actividades de prevención estaría dado en la escuela, donde debería ser un trabajo de equipo que incluya docentes, médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, en estrecha colaboración con las organizaciones comunitarias (OMS, 2001).

La experiencia indica que las estrategias de buenas prácticas, llevadas adelante en América Latina, han dado buenos resultados en la población

adolescente (UNICEF, 2019). En el cuadro 5 se presenta una síntesis de intervenciones en suicidio adolescente.

Cuadro 5. Síntesis de intervenciones en suicidio adolescente

Intervenciones	Políticas públicas	Cuidados de la salud
Restricciones del acceso a los medios letales	Creación de redes intersectoriales	Capacitación de profesionales de la salud
Talleres de sensibilización en escuelas		Incorporación de los profesionales de salud mental en guardias de servicios adolescentes
Entrenamiento de líderes adultos y juveniles		Aprovechar las consultas de adolescentes en servicios de salud para dar confianza y establecer vínculos
Intervenciones basadas en internet		Creación de protocolos de difusión
Líneas de ayuda teléfono		
Capacitación de operadores en actividades de posvención		
Campaña de medios		

A continuación, se resumen los aspectos claves de algunas de estas alternativas de prevención de conducta suicida señaladas por Mann (2005). El cuadro 6 presenta lo referido a educación general, el 7 refiere acerca de las campañas dirigidas a los estudiantes en los centros educativos, el 8 presenta los objetivos dirigidos a los equipos de salud en el primer nivel de atención, el 9 plantea aspectos centrales enfocados en actores sociales relevantes, el 10 destaca los beneficios de los estudios de *screening*, el 11 resalta la importancia de la farmacoterapia utilizada en casos detectados oportunamente, el 12 muestra la importancia del seguimiento de los intentos de autoeliminación. En el cuadro 13 se pueden observar los motivos por los cuales es imprescindible un control y una disminución a los medios letales para el suicidio. Por último, el cuadro 14 presenta la forma en que los medios de comunicación pueden aportar y apoyar en relación con la temática.

Cuadro 6. Objetivos que deben contemplarse en las campañas educativas en población general.

Campaña de educación pública		
Mejorar reconocimiento del riesgo de suicidio y la búsqueda de ayuda mediante un mejor conocimiento de las causas y factores de riesgo de comportamiento suicida, sobre todo las enfermedades mentales.	Reducir el estigma.	Desafiar la aceptación del suicidio como algo inevitable, como una característica o rasgo nacional, o como una solución apropiada a los problemas de la vida, incluyendo enfermedades médicas graves.

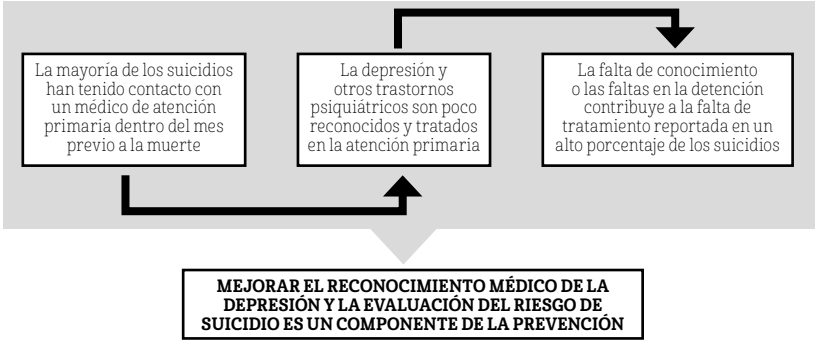
Cuadro 7. Objetivos de las campañas dirigidas a adolescentes y jóvenes en las instituciones educativas e instituciones sociales.

Estrategias educativas a jóvenes: programas escolares y comunitarios.

- Aumentan el conocimiento y mejoran las actitudes hacia la enfermedad mental y el suicidio (no hay pruebas para la prevención del comportamiento suicida).
- Baja las tasas de intento de suicidio.
- En adolescentes mejora la resolución de problemas, hacer frente al estrés y aumentar la resistencia, mejora los factores de protección.

Cuadro 8. Objetivos de las campañas educativas para los equipos de salud del primer nivel.

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS A EQUIPOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



Cuadro 9. Actores sociales que son claves en la prevención de las conductas suicidas.

INTERVENCIONES CENTRADAS EN LÍDERES GUARDIANES COMUNITARIOS O INSTITUCIONALES

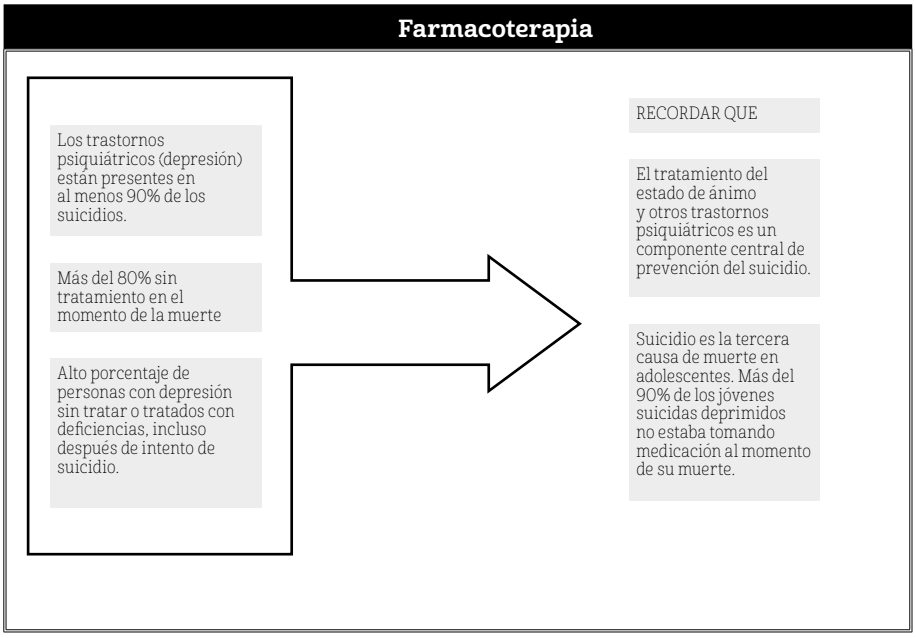
- Son puntos críticos cuyos contactos con poblaciones potencialmente vulnerables ofrece una oportunidad para identificar personas en riesgo y orinetarlos a una adecuada evaluación y tratamiento.

- Sensibilización sobre factores de riesgo, política para alentar la búsqueda de ayuda, la disponibilidad de recursos y esfuerzos para reducir el estigma asociado con la búsqueda de ayuda.
- Organización de la toma de conciencia amplia sobre la salud mental, el suicidio y la facilitación del acceso a los servicios de la salud mental.

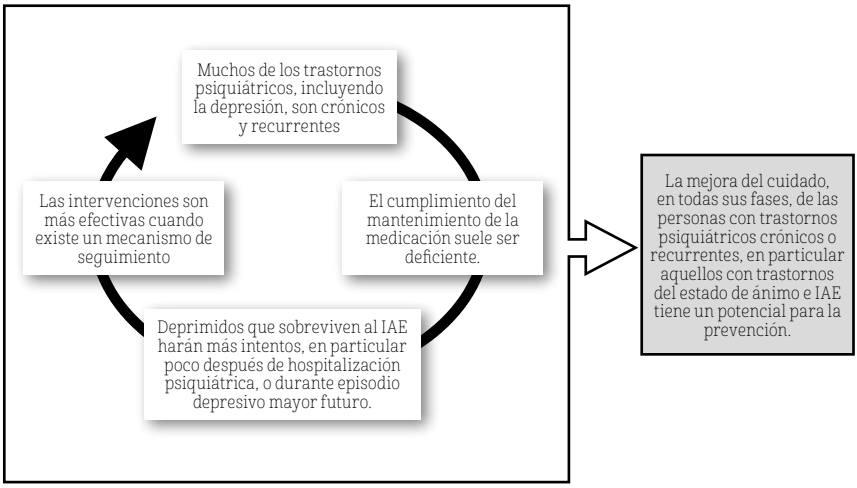
Cuadro 10. Importancia de los estudios de screening.

Screening o cribado
Su finalidad es identificar individuos en riesgo y dirigirlos a un tratamiento, a través de cuestionarios sencillos. Indagan: comportamiento suicida en forma directa o factores de riesgo como la depresión o abusos de sustancias. Son instrumentos de detección para la depresión, ideación suicida o actos suicidas en población general o específica. Tienen adecuada confiabilidad y validez (pueden llegar a duplicar el número de personas con riesgo conocido). No hay evidencia que induzca pensamiento o conducta suicida. LAS BARRERAS PUEDEN SER LA ACEPTACIÓN DE LA NECESIDAD DE UN TRATAMIENTO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTE.

Cuadro 11. Relevancia del abordaje farmacológico.



Cuadro 12. Importancia del seguimiento de los intentos de autoeliminación.



Cuadro 13. Razones para disminuir y regular los medios letales que favorecen los suicidios.

Cuadro 14. El suicidio y los medios de comunicación.

Todas estas recomendaciones surgen de diferentes investigaciones que apuntan a buenas prácticas exploradas en diferentes áreas (generales, del sistema de salud, registro de los casos, sistema educativo y fuerzas de seguridad).

Todas ellas apuntan a:

1) Sensibilizar a la población general acerca de la temática del suicidio adolescente, con campañas en medios que busquen informar sin alarmar.
2) Visibilizar la acción de las organizaciones que trabajan en la temática, informando acerca de los recursos existentes localmente para la prevención, la asistencia y la posvención.
3) Fortalecer las líneas telefónicas de ayuda existentes y crearlas en aquellas localidades en las que no existan.
4) Establecer de manera articulada y consensuada rutas o protocolos sectoriales e institucionales con todos los actores que intervienen en casos de suicidio (consumado o intentos de autoeliminación), para propender a la mejor asistencia de los adolescentes y sus familias, así como guías de sistematización de programas e intervenciones que posibiliten su monitoreo y evaluación.
5) Fortalecer en los currículos de formación del personal involucrado en la atención de casos de suicidio e intento de autoeliminación adolescente, contenidos actualizados sobre los protocolos de intervención.
6) Reforzar las redes institucionales entre los diferentes actores intervinientes, con el fin de generar dispositivos que garanticen intervenciones conjuntas y eficientes.
7) Incentivar la formación de líderes adolescentes en la temática del suicidio en esa franja etaria, a fin de fomentar y fortalecer el trabajo entre pares, la participación social y la organización de adolescentes y jóvenes, para colaborar en la detección temprana de dificultades propias e identificación de factores de riesgo y protectores en relación con el suicidio adolescente.

En cuanto a las recomendaciones y estrategias, se resalta:

1) Generar el armado de redes de trabajo y de mesas intersectoriales entre organismos del Estado y ONG.
2) Fomentar el trabajo en redes sociales virtuales para identificar la ideación suicida en ellas.
3) Generar espacios de contención psicológica y apoyo emocional para los profesionales y personal que intervienen en estas situaciones favoreciendo espacios de reflexión y supervisión en torno a los casos identificados.

4) Incorporar las categorías *suicidio* y *tentativa de suicidio* en los registros estadísticos.
5) Fomentar el desarrollo de actividades en espacios públicos tendientes a la sensibilización y concientización de la sociedad sobre el tema, no solamente en el Día de Prevención del Suicidio.
6) Capacitar a miembros de la comunidad en el trabajo de posvención.
7) Organizar el desarrollo de capacitación dirigida comunicadores de medios de comunicación en el tema.
8) Reconocer al suicido como un problema social que garantice intervenciones de las fuerzas de seguridad que se orienten al cuidado de las personas libres de violencia y discriminación.
9) Tomar en cuenta situaciones típicas de riesgo que pueden llevar al suicidio o a la tentativa para el desarrollo de estrategias preventivas adaptada a cada realidad local.
10) Realizar capacitaciones específicas en instituciones educativas con el fin de sensibilizar sobre esta problemática, que incluyan el desarrollo capacidades para la detección de señales de conductas suicidas para reducir el número de posibles oportunidades perdidas y cuenten con protocolos de emergencia.
11) Fomentar la participación protagónica de los adolescentes en el diseño y la ejecución de materiales y estrategias preventivas.
12) Trabajar con la comunidad educativa en torno a los mitos acerca del suicidio y qué significa escuchar y acompañar.
13) Contar con una ruta o protocolo institucional para la intervención de las fuerzas de seguridad en casos de suicidio (consumado o en tentativa), que apunte a la generación de planes integrales de atención a las personas y sus familias.
14) Realizar capacitación para el personal policial, con contenidos actualizados sobre los protocolos de intervención frente a tentativas y casos de suicidio, y, en particular, del suicidio adolescente.
15) Generar material informativo para los funcionarios de las fuerzas de seguridad que incluya los aspectos legales y procedimientos a seguir en esas situaciones, etc.

Como se observa, las acciones de prevención de la conducta suicida pueden resultar exitosas si el abordaje tiene una perspectiva integral que destaque la importancia del cuidado del bienestar y de la protección de la salud mental, comprendiendo que todo lo que ocurre al interior del contexto escolar influirá en la salud mental de los estudiantes y de los integrantes de la comunidad escolar en general (Ministerio de Salud de Chile, 2019; UNICEF, 2019).

Bibliografía

Arguello, N. (1999). Taller virtual del Piinfa. Disponible en: <http://childabuse.com/childhouse/workshops/Open/TALLER_VIRTUAL_DEL_P/56.html>.

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.; Steer, R. A.; Grisham, J. R. (2000). Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(68), 371-377.

Cardona, O. D.; Hurtado, G.; Duque, A.; Moreno, A. C.; Chardon, L. S.; Velásquez y S. D. Prieto. (2003). *Indicadores para la medición del riesgo: fundamentos para un enfoque metodológico*. Programa BID/IDEA de Indicadores para la Gestión de Riesgos, Universidad Nacional de Colombia, Manizales. Disponible en: <http://idea.bid.manizales.unal.edu.co/documentos/02%20Fundamentos%20Metodologicos%20Indicadores%20BID-IDEA%20Fase%20I.pdf>.

Colimon, K. Niveles de prevención. Citado 25/32010. Disponible en: <http://issuu.com/viejo03/docs/nameb7c044>.

Ferrari, H. A. (2000). *La salud mental en medicina. Contribución del psicoanálisis al campo de la salud*. Buenos Aires: Corpus.

Flechner, S. (2000). Psicoanálisis y cultura: la clínica actual de pacientes adolescentes em riesgo. Un nuevo desafío? *Revista Latino-Americana de Psicanálise*, 4, 467-482.

Krauskopf, D. (1999). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Costa Rica: Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad de Costa Rica. Disponible en: <http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%208y9_UT_1.pdf>.

Lerner, R. (1998). Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs and policies, *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.

Mann J. Hohn *et al.* (2005). Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA*, 294(16), 2064-74.

Ministerio de Salud Pública (MSP, 2016). Protocolo y pautas de seguimiento en caso de intento de autoeliminación. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/protocolo-y-pautas-de-seguimiento-en-caso-de-intento-de-autoeliminacion>.

Ministerio de Salud (2019). *Guía de recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales*. Programa Nacional de Prevención de Suicidio, Gobierno de Chile. Disponible en: <https://www.minsal.cl/guia-de-recomendaciones-para-la-prevencion-de-la-conducta-suicida-en-establecimientos-educacionales/>.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998). *Glosario de promoción de la salud*. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf?sequence=1>.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000). Serie Prevención del Suicidio. Prevención del suicidio para docentes y personal institucional. Disponible

en: <https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf >.
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>.
Pérez Lovelle, R.; González Pérez, U. (1987). Sobre la relación entre salud y desviación social. *Rev. Cub. Epid*., 15(1), 27.
Rutter, G.; Hagell, A. (1998): *Antisocial behavior by young people*. Cambridge University Press.
Schonert-Reichl, K. (2000): Children and youth at risk: some conceptual considerations. *Pan Canadian Education Research Agenda Symposium*. Toronto: Canadian Education Statistics Council.
Trudel, M.; Puentes-Neuman, G. (2000). The contemporary concepts of at risk children: theoretical models and approaches in the early years. *Pan Canadian Education Research Agenda Symposium*. Toronto: Canadian Education Statistics Council.
UNICEF (2019). *El suicidio en la adolescencia. La situación en la Argentina*. Buenos Aires: UNICEF.
Wasserman, D. (ed.) (2000). *Suicide. An unnecessary death*. London: Martin Dunitz.
World Health Organization (WHO, 2012). The world health report: shaping the future. Disponible en: <https://www.who.int/whr/2003/en/whr03_en.pdf?ua>.

Capítulo 6. Manejo de la conducta

En el presente capítulo se plantean algunas recomendaciones generales para el abordaje de la conducta suicida. Las líneas que se desarrollan son muy amplias. Es importante señalar que existen abordajes específicos por poblaciones específicas.

En el caso de lo los adolescentes o jóvenes remitimos al lector al capítulo 3 de la guía publicada por el Grupo en el año 2013, con el título «Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores educación y salud», disponible en la página web del Grupo o en el repositorio Colibrí, de la Universidad de la República.

Para población de la tercera edad es recomendable el libro *Suicidio en la vejez*, de Daniel Matusevich y Sergio Pérez Bravo (2009), citado en el capítulo 13 de la presente publicación. Para una población general, el trabajo de la Dra. Marta de la Torre Martí, *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*, del Centro de Psicología Aplicada, de la Universidad Autónoma de Madrid (2013). En esta oportunidad se presenta de forma concisa una serie de pasos y consideraciones relevantes que guían la detección de la ideación suicida, así como el abordaje inicial. Las recomendaciones que se explican para todo el proceso son muy amplias y sabemos que no son suficientes, y el lector deberá profundizar con otras lecturas.

Algunas definiciones preliminares

La conducta suicida y el suicidio como tal configuraron y configuran uno de los problemas más graves en materia de salud, pero podríamos agregar que también lo constituyen en materia social, cultural y emocional. Como ya es sabido, según la OMS definió, en el año 2012, el suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte, lo que supone que al año mueren en el mundo alrededor de 800.000 de personas y 1,8% del total de fallecimientos son por este motivo. Si no solo miramos el suicidio consumado y observamos los intentos, la magnitud del problema se amplifica, dado que se estiman al menos unos 20 intentos por cada suicidio consumado.

Los diversos estudios han ampliado la mirada y lentamente se comienza transitar una salida de aquella herencia histórica que percibía al tema únicamente como un asunto de salud mental. Hoy día el fenómeno no es considerado con una única causa, sino que muchos factores diversos, culturales, sociológicos, psiquiátricos y psicológicos entran y están en juego en relación con este tipo de muerte, por mano propia.

Más allá de los datos es necesario que la conducta suicida sea atendida, para lo cual conviene conocer y detectar aquellos signos más o menos

evidentes de ideación suicida que puedan aparecer. Es importante, además, señalar que algunos de los suicidios no presentan ningún tipo de signos, lo que a veces determina una mirada crítica de estos planteamientos. Sin desmedro de esa perspectiva, debemos considerar algunos signos que se continúan presentando.

Desde hace décadas se define al suicidio como una ideación. Esta se define como la aparición de pensamientos cuyo contenido está relacionado con terminar con la propia vida. Se agrega a esta definición clara, se incluyen pensamientos o ideas que aluden a la falta de valor de la propia vida, fantasía con el suicidio o deseos de muerte. Algunos autores señalan que incluso se llega a pensar en la planificación de un acto, que puede incluir el método. En la misma línea, se encuentra el intento suicida, definido por sus siglas como IAE (intento de autoeliminación), que supone la tentativa de autoeliminación o autolesión intencionada sin resultado de muerte. Por último, está el suicidio consumado, que se lo nombra habitualmente como *consumados*.

Para prevenir cualquiera de estas etapas en la conducta es importante conocer y reconocer cuáles podrían ser los signos, las llamadas, las señales de inconformidad e insatisfacción con la vida.

Recomendaciones para el abordaje de la conducta suicida

Antes de desarrollar los seis pasos para el abordaje es importante despejar algunas cuestiones previas, que son esenciales.

Recomendaciones de ¿cómo? ¿cuándo? y ¿qué preguntar?

¿Cómo preguntar?
¿Se siente feliz? ¿Se siente desesperado? ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día? ¿Siente la vida como una carga? ¿Siente que la vida no merece vivirse? ¿Siente deseos de cometer suicidio?
¿Cuándo preguntar?
Después de que se ha establecido una empatía y la persona se siente comprendida. Cuando el paciente se siente cómodo expresando sus sentimientos. Cuando el paciente está en el proceso de expresar sentimientos negativos de soledad, impotencia.
¿Qué preguntar?
Para descubrir la existencia de un plan suicida: ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida? ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría? Para indagar sobre el posible método utilizado: ¿Tiene pastillas, algún arma, insecticidas o algo similar? Para obtener información acerca de si la persona se ha fijado una meta: ¿Ha decidido cuándo va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida? ¿Cuándo lo va a hacer?

Fuente: Navas Orozco, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, LXX (606) 219-225.

Recomendaciones de comportamiento ante una situación de ideación suicida.

¿Qué hacer?	¿Qué no hacer?
Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma. Mostrar apoyo y preocupación. Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo. Preguntar acerca de los intentos previos. Explorar posibilidades diferentes al suicidio. Preguntar acerca del plan de suicidio. Ganar tiempo, pactar un contrato de no suicidio. Identificar otros apoyos. Quitar los medios, si es posible. Tomar acción, contar a otros, obtener ayuda. Si el riesgo es alto, permanecer con la persona.	Ignorar la situación. Mostrarse consternado o avergonzado y entrar en pánico. Decir que todo estará bien. Retar a la persona a seguir adelante. Hacer parecer el problema como algo trivial. Dar falsas garantías. Jurar guardar secreto. Dejar a la persona sola.

Fuente: Navas Orozco, W. (2013). Abordaje del suicidio en atención primaria. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica, LXX (606) 219-225.

Abordar la conducta suicida desde un enfoque preventivo implica la distinción de etapas en las que las distintas instituciones involucradas deben asumir diferentes responsabilidades y funciones que se complementan. En cada una de ellas es indispensable respetar el derecho a la privacidad, confidencialidad e interés superior de cada persona.

Los pasos señalados por la literatura son:

1) Detección y valoración inicial del problema.
2) Contacto/encuentro con la persona con posible riesgo suicida.
3) Diagnóstico de situación y valoración del riesgo.
4) Primera intervención-identificación de referente protector, coordinación y trabajo en red.
5) Seguimiento de la situación.
6) Abordaje/trabajo/posvención con persona, familiares y allegados. Seguimiento de la situación.

Primer paso: detección y valoración inicial del problema

La primera responsabilidad corresponde a la identificación de síntomas (manifestaciones percibidas por las personas) y signos que los personas presentan en los diferentes ámbitos de la vida.

Algunos signos y síntomas de alerta de riesgo suicida:

1) Cambios en los hábitos de dormir y de comer.
2) Retraimiento de sus amigos, familia y actividades habituales.

3) Actuaciones violentas, comportamiento rebelde.
4) Abandono importante de su apariencia habitual.
5) Cambios de carácter pronunciados.
6) Aburrimiento persistente, dificultades de concentración o deterioro en la calidad de vida.
7) Abandono del sistema educativo, trabajo, amigos y grupos.
8) Quejas frecuentes de dolores físicos: cefaleas, dolor abdominal, fatiga.
9) Pérdida de interés en actividades que antes le daban placer o satisfacciones.
10) Baja tolerancia a los elogios y premios.
11) Baja tolerancia a las frustraciones.
12) Aislamiento intradomiciliario y extradomiciliario.
13) Incidentes que conducen a violencia.

Hay factores que condicionan o favorecerán la precipitación de un acto suicida en personas vulnerables y, por otro lado, hay señales, manifestaciones verbales o no verbales que alertan acerca de la posibilidad de autoeliminación. Dentro de las verbales estarían: «Mejor sin mí», «Estoy de más», «La vida no vale la pena», «Si esto sigue así, me mato», «Quisiera terminar con todo», «Quisiera dormirme y no despertar», «Voy a matarme», «Cuando yo no esté, se van a arrepentir», «Fulano hizo bien en matarse… la tenía clara». Dentro de las no verbales: automutilaciones (cortes), bajar rendimiento escolar, regalar cosas significativas sin motivo aparente, abandono de actividades que producían placer, aislamiento/abandono personal.[16]

Segundo paso: contacto/encuentro con personas con posible riesgo suicida

Hablar del suicidio les permite hablar acerca de los problemas y la ambivalencia con la que están luchando y, en muchos casos, aliviar al menos momentáneamente la tensión psíquica que constituye la ideación de muerte, de esta manera, el adolescente percibe que puede ser ayudado.

El riesgo es justamente que estas ideas permanezcan ocultas.

Consideraciones importantes en el contacto con personas con riesgo suicida:

1) Buscar un lugar adecuado, donde se pueda mantener una conversación tranquila con razonable privacidad.
2) Dedicar el tiempo necesario, las personas con riesgo suicida en general necesitan más tiempo para desahogarse y se debe estar mentalmente preparado para brindárselo.
3) Escucharlos con atención. Este, junto a los puntos anteriores, es de por sí un paso importante en la reducción del nivel de

16 Adaptado de la *Guía de prevención de conducta suicida* (MSP, 2006: 18).

desesperación que un suicida siente.

4) Meta: cerrar la brecha creada por la falta de confianza, la desesperación y la pérdida de una perspectiva, brindando una perspectiva de que las cosas cambiarán para mejorar (OMS, 2000 a y b).

Características de la comunicación, especialmente con adolescentes con factores de riesgo

Qué hacer	Qué no hacer
Escuchar atentamente, permaneciendo calmado. Entender los sentimientos de la persona (empatía con el otro). Transmitir mensajes no verbales de aceptación y respeto. Expresar respeto por las opiniones y valores de la persona. Hablar honesta y genuinamente. Demostrar interés, preocupación y calidez. Centrarse en los sentimientos de la persona.	Interrumpir con demasiada frecuencia. Escandalizarse o emocionarse. Manifestar que está ocupado. Ser condescendiente. Hacer comentarios indiscretos o poco claros. Hacer preguntas tendenciosas (pregunta tendenciosa es aquella que conduce o dirige a una determinada respuesta, influencian a la gente a responder de una manera que no solo refleja su postura). Ejemplos: ¿No te gusta este par de pantalones vaqueros? ¿No pensaste en quitarte la vida? (se induce a que la respuesta sea no).
Se requiere un acercamiento tranquilo, abierto, afectuoso, adecuado y sin juicios para facilitar la comunicación.	

Fuente: Modificado de OMS (2000a) y Guía de prevención de suicidio (MSP, 2006).

Tercer paso: diagnóstico de situación y valoración del riesgo

Para evaluar el riesgo de suicidio existen tres elementos fundamentales, que son:

Evaluar las ideas suicidas y la conducta (en caso de intento de autoeliminación)

Ideación.
Intención suicida.
Planes suicidas.
Disponibilidad del método, acceso al método.
Gravedad del método, es potencialmente letal.
Precauciones.
Autocrítica.
Planes de futuro.
Impulsivo o planeado.

Fuente: Modificado de OMS (2000 a) y Guía de prevención de suicidio (MSP, 2006).

Por ser un tema delicado y difícil de interrogar, es útil adentrarse en él gradualmente, una vez que se haya establecido un grado de empatía adecuada. Se debe procurar que la persona se sienta cómoda y exprese sus sentimientos, en especial aquellos negativos, con sus propias palabras. El grado adecuado de empatía implica el mantenimiento de la distancia emocional suficiente para que el profesional o técnico no sienta que los sentimientos le desbordan, pero con la comprensión y el acercamiento suficientes para generar confianza.

Cuarto paso: primera intervención-identificación de referente, amigo, familiar y trabajo en red

Las fuentes de ayuda pueden ser: familia, amigos, colegas, referentes religiosos/sindicales, organizaciones que brindan servicios de apoyo especializado y profesionales en atención médica (referentes de intentos de autoeliminación, Equipos de Salud Mental-ASSE, mutualismo).

¿Cómo aproximarse a los recursos?

- Tratar de obtener permiso de la persona para conseguir el apoyo de los referentes y contactarlos.
- Logrado el permiso, tratar de localizar a alguien que sea especialmente comprensivo con él/ella.
- Hablar de antemano y explicarle que algunas veces es más fácil hablar con un extraño que con un ser querido, para que no se sienta rechazado o lastimado.
- Hablar los recursos sin acusarlos o hacerlos sentir culpables.
- Conseguir su apoyo en las acciones a realizar.
- Ser consciente también de sus necesidades.

El lugar en donde se detecta la ideación, planificación o consumación del intento de autoeliminación es variado. Puede ser un servicio de urgencia,

una emergencia móvil, un consultorio de especialista, una policlínica, el hogar, el lugar de estudio o trabajo.

Independientemente de dónde ocurra y por quién sea manifestado (adolescente, adulto referente, amigo, profesor) o si es inferido por el profesional actuante en una consulta, el caso deberá ser enviado al servicio de urgencia, para comenzar su tratamiento y es siempre necesario que sea valorado por un médico o el servicio de psiquiatría.

Es importante recordar que, si la persona no presenta riesgo elevado, se deberá dar pase urgente a Policlínica de Psiquiatría y contrarreferencia para asegurar la consulta. Es importante que la nota de derivación aclare la presencia de riesgo por ideación suicida.

Si presenta antecedentes de intentos de autoeliminación o el riesgo es evaluado como alto, se deberá trasladar a la persona para dar lugar a la intervención de los especialistas. La literatura argumenta su hospitalización o internación. La nota de derivación debe aclarar que es un pase urgente con solicitud de internación por realizar intentos de autoeliminación.

Quinto paso: seguimiento de la situación

Este paso es por demás importante para dar continuidad a los puntos anteriores. Las indicaciones a seguir en caso de intentos de autoeliminación son de hospitalización, tratamiento médico de las lesiones, tratamiento psiquiátrico, tratamiento psicosocial, alejar a la persona del contexto crítico, realizar buena evaluación exhaustiva y comenzar alianza terapéutica.

El tratamiento debe contemplar estrategias que garanticen su continuidad de acuerdo a los protocolos de intervención y mapas de ruta sugeridos por el Programa Nacional de Salud Mental del MSP y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE o los prestadores privados de salud.

La eficacia de la psicoterapia para estas situaciones o para estos pacientes es esencial en el tratamiento y el control del riesgo suicida. La evidencia científica indica que se reduce el riesgo en personas con trastornos psiquiátricos. Los estudios controlados aleatorios mostraron la eficacia de la terapia cognitiva. Además, la eficacia de la terapia psicodinámica en personas con personalidad *borderline*. Existen pocos estudios basados en evidencia para tratamientos que prevengan las tentativas de suicidio recurrentes.

Recordar que en el modo 2 del Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental del Sistema Nacional Integrado de Salud se asegurarán la atención individual, de pareja, familia o grupal, hasta 48 sesiones anuales para cada usuario (en caso de niños y adolescentes hasta 24 sesiones anuales) y con un copago preestablecido, para usuarios con intentos de autoeliminación y usuarios adolescentes y jóvenes a partir de los 15 años hasta los 25 años de edad inclusive, así como personal docente y trabajadores de la salud.

En caso de intentos de autoeliminación, deberá ser recibido por el Comité de Recepción antes de las 48 horas. Lo resuelto por este último no considerará el plazo de 30 días, iniciándose la prestación, si correspondiera, sin previo tiempo de espera. Esta modalidad también está prevista para niños y adolescentes con factores de riesgo: problemas situacionales o adaptativos.

Sexto paso: abordaje/trabajo/posvención con familiares y allegados

La posvención en el territorio es uno de los grandes temas olvidados en esta temática. Básicamente, se entiende por posvención el trabajo con la familia y los amigos en el caso de muerte por suicidio. Se sabe que por cada suicidio realizado quedan afectadas seis personas vinculadas afectivamente, directa o indirectamente. El término «supervivientes» se refiere a las personas del entorno cercano (familiares directos, indirectos, grupo de amigos, compañeros de estudio, profesores, etc.) de quien se ha suicidado, a los cuales es indispensable brindarles apoyo y tratamiento. La bibliografía enfatiza que para este grupo de personas el trabajo debe estar dirigido al tratamiento del duelo por la pérdida. Este duelo es especial, ya que la muerte de un ser querido se puede pensar o sentir como algo «normal», que forma parte de un ciclo, pero la muerte tras un suicidio o un acontecimiento violento no se vive de igual forma.

La causa de muerte que genera mayor culpabilidad, hostilidad y estigmatización es el suicidio. Por tanto, al abordar a la familia de quien se suicidó, lo primero es tener en cuenta el grado de shock y qué recursos inmediatos están a disposición de la familia para su apoyo emocional. Detectar los sentimientos de culpa y responsabilidad por lo ocurrido. Detectar posibles pensamientos suicidas, amenazas y otras conductas afines entre los familiares del occiso.

La situación en que quedan los allegados es muy dolorosa y traumática, a lo que se suma el tabú social y, en algunos casos, según las creencias religiosas, el desprestigio cultural del acto de suicidio. Estos factores pueden aumentar el dolor por la pérdida. Algunas consideraciones sobre la familia: queda en extrema vulnerabilidad. Seguimiento de las familias con criterios de referencia y contrarreferencia en el sistema sanitario. Plazo mínimo de dos años. Tener acceso a programas de intervención en crisis.

Las reacciones y los sentimientos que se observan hacen referencia no solo al dolor por la pérdida, sino también al enfado, la culpa, la negación y la confusión. Es frecuente presentar problemas para hablar del tema y para admitir que esa fue la causa de la muerte del ser querido; esta actitud disminuye la posibilidad de hablar sobre el dolor con otros. Para facilitar dicha tarea, organismos internacionales como la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP, 2008) y la Organización Mundial de Salud (2000a) aconsejan el trabajo con grupos de apoyo entre personas en igual situación.

Por tales motivos las recomendaciones sobre el trabajo y abordaje con este grupo de personas está dirigido a: la contención emocional, la búsqueda de sistemas de apoyo y la elaboración de la pérdida.

Hacer énfasis en ayudar a la familia a reconocer que el suicidio estuvo relacionado con la posible enfermedad del individuo y no con una falla de ellos. Está comprobado que los familiares están en riesgo de tener un comportamiento similar por diversos mecanismos, entre los que la imitación desempeña su papel.

En cuanto a la culpabilidad que con frecuencia sienten los sobrevivientes, les hacemos entender a los familiares que: a) la culpa es una fase habitual por la que todos pasamos cuando muere un ser querido, con independencia de la causa que la origine; esta dura cierto tiempo en el cual el individuo se cuestiona constantemente qué hizo o qué dejó de hacer para que los hechos ocurrieran y esto es muy normal; b) hay enfermedades en las que el suicidio, aunque ocurrió en ese determinado momento, pudo haber ocurrido mucho antes y si no sucedió así, en ello tuvieron que ver los cuidados y las atenciones brindadas por la familia; c) el propio suicida tal vez no hubiera deseado padecer lo que le afligió y lo llevó al suicidio, ni la familia, ni el médico, ni el psicólogo, ni el psiquiatra, en caso de haber estado en tratamiento.

Más difícil se hace el manejo cuando la culpa se basa en hechos reales, como por ejemplo, que haya familiares con intento suicida previo al del ser querido. En casos como esos no es prudente intentar eliminar toda la culpabilidad, pues eso puede ser percibido como un engaño o que se le trata de consolar sin las razones suficientes para ello (Barrero, 2011).

El Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud, instalado a partir de setiembre de 2011, con carácter obligatorio para todos los prestadores integrales, prevé en el modo 1 (hasta 16 sesiones gratuitas) la atención a usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana) y usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento.

Bibliografía

Barrero Pérez, S. (2011). *Manejo de la familia de un suicida*. Disponible en: <http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/manejo-de-la-famil- ia.pdf>.

Beck, A. T.; Steer, R. A.; Grisham, J. R. (2000). Risk Factors for Suicide in Psychiatric Out- patients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(68), 371-377.

De la Torre Martí, M. (2013). *Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida*. Centro de Psicología Aplicada, Universidad Autónoma de Madrid.

Guía de prevención de suicidio (2006). Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Mental, Uruguay.
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000a). Serie Prevención del Suicidio. Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria en salud. Disponible en: <https://www.who.int/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf>.
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000b). Serie Prevención del Suicidio. Prevención del suicidio para docentes y personal institucional. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66802>.
Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011). *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada*. Disponible en: <https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1>.
Larrobla, C.; Canetti, A.; Hein, P.; Novoa, G.; Durán, M. (2013). *Prevención de la conducta suicida en adolescente. Guía para los sectores educación y salud*. Montevideo: CSIC-UDELAR.

Capítulo 7. Adolescencia y manejo de la conducta suicida

Importancia de su focalización desde la prevención

Antes de intentar comprender la conducta suicida en la adolescencia, es necesario considerar algunos datos. En Uruguay, últimamente, se observa un incremento, leve pero sostenido, de muertes en adolescentes y jóvenes cuyas causas se deben a suicidios, siniestralidad vial y homicidios. En 2019, se suicidaron 29 adolescentes entre 15 y 19 años y 77 jóvenes entre 20 y 24 años, un total de 106 personas. Este panorama, junto a los datos globales de las tasas de suicidio en otras franjas etarias, continúan posicionando al país entre los primeros con mayores tasas a nivel mundial, lo que demuestra que las políticas preventivas siguen siendo insuficientes y obliga a repensar críticamente el abordaje global del fenómeno. Cuando los adolescentes y jóvenes mueren por suicidio, interpelan de una forma más impactante a toda la sociedad, en tanto esta parecería ser incapaz de sostenerlos en un proyecto de desarrollo personal.

Existe un consenso en cuanto a concebir a la adolescencia y 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 diferentes épocas, les atribuirán significaciones a estas categorías que dependerán de las representaciones y expectativas de cada lugar y momento histórico. Varios son los autores (Viñar, 2009; Espinosa y Koremblit, 2008; Dávila, 2004) que hacen referencia a una pluralidad de «adelescencias», como forma de referirse a ciertos colectivos, contemplando de esta forma la heterogeneidad que presentan quienes los integran. A pesar de las pluralidades, es una etapa vital del desarrollo que no ha adquirido un estatus social consensuado debido a las redefiniciones permanentes en cuanto a su posición y roles en la red intergeneracional.

Algunos conceptos y definiciones

En el siglo pasado se dieron cambios en las formas de describir la adolescencia y es importante tenerlos en cuenta.

Distintos autores se destacaron por las propuestas hechas, entre quienes se encuentran:

- Hall (1904) describe esta etapa como dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que los jóvenes se encuentran

divididos entre tendencias opuestas. Supone, por lo tanto, un corte profundo con la infancia en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados.

- Erikson (1971) plantea este período como el resultado del desarrollo que se produce en la pubertad con modificaciones del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad. Es, a su vez, el despertar de la sexualidad y una modificación en los lazos con la familia de origen, y puede presentarse una desvinculación con esta y oposición a las normas, así como gestarse nuevas relaciones sociales y cobrar importancia la construcción de una identidad y crisis de identidad asociada con ella.
- Bourdieu (1998) explica que los conceptos de adolescencia y juventud corresponden a una construcción social, histórica, cultural y relacional, que, a través de las diferentes épocas, procesos históricos y sociales han ido adquiriendo denotaciones y delimitaciones diferentes. Para este autor, la juventud y la vejez no están dadas, sino que se construyen socialmente en la lucha entre jóvenes y viejos.
- Piaget (1987) describe los cambios en el pensamiento, donde se tiende a la elaboración de planes de vida y transformaciones afectivas y sociales, donde la adolescencia es el resultado de la interacción entre factores sociales e individuales.

Características de los aspectos cognitivo-intelectuales en esta etapa

- Desarrollo de profundos cambios en la estructura del pensamiento (período de las operaciones formales de Piaget).
- Capacidad de analizar posibilidades, no solo realidades concretas, y elaborar complejos sistemas de razonamiento reconstruyendo el universo de la infancia.
- Reconocimiento de la posibilidad de «no ser», su realidad psíquica incorpora lo permanente y lo transitorio.
- Configuración del razonamiento social: a) relevancia de los procesos identitarios individuales, colectivos y societales (noción de *nosotros mismos*) y b) relaciones interpersonales, instituciones y costumbres sociales.
- Vinculación del razonamiento social con el conocimiento del *yo* y *los otros*, la adquisición de habilidades sociales, aceptación/negación de los principios del orden social, adquisición y desarrollo moral y valorativo (Moreno, Barrio, 2005).

En cuanto a la noción de muerte, en la reconstrucción de la identidad se incorporan las posibilidades de fracasos, pérdidas, catástrofes y muertes.

Morirse es, en esta etapa del ciclo vital, una metáfora potente en situaciones transicionales; el lenguaje cotidiano se refiere a ello tanto para referirse a sensaciones afectivas intensas («me muero de ganas...»), como para la soledad y frustración («me muero de aburrimiento...»).

Por todo lo expuesto, podemos afirmar que es un período crítico sometido a constantes cambios físicos, psíquicos y sociales en un marco familiar, de riesgo, en el que pueden sentarse las bases para la aparición de síntomas, enfermedades y alteraciones de la personalidad.

Adolescencia ¿normal o patológica?

Establecer una división clara entre lo normal y lo patológico en esta etapa del desarrollo es lo más difícil por la multiplicidad de conductas alteradas, su labilidad afectiva, el papel de la familia, el entorno, etc. Según Marcelli (2005) habría dos formas de análisis para la valoración del adolescente: 1) la fluidez opuesta a la rigidez de las conductas y cómo interfieren en el funcionamiento global de la personalidad (los acontecimientos actuales y la organización mental construida históricamente) y, 2) el grado de importancia que pueden adquirir las interferencias en el desarrollo psíquico a futuro (análisis prospectivo de las interacciones entre acontecimientos actuales y el proceso psíquico en formación).

Es importante tener en cuenta que una de las características de la adolescencia y juventud es la rebeldía que se expresa, por ejemplo, por medio de la tendencia a la desobediencia y ciertas actitudes desafiantes. Muchas veces, estas llevan a transgredir límites y normas establecidas, tanto dentro de la familia como fuera de ellas (normas sociales). Algunos autores (Sukiennik, 2000; Cassorla, 1998) 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 la integridad de los adolescentes, los exponen a mayores riesgos de índole vital y 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, algunas son denominadas como *equivalentes suicidas*, entre las cuales se encuentran el consumo de drogas, los

desafíos en las corridas de autos callejeras, peleas entre bandas, etc., con las que se intenta desafiar a la muerte, en tanto predomina un sentimiento de omnipotencia. 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.

Lo planteado en el párrafo anterior nos introduce en lo que se denomina *perspectiva del riesgo psicosocial*. Esta nos permite considerar no solo las características individuales, sino también las medioambientales y las del entorno más inmediato en el cual se encuentran. Así, se puede distinguir qué elementos aumentarían la probabilidad de que los adolescentes o jóvenes presenten problemas en el desarrollo. Además, se puede acceder a la comprensión del peso que adquieren la influencia de los pares, las características de la familia, la comunidad, la cultura, y cómo estas variables se comportan en relación con las vulnerabilidades individuales (características cognitivas, temperamentales, etc.) (Trudel y Puentes-Neuman, 2000).

La perspectiva de riesgo psicosocial plantea, entonces, la importancia de considerar la influencia de los factores de riesgo y su interacción en la generación de algunos fenómenos, por ejemplo, la delincuencia. Sin embargo, también rescata las capacidades de algunos jóvenes que, a pesar de situaciones adversas, consiguen llevar adelante sus proyectos sin que se presenten mayores dificultades (resiliencia). Esto significa que, más allá de conocer los factores de riesgo a los que los adolescentes y jóvenes se ven expuestos, no se puede asegurar que se producirá una alteración del desarrollo (Krauskopf, 1999), sino que permite una estimación de la probabilidad de que esto ocurra.

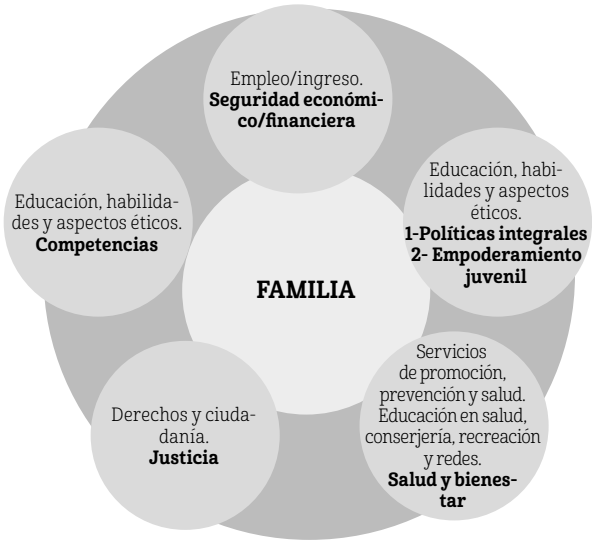
Factores de riesgo y protección

Los *factores de riesgo* son variables que afectan negativamente el desarrollo de cualquier persona y cuando se los menciona, se refieren a la presencia de situaciones contextuales o personales que aumentan la probabilidad de desarrollar problemas emocionales, conductuales o de salud. Esto plantea la posibilidad de problemas adaptativos (falta de control de impulsos, de pensamiento abstracto formal, de aprendizaje de destrezas, etc.) que interferirán en el desarrollo esperado para estas edades en un momento de gran transición y en el cual se espera una participación activa y productiva en la sociedad (Baron, 2006).

Partiendo de la base que el desarrollo es un proceso que se da y se vive dentro de una trama compleja de sistemas interconectados que conforman una red, en la cual interactúan el sistema educativo formal y no formal, la familia, grupos de pares, etc. Se considera que el riesgo psicosocial

también es un estado complejo y multifactorial. Se destaca que los riesgos no son mutuamente excluyentes sino copresentes, el riesgo aumenta en la medida que es mayor el número de factores en juego. El siguiente cuadro presenta las diferentes esferas y factores que intervienen en el proceso de desarrollo adolescente y juvenil.

Cuadro 1. Factores que influyen en el desarrollo de adolescentes y jóvenes.



Fuente: Adaptado de OPS (1998). Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001.

Es importante realizar una distinción entre factores de riesgo y conductas de riesgo. Los primeros plantean la posibilidad de un desarrollo pleno de los individuos, mientras que los segundos hacen referencia al resultado que tienen los primeros en el comportamiento (Schonert-Reichl, 2000).

Según diferentes autores (Lerner,1998) los factores de riesgo pueden reunirse en entre cuatro y seis grandes grupos, entre los que se identifican factores vinculados a diferentes esferas (individual, familiar, grupos de pares, escolar, socioculturales y situacionales).

Como ya se mencionó, la salud y el desarrollo de los adolescentes y jóvenes están determinados por múltiples factores. La identificación de aquellos que son de riesgo y los protectores, en los diferentes niveles, es un componente clave en el proceso de detección de alguna persona en riesgo con riesgo suicida, en tanto puede ayudar a determinar la naturaleza y el tipo de intervenciones necesarias. En el cuadro 2 se puede observar un listado de algunos de los factores mayoritariamente identificados en las distintas esferas de inserción.

Cuadro 2. Factores de riesgo de conducta suicida en adolescentes y jóvenes.

Individual	Familiares	Grupo de pares	Escolares	Socioculturales	Situacionales
Intentos de suicidio previo.	Baja cohesión familiar, familias disfuncionales, etc.	Vinculación con actividades de riesgo (delitos, consumo de drogas, violencia).	Bajo apoyo de referentes institucionales (profesores, adscriptos, etc.).	Estigma asociado con búsqueda de ayuda.	Contextos de pobreza e indigencia.
Problemas de salud mental.	Padres con antecedentes de problemas de salud mental o psiquiátricos.		Bajo apoyo de alimentación escolar.	Barreras para acceso a cuidados sanitarios, especialmente de salud mental y rehabilitación de consumo de sustancias.	Falta de empleo y pérdidas financieras.
Abuso de alcohol o drogas.	Familiares con consumo problemático de drogas lícitas e ilícita.		Violencia/ acoso entre pares.	Creencias culturales y/o religiosas vinculadas al suicidio (valorarlo como una acción noble para resolver un dilema personal, etc.)	Pérdidas de vínculos, familiares o sociales.
Desesperanza.	Estilos de crianza coercitivos, ambivalentes o permisivos.			Exposición a comportamientos suicidas divulgado en redes sociales y medios de comunicación.	Conflictos entre padres, familiares, entre padres e hijos.
Sentimiento de soledad, aislamiento.	Antecedentes de situaciones de violencia intrafamiliar.				Fácil acceso a medios letales.

Falta de apoyo social.	Antecedentes de familiares vinculados con delictividad y conflicto con la ley.				Grupos locales de suicidio que pueden influir a través del contagio.
Pobres habilidades (cognitivas) para resolver problemas.					Eventos estresantes en la vida.
Comportamiento agresivo.					Problemas legales/disciplinarios/educativos.
Impulsividad.					Abandono escolar.
Antecedentes de situaciones traumáticas (maltrato, abuso sexual).					Redes sociales y medios de comunicación que inducen conductas suicidas.
Angustia emocional aguda					
Enfermedades crónicas, limitantes, dolor.					
HIV					
Antecedentes de suicidio en familiares.					
Factores neurobiológicos.					
Problemas en la identidad sexual (desarrollo personal).					

Fuente: Adaptado de WHO (2012: 14); Taliaferro (2011); Trudel y Puentes-Neuman (2000).

Dada la variedad de factores mencionados, es necesario contar con un marco teórico que integre distintos modelos, por ejemplo, cognitivo-mediacional-psicodinámico, es decir, tender a la complementariedad de mo-

delos teóricos. El punto de partida es que: a) las personas son integrantes de un sistema familiar específico del cual adoptan creencias, valores y significaciones sobre: vida, muerte, proyectos de vida, que operan a nivel consciente e inconsciente, y b) se contextúan, además, social, cultural e históricamente, teniendo experiencias diversas en su ciclo de vida, que se interpretan y comprenden en relación al punto anterior, con las posibilidades que le ofrece su sistema neurobiológico.

Los comportamientos relacionados con el suicidio se vinculan con: 1) factores concurrentes (historia personal y social, aspectos neurobiológicos, grado de salud mental) y 2) factores precipitantes (experiencias vitales muy estresantes, falta de estrategias adecuadas de afrontamiento, incapacidad para resolver problemas, etc.) (Casullo, 2001).

Un estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell[17] (Martínez, 2011) 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 el 23% fueron intentos de autoeliminación, los cuales tuvieron un seguimiento de dos años y al cabo de ese período un tercio realizó 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 o laborales. Además, el 30% presentaba un trastorno psiquiátrico, entre los que más se destacaban 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.

Las investigaciones internacionales han identificado los denominados tipos básicos de comportamientos vinculados con ideaciones suicidas e intentos de suicidio en la franja etaria que nos ocupa en este capítulo. Entre ellos se destacan, desde el punto de vista de la psicopatología: coexistencia de diferentes trastornos con los comportamientos suicidas (regresiones importantes, empobrecimiento de las funciones yoicas, inadecuado uso de mecanismos de defensa, etc.). Estas características reducen las posibilidades adaptativas y el empleo adecuado de estrategias de afrontamiento frente a situaciones conflictivas. La depresión y los trastornos de conducta son los cuadros más relacionados. Desde los estados fenomenológicos: los estados emocionales muy intensos intolerables y que generan deseo de ponerle fin (desesperanza, vergüenza, soledad, sentirse muy diferentes al resto de sus pares, aislamiento, pérdida del autocontrol, rabia, hostilidad, irritabilidad, ansiedad, odio intenso a sí mismo y los otros) (Orbach, 1994). Desde el punto de vista de los rasgos o estilos de personalidad: las características estables de la persona se combinan en determinados contextos.

17 El Centro Hospitalario Pereira Rossell es de referencia nacional para usuarios del sistema de salud público de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Más allá de lo expuesto, las conductas de riesgo y los intentos de suicidio adolescente no necesariamente se basan en un deseo consciente de morir, como lo entienden los adultos. Para ello, es necesario tener internalizado el concepto de irreversibilidad que se mencionó anteriormente, y de acuerdo a una perspectiva evolucionista, primero se concibe la muerte de otros para luego concebir la propia muerte. Este proceso se alcanzaría progresivamente, en tanto van madurando las funciones mentales, que no siempre en los adolescentes alcanza esa integración.

De lo mencionado, cabe destacar que algunas de las características pueden convertirse en altamente autodestructivas en determinadas circunstancias: 1) ambición (desbalance entre metas y posibilidades, altas aspiraciones, personales y/o familiares, pueden conducir a situaciones suicidas; 2) impulsividad (fracaso en control de impulsos, muchos personas no logran elaborar proyectos de vida viables, desarrollan lo que se denomina «visión de túnel», forma de vida caracterizada por pensamientos: dicotómicos —blanco o negro—, rígidos —solo hay una manera de hacer algo, no logran razonamientos divergentes—); 3) rigidez cognitiva (cuentan con pocas estrategias para afrontar y resolver problemas); 4) rechazo a recibir ayuda (la desconfianza y el aislamiento); 5) escapismo (estilo de «salir dando un portazo» para caracterizar cierta forma de comportarse) (Shneidman, 1980).

Factores protectores

Así cómo se hace hincapié en los factores de riesgo, también es fundamental reconocer la existencia de *factores protectores*. Estos pueden ayudar a las personas a lidiar con circunstancias especialmente difíciles y así minimizar el riesgo de suicidio e intentos de suicidio. Es de suma importancia identificar formas para establecer, mejorar y mantener los factores protectores para las conductas suicidas.

Actualmente, se considera que la permanencia en el sistema educativo es uno de los factores que más influencia tiene en las futuras posibilidades de inserción social y en un pleno desarrollo personal. Esta inclusión genera oportunidades educativas, de progreso académico y posibilidades de cambiar de contexto social o de grupo de pares.

Se han identificado como factores protectores las experiencias exitosas de resolución de problemas, la supervisión de los padres, la buena relación al menos con uno de los padres, las adecuadas habilidades en el manejo de conflictos que permiten disminuir la progresión en la intensidad en las discusiones, una adecuada autoestima y autoeficacia, las actividades deportivas y recreativas saludables, los vínculos seguros, estables y contenedores (Rutter *et al.*, 1998). Estas experiencias pueden promover procesos que oficien de puntos de cambio en las trayectorias de vida.

Bibliografía

Baron, S.; Hartnagel, T. (2006). Attributions, affect and crime: Street youths reactions to unemployment. *Criminology*, 35(3), 409-434.

Bourdieu, P. (1998). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI.

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

Casullo, M. M.; Fernández Liporace, R.; González Barrón, R.; Montoya, I. (2001). Problemas adolescentes en Iberoamérica. *Revista Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*. Disponible en: <http://www.palermo.edu/ciencias-sociales/publicaciones/pdf/Psico2/2Psico%2003.pdf>.

Dávila, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*, 12(21), 83-104.

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

Erikson, E. (1971). *Sociedad y adolescencia*. México: Siglo XXI.

Espinosa, R.; 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*, 30, 247-268.

Hall, G. S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vols. I & II). New York: D. Appleton & Co.

Kovács, M. J. (2002). Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. Kovács, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Krauskopf, D. (1999). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. *Adolescencia y Salud*, 1(2), 23-31.

Lerner, R. M.; Galambos, N. L (1998). Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs and policies. *Annual Review of Psychology*, 49, 413-446.

Marcelli, D.; Braconnier, A. (2005). *Psicopatología del adolescente*. Barcelona: Masson.

Martínez Schiavo, A. (2011). Algunas apreciaciones sobre el intento de autoeliminación. *Revista de la Sociedad Uruguaya de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia*, I(1), 52-59.

Moreno, A.; Barrio, C. (2005). *La experiencia adolescente. A la búsqueda de un lugar en el mundo*. Buenos Aires: Aique.

Moreno, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Orbach, I. (1994). Dissociation, physical pain and suicide: A hypothesis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 20, 57-64.

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998). Plan de Acción de Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas (1998-2001). Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la

Salud, División de Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud de la Familia y Población Salud del Adolescente. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/48904/doc466.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
Piaget, J. (1987). *La vida mental del niño. Seis estudios de psicología*. Barcelona: Seix Barral.
Rutter, M.; Giller, H.; Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people*. Cambridge University Press.
Schonert-Reichl, K. (2000). Children and youth at risk: some conceptual considerations. *Pan-Canadian Education Research Agenda Symposium Report*. Toronto: Canadian Education Statistics Council, 9-11.
Shneidman, E. (1980). *Voices of death*. New York: Harper and Row.
Sukiennik, P. B. (2000) - O Aluno Problema. 2ª ed. Porto Alegre: Mercado Aberto.
Taliaferro, L. A.; Borowsky, I. W. (2011). Physician education: A promising strategy to prevent adolescent suicide. *Academic Medicine*, 86(3), 342-347.
Trudel, M.; Puentes-Neuman, G. (2000). The contemporary concepts of at risk children: theoretical models and approaches in the early years. *Pan-Canadian Education Research Agenda Symposium Report*. Toronto: Canadian Education Statistics Council.
Viñar, M. (2009). Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio. Montevideo: Trilce.
World Health Organization (WHO, 2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Ginebra: WHO.

Capítulo 8. Adultos mayores

Introducción

El suicidio es, desde tiempo remotos, un fenómeno recurrente, de por sí complejo, multifacético, con consecuencias sociales y un fuerte impacto no solo para la persona que decide poner fin a su vida, sino además en sus seres queridos, y deja serios cuestionamientos en la sociedad. Demás estar decir que estas características moldean con frecuencia una actitud evasiva e inclusive todavía es para muchos un tema tabú.

El suicidio es el acto de quitarse la vida a sí mismo e implica una decisión autónoma que genera interrogantes éticos, religiosos e incluso jurídicos, y conlleva mensajes contradictorios para la sociedad.

El suicidio adquiere significados y repercusiones específicas según quiénes deciden hacerlo. No es lo mismo cuando quienes lo llevan a cabo son personas jóvenes, que personas de la tercera edad. En los primeros, por tratarse de vidas apenas en crecimiento y por las expectativas que los adultos y las sociedades depositamos en ellos, su decisión temprana de interrumpir la vida produce un impacto demoledor y cuestionamientos de fondo a sus entornos y a la sociedad toda. No sucede lo mismo con los segundos (tercera edad) tal vez porque, dada su condición social, su deterioro físico y su abandono social y cultural, su suicidio nos permite despojarnos de aquellos primeros cuestionamientos, como si la vida importara diferente. Este hecho se ve también reflejado en los estudios científicos de la temática. Es común encontrar diversos libros o artículos (amparados en estudios) de los suicidios en adolescentes o en jóvenes, mientras en adultos mayores son escasos o casi nulos los trabajos. Abordar el suicidio en este subgrupo, fenómeno relativamente menos estudiado, sigue constituyendo en nuestra sociedad un reto importante y debería significar un aporte, tanto para el reconocimiento social del problema como para la exploración de los distintos enfoques científicos y disciplinarios y para pensar, diseñar y esbozar posibilidades de acción y prevención.

Es importante estudiar las cifras y la vida en esta etapa, así como sus condiciones de desarrollo y sus lazos sociales, o analizar cómo el adulto mayor tiene que necesariamente volver a tejer esa malla de protección que le ofrecían la familia, los grupos de pertenencia y los vínculos laborales, ya que estos no solo garantizan la vinculación, sino que dan sentido de pertenencia y protección social. Debemos restituir a la tercera edad desde sus relatos del pasado, sus vivencias del presente y, por qué no, sus expectativas

de futuro. Esta intersección entre lo personal y lo colectivo aún sigue siendo pieza clave para comprender y determinar este tema.

Nuestro país se construye con una doble identidad, la de la tercera edad, a la que a su vez se le niega su relato, su participación y su existencia. Hay estereotipos culturales instalados que nos hacen creer que esta etapa de la vida es totalmente negativa y decadente, mientras se consagra la juventud y el culto a la técnica, negando a los adultos mayores cualquier rol de utilidad. Asociamos vejez con debilidad, incapacidad, deterioro e incompetencia. Sin embargo, si bien durante el envejecimiento ocurren pérdidas y deterioros orgánicos u otros riesgos externos, también se despliegan ciertas funciones vitales y psíquicas.

En este capítulo se reconoce la necesidad de un abordaje desde una óptica multidisciplinaria y se plantea la imprescindible articulación de la comprensión y prevención, particularmente en edades avanzadas. Los factores de riesgo en este grupo son diversos, pero resulta especialmente llamativo el papel que juegan o qué tanto explican el hecho a la hora de prevenir el evento en un plano individual. Por eso, se debe hacer especial hincapié en que estos factores deben tomarse en cuenta desde edades más tempranas para que comiencen a tener incidencia en las capacidades preventivas de la sociedad en su conjunto.

La mirada en la vejez

Centrando la mirada en el suicidio, sin lugar a dudas este encierra un enigma que plantea cuestiones filosóficas, sociales, culturales, psicológicas, religiosas, éticas y morales. Se sabe que existen diversas dimensiones que lo engendran y múltiples factores que intervienen (neurobiológicos, psicológicos, patológicos, sociológicos y antropológicos). Por todo lo antedicho se constituyó, desde épocas pasadas hasta nuestros días, como uno de los problemas sanitarios de proyección mundial.

Algunos autores como Rendueles (2018) abogan por hablar de *suicidios*, en plural. Hablar en singular confunde, opaca y vulgariza en una sola palabra toda la riqueza que encierran las historias, los grupos y las personas. Por otro lado, el autor es participe de que a los suicidios «hay que apellidarlos», es decir, suicidios en jóvenes, suicidios en la tercera edad. Este hecho simple de apellidarlos trae, concomitantemente, la necesidad de hablarlo, ya que lo poseemos con otra identidad, que desde el inicio nos permite, nos obliga a converger en otra reflexión, sea esta social, cultural o sanitaria.

El gerontólogo norteamericano Robert Butler, en su libro *Por qué sobrevivir siendo viejo en América* (Butler, 1975), acuñó el término *ageismo* para referirse al «proceso de estereotipar y discriminar sistemáticamente a la gente por ser vieja, anciana». Butler equipara este proceso con lo que el racismo o sexismo pueden lograr en la discriminación de las personas.

Se han creado una serie de estereotipos negativos, que no son más que un signo de desprecio y rechazo a los ancianos. La imagen que tiene la sociedad de ellos es generalmente negativa o discriminadora, y esto afecta la autoimagen de los miembros de este grupo poblacional. No hay que olvidar que el envejecimiento comienza alrededor de los veinticinco a treinta años y dura toda la vida.

El suicidio en la vejez es un problema social que en muchas ocasiones resulta tanto o más evitable que el suicidio en adolescentes o jóvenes. No solo implica la pérdida de una vida, sino que se pierde experiencia, talento y recursos (Bojórquez Rojas, 2011; De Leo, 2018).

En la medida en que las personas mayores conforman el segmento de más rápido crecimiento de la población, el número absoluto de sus suicidios continuará incrementándose y se pronostica que para el 2030 será el doble, por lo que se hace necesario profundizar no solo en la comprensión del tema, sino en el conocimiento de los factores de riesgo de este grupo etario para atenuar en cierta medida dicha predicción.

Algunas consideraciones sobre la vejez en Uruguay

En julio de 2004 se promulg**ó** la Ley 17.796[18] sobre Promoción Integral de los Adultos Mayores y en noviembre de 2009 se creó, por la Ley 18.617,[19] el Instituto Nacional del Adulto Mayor, en la órbita del Ministerio de Desarrollo Social. En ambas leyes se define adulto mayor a «todas las personas que al alcanzar la edad de sesenta y cinco años tengan residencia permanente y fehacientemente demostrable en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía».

La Organización de Estados Americanos, en el 2016, definió a una persona mayor como «aquella de sesenta años o más, salvo que la ley interna determine una edad base menor o mayor, siempre que no sea superior a los sesenta y cinco años. Este concepto incluye, entre otros, el de persona adulta mayor». Según las proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística (INE), en el 2020 viven en Uruguay 515.271 adultos mayores, y se estima que para el año 2030 serán 614.990. En porcentajes, oscilan entre 14 y 16% de la población total.

Como señala la CEPAL:

> Hay países que ya presentan una mayor proporción de personas de 60 años y más que de niños menores de 15 años: por ejemplo (…) En los próximos siete años Santa Lucía, Trinidad y Tobago, Chile y Uruguay presentarán proporciones de población similares en ambos grupos y después del 2025 en esos países comenzará a aumentar con mayor fuerza la proporción de personas mayores. (CEPAL, 2018).

18 Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp4092741.htm>.
19 Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18617-2009/2>.

El índice de sobreenvejecimiento (peso relativo de la población de 85 y más años entre la población de 65 y más) ha mostrado una tendencia de crecimiento sostenida, pasando de 9,6% en 1996 a 13,2 % en el 2015. Por otro lado, aproximadamente el 20% de las personas entre 65 y 74 años continúa desempeñándose en el empleo. Las divergencias entre varones y mujeres ocupados son relativamente marcadas a favor de los primeros (28% versus 14%).

La distribución por sexo muestra que el grupo entre 65 y 84 años está conformado aproximadamente por 236.700 mujeres (58%) y 166.000 varones (42%), mientras el grupo de mayores a 85 años se compone de 39.200 mujeres (71%) y de 15.800 varones (29%). Esto significa que de cada 10 personas entre 65 y 84 años, aproximadamente 6 son mujeres y 4 son varones, mientras en el grupo más envejecido la proporción de mujeres aumenta y 7 de cada 10 personas mayores de 85 años en Uruguay son mujeres.

En términos de su lugar de residencia, la población del Uruguay es una de las más urbanizadas de la región y este grupo de personas no constituyen la excepción: el 87% reside en las áreas urbanas (10.000 habitantes y más), apenas el 6% vive en áreas rurales (2.500 habitantes y menos) y un 7% reside en áreas intermedias (de 2.500 a 9.999 habitantes).

La mayoría está casada, estimándose porcentajes cercanos al 45% en el año 2014; un tercio de la población es viuda y el 23% restante se reparte entre las diferentes categorías, como ser solteros, divorciados y en unión libre. La viudez es bastante más frecuente en las mujeres que en los varones. El 46% de las mujeres son viudas ante tan solo un 13% de los varones.

En cuanto al nivel educativo, los últimos datos disponibles del 2011 muestran que casi 6 de cada 10 adultos mayores tienen nivel primario.

En materia de suicidio es importante despejar que en Uruguay siempre fue un tema de los adultos y la vejez. Si se observan las series históricas, aquel grupo que concentra a los adultos mayores tuvo tasas del evento por encima del promedio general.

A manera de síntesis planteamos el siguiente cuadro en el cual se reflejan los últimos cinco años de suicidios en Uruguay por grupo etario, con la tasa global y la tasa promedio de los grupos. La diferencia entre estas es que la primera incluye a toda la población del Uruguay, es decir, de los recién nacidos a los adultos mayores, por eso casi todos los grupos etarios tienen un comportamiento por encima del promedio. La segunda refleja la media de los grupos etarios de la tabla, que permite comparar más fielmente el fenómeno o comportamiento de los grupos. Así, existen algunos tramos de edad con un promedio superior a la población, pero son las personas de 65 años y más quienes se mantienen estables (es decir, a medida que crece la edad crece su tasa) con respecto a las otras edades. Además, es de tomarse en consideración la magnitud del evento.

Suicidio de adulto mayor y porcentaje de suicidio de adulto mayor según año, 1997-2019.

Año	Total país	Suicidio adulto mayor	% adulto mayor
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
2011	SD	SD	SD
2012	608	189	31,1
2013	555	165	29,7
2014	601	160	26,6
2015	643	149	23,8
2016	715	174	24,9
2017	688	152	22,6
2018	710	171	24,7
2019	723	182	25,9

Fuente: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública. Elaboración Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida.

Tasa de mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2015-2019.

	Tasa por 100.000 habitantes				
Grupo etario	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**
Menos 14	1.97	1.20	2.03	2.88	2.09
15-19	11.10	12.37	15.96	8.85	11.29
20-24	23.24	27.76	26.29	23.18	28.37
25-29	25.65	22.67	22.13	19.22	29.11
30-34	23.10	26.36	25.34	22.62	18.31
35-39	20.50	21.00	23.26	23.06	23.20
40-44	18.21	22.67	22.22	26.85	19.49
45-49	16.95	20.08	18.83	22.71	29.68
50-54	22.73	23.83	29.46	31.69	28.78
55-59	25.97	30.28	24.26	27.63	21.44
60-64	26.09	33.07	25.88	30.35	23.18
65-69	27.14	29.64	27.85	30.81	33.50
70-74	30.85	33.02	22.55	32.13	34.95
75-79	27.94	36.37	29.75	41.08	37.54
80 y más	36.39	43.42	41.61	34.78	38.11
Tasa global	18.55	20.54	19.70	20.25	20.60
Promedio grupos	22.52	25.22	23.82	25.18	25.26

Fuente: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud Pública. Elaboración Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida.

La conducta suicida en la vejez

Es conocido que la conducta suicida en la vejez tiene ciertos rasgos distintivos. En primer lugar, se realizan menos intentos de suicidio que en el caso de los jóvenes. Por cada anciano suicida lo han intentado cuatro o menos, mientras que por cada joven suicida lo han intentado 200 (Nock *et al.*, 2008; Van Orden, 2015). En la población, en general, por cada suicidio ocurren entre 10 a 20 intentos de suicidio, proporción que es mayor que la observada en la vejez. El segundo rasgo distintivo es que utilizan métodos mortales: el 85% de los suicidios en los varones es por ahorcamiento, armas de fuego y precipitación de lugares elevados. En tercer lugar, reflejan menos señales de aviso y estas son más difíciles de detectar. El cuarto rasgo es que dichos actos suicidas muchas veces no son impulsivos, sino

meditados, realizados después de un detenido proceso de reflexión. Por último, pueden asumir la forma de suicidios pasivos (no ingerir alimentos, para dejarse morir).

En referencia al suicidio o la conducta suicida, este grupo de edad constituye el que alcanza con más frecuencia su expresión más grave: la consumación del acto.

Los estudios epidemiológicos ponen en evidencia un incremento progresivo de la tasa de suicidio con la edad, en especial en los varones, y la tasa de suicidio en varones mayores de 70 años es de 2 a 5 veces superior a la de los adolescentes de 15 años, aunque en estos últimos los intentos son más frecuentes. En algunos países se ha visto que hasta el 75% de los adultos mayores mueren como consecuencia de su primer acto suicida, lo que puede ser explicado por una mayor planificación relacionada con la edad. En cuanto al género, la llamada paradoja de género en las tasas de suicidio (es decir, la diferencia entre sexos que ve una mayor prevalencia de actos fatales entre los hombres) parece acentuarse en esta etapa. En población centenaria se ha encontrado una relación hasta de 8:1 entre hombres y mujeres, hecho que para algunos podría sugerir la acumulación de múltiples factores de riesgo entre los hombres y una aparente mejor adaptación de las mujeres a una edad tan avanzada (Shah *et al.*, 2014). Muchos trabajos atribuyen esta diferencia a las habilidades más desarrolladas en el comportamiento de búsqueda de ayuda de las mujeres y el uso de métodos de suicidio más letales en hombres, como el uso de armas de fuego y ahorcamiento (De Leo y Kõlves, 2017).

En Uruguay, para el grupo comprendido entre los 65 y 74 años, la tasa de mortalidad por suicidio cada 100.000 habitantes es de guarismos importantes según datos de Estadísticas Vitales del MSP, en los últimos quince años.

Es frecuente que entre los motivos multifactoriales de la conducta suicida del adulto mayor coexistan la soledad, el aislamiento, la enfermedad somática y la depresión (Vidal, 1999; Mellqvist Fässberg *et al.*, 2012). Los estudios han permitido identificar un perfil más probable del anciano suicida que estaría representado por un hombre con antecedentes de un primer episodio depresivo después de los 40 años, que vive solo, con historia familiar de depresión o alcoholismo y que ha padecido una pérdida reciente (Vidal, 1999).

Uno de los aspectos remarcados sobre el suicidio en la vejez es la intencionalidad o el propósito de morir al realizar el acto. Se señala que este es tan fuerte, que suele caracterizarse por su firme convicción y por la utilización de métodos eficaces para concretar sus intenciones. Esto explicaría el llamativo contraste entre la proporción de suicidios intentados/suicidios consumados en los adultos mayores, que es de 2 a 1, y la de los adultos o adultos jóvenes que es de 7 a 1.

También se ha encontrado que la mayor parte de las tentativas de suicidios se registran en los hogares particulares (domicilio particular

o en las casas de familia), mientras estas son menos frecuentes en los residenciales de ancianos, sea por estar más vigilados, más integrados o culturalmente integrados.

Los métodos más frecuentemente utilizados por el hombre son el ahorcamiento y las armas de fuego, mientras las mujeres suelen emplear métodos menos letales y con menor afectación del cuerpo de la víctima como el envenenamiento y la sobredosis o ingesta de fármacos. A nivel mundial se está registrando un hecho que aún no tiene un impacto importante (en términos estadísticos), que es el aumento de métodos violentos, interpretado por los especialistas por una mayor presencia de síntomas psicóticos en la depresión a medida que avanza la edad.

Una de las preguntas que ha orientado algunas investigaciones recientes se refiere a si es lo mismo pensar en la muerte que desear morirse cuando se transita la vejez. ¿Son los pensamientos de muerte en esta etapa una respuesta normativa o habitual frente al acercamiento del final de la vida o a los factores estresantes y desafíos del envejecimiento? ¿O son este tipo de pensamientos un indicador de riesgo de suicidio? ¿Existe diferencia entre pensar en la muerte que desearla? En general, la literatura ha hecho una distinción entre el pensamiento suicida pasivo, que incluye tanto pensar en la muerte como tener deseos de morir, y el pensamiento suicida activo, que se refiere a pensar en quitarse la vida. Contra la idea de que las personas mayores comunican menos que los jóvenes sus pensamientos de muerte, se ha observado que, a niveles comparables de depresión, tienen menos probabilidades de informar sobre su estado de ánimo deprimido que los adultos más jóvenes, pero más probabilidades de reconocer la ideación suicida pasiva cuando se interroga por ella. Igualmente se ha reportado que, en esta franja etaria, en un trasfondo de ánimo deprimido, los pensamientos suicidas activos y pasivos se asocian estrechamente y que, con el tiempo, es frecuente pasar de la ideación suicida pasiva a la activa y viceversa durante los episodios depresivos, de modo que ambas tienen una implicancia similar en el grado de riesgo suicida (Szanto *et al*., 1996).

Sin embargo, si bien los hallazgos muestran que las ideas de muerte no constituyen un rasgo normativo de la vejez, se ha visto que existe un grupo de adultos mayores que presentan pensamientos de muerte sin depresión o ideación suicida activa. De esta manera, se ha planteado que en esta etapa de la vida, a diferencia de otras edades, el hecho de pensar que la vida no vale la pena y desear la muerte no son necesariamente equivalentes en términos de riesgo suicida y que, para algunos adultos mayores, en medio de factores estresantes relacionados con el envejecimiento, como el aumento de discapacidad y el deterioro de la salud física, el poco valor de la vida puede ser expresión de insatisfacción con la calidad de vida, que el acto sea considerado ni exista un riesgo elevado de autoaniquilación (Van Orden *et al*., 2016).

En esta misma línea, un mito ampliamente difundido y favorecido por una lectura simple de los datos estadísticos es que los adultos mayores suelen comunicar menos sus intenciones suicidas que los jóvenes. Existen múltiples señales o avisos presuicidas, usualmente poco claros y directos, a los que se debe prestar especial atención y escucha. Estas formas indirectas de comunicación pueden incluir la necesidad de poner los asuntos familiares en orden, interés por despedirse de amigos o familiares. No es infrecuente el reconocimiento y la gratitud al médico de cabecera, en la última consulta previa al intento, como forma de despedida. Cattell y Jolley (1995) encontraron que solo un 14% de los ancianos que consumaron suicidio recibían atención psiquiátrica, mientras un 43% habían estado en contacto con sus médicos generales en el mes previo. Este bajo porcentaje podría incidir en la menor frecuencia que se les atribuye de comunicación de su intención suicida.

Aproximadamente el 30-40% de los casos de suicidio entre las personas mayores van acompañados de una nota de suicidio (Neulinger y De Leo, 2001; Salib *et al*., 2002), pero muchos adultos mayores no dejan un mensaje de despedida simplemente porque ya no tienen a quién dirigirlo o pueden haber perdido o tienen comprometida la capacidad de escribir/expresarse (De Leo, Draper y Krysinska, 2009).

Si se observan la notas o cartas suicidas de este grupo, como lo afirman Hein y Gómez (2019), los temas que más se repiten y presentan ciertas consistencias internas son: las enfermedades con características de incurables, avanzado estado de deterioro y que causan dolores físicos y emocionales. Otras cartas, no menos importantes en su número, presentan reiterados perdones, acompañados de la palabra «Dios», lo que indica el pedido de absolución. A su vez, las disculpas son a los familiares, parientes y conocidos. Asimismo, reclaman ser comprendidos en sus actos. Encierran manifestaciones de cariño, sentimientos de amistad y escaso rencor hacia sus círculos sociales o relacionales. Son pocas las notas de este grupo en las que el rencor es manifiesto o evidente. Es importante despejar dos cuestiones al menos llamativas para este grupo: el pedido de perdón o la búsqueda de este, a partir de un tejido de justificaciones.

Los adultos mayores suicidas se saben (son conscientes) de los actos que van a realizar y qué consecuencias tendrán. Además, algunos expresan el perdón por los estigmas que la familia va a recibir posteriormente al acto. En algunas circunstancias y bajo ciertos atenuantes, lo plantean como la única alternativa posible. Todo parece indicar que desean retomar o recomponer un control sobre sus cuerpos y, por ende, sobre sus vidas, que en algún momento les fue quitado o bien fueron perdiendo. Por eso, sus actos ponen fin a la discusión, al sufrimiento y la agonía (cultural, social y biológica) en la cual están viviendo.

En cuanto a las cartas que encierran instrucciones, un 31% del total tenían estos mensajes. Estas instrucciones son sobre el tipo de funeral, el

dinero o las herencias, las posesiones materiales y los gastos futuros. En segundo lugar, un 25% escribió o hizo referencias al acto mismo, manifestando las razones que le rondan, como ser «estar sin objetivos», «no contar con esperanzas de vivir», una salida rápida a los «encierros» y un deseo de morir. No menos desestimable es el grupo que manifiesta problemas de salud, sean por incapacidad física o psíquica, o problemas con el alcohol u otras sustancias. En tercer lugar, el 16% son cartas típicas de despedidas o indicaciones como «se cuidan», «que no se preocupen» y «no sufran por el hecho». En general, se percibe que el adulto mayor, a diferencia de los otros grupos etarios, prolonga su vida, más allá de su muerte, dejando indicaciones precisas y claras sobre cómo deberían actuar sus allegados, luego de su muerte.

En cuanto a la materialidad de la carta, es decir, su escritura y contexto, en primer lugar se observa una estructura de comunicación clara y estructurada en la composición del texto (94,6% sobre el total y 96,1% en los adultos mayores); en segundo lugar un curso lógico y ordenado al exponer las ideas (78,8 y 94,0%, respectivamente); en tercer lugar, hay referencias que evidencian la posesión de conciencia sobre el momento que están atravesando y las consecuencias del acto suicida (por ejemplo, la utilización de datos reales, como fechas, números telefónicos, direcciones, etc.) (96,9 y 99,1%, respectivamente); por último, se observa una mayor frecuencia de orientación temporal hacia el futuro de los contenidos expresados, pero además aplican en mayor medida que otros la combinación de tiempos verbales, elementos del pasado, del presente y del futuro.

Todas estas características reafirman la gravedad de la conducta suicida en este grupo de edad, que casi siempre traduce una clara intencionalidad de morir, a diferencia de otros grupos, en los que la muerte, el gesto o la amenaza suicida pueden ser empleados para negociar con el entorno.

Por ello, como señala Vidal:

> Los intentos suicidas en los adultos mayores pueden considerarse suicidios frustrados y su perfil se parece notablemente al de los ancianos que consuman el suicidio en la misma medida en que se diferencia de los intentos que realizan las personas menores de 60 años. El suicido de adultos mayores es un acontecimiento que debe ser estudiado desde diferentes perspectivas, y por diferentes disciplinas científicas dado que debe transitar a una mirada inter y transdisciplinar del fenómeno. (Vidal, 1999).

Cabe mencionar que dentro de las cuestiones más destacadas con relación al suicidio en la vejez se encuentran la falta de conexión social y la soledad. Estar conectado socialmente con los demás se considera una necesidad humana fundamental, tanto para el bienestar como para la supervivencia. Existe evidencia sólida de que el aislamiento social y la soledad aumentan significativamente el riesgo de mortalidad y la magnitud del riesgo excede la de muchos indicadores. El aislamiento social y la soledad

son experiencias distintas, pero ambas se caracterizan por una falta de conexión social que incluye el grado en que las relaciones están presentes en nuestras vidas (los aspectos estructurales de las relaciones), el grado en que se puede confiar en otros (los aspectos funcionales de las relaciones) y nuestra satisfacción con ellos (la calidad de las relaciones).

La soledad es una experiencia que ha existido desde siempre y todos nos enfrentamos a ella de vez en cuando. Hay un tipo de soledad, llamada reactiva, que puede ocurrir durante las transiciones y eventos normativos de la vida, como la muerte de un ser querido, un divorcio o una mudanza a un nuevo lugar. Sin embargo, los problemas surgen cuando una experiencia de soledad se vuelve crónica. Si la soledad reactiva es dolorosa, la soledad crónica es una tortura, dicen algunos autores. Los hallazgos empíricos indican que al menos en los países industrializados, la conexión social limitada se asocia con ideación suicida, comportamiento suicida no fatal y suicidio en la vida posterior. Por ello, se subraya que los programas de prevención primaria diseñados para mejorar las conexiones sociales, así como el sentido comunitario podrían reducir potencialmente el riesgo de suicidio, en especial entre los hombres (Mellqvist Fässberg *et al.*, 2012; Holt-Lunstad, 2017).

Algunos aportes desde la investigación específica

El libro de Matusevich y Pérez Barrero (2009), *Suicidio en la vejez*, se encuentra entre unos de los que, por estas latitudes, refleja de manera contundente algunas certezas sobre esta cruda realidad y plantea una mirada desde y para la tercera edad. En sus doce capítulos reflexionan y articulan diferentes aspectos o tópicos, sean estos cuantitativos o cualitativos, psiquiátricos o sociológicos, que vale la pena recorrer. En lo que refiere específicamente al tema de la prevención, desarrollan en un capítulo cinco ejes sobre factores de riesgo que permiten visualizar el tema con la más amplia mirada. Parece oportuno, en este breve artículo, resumirlos.

El primero son aquellos denominados como factores médicos, que incluyen las enfermedades crónicas, terminales, aquellas que requieren alta hospitalización y tratamientos que favorecen la aparición de síntomas depresivos. En general, estos conllevan dolor físico, disnea que disminuye la calidad de vida y la autonomía diaria y se conjugan con abandono, sentimientos de ser carga para la familia. La pérdida de energía y fuerza motriz es otro factor importante, que disminuye la actividad placentera y repercute directamente en el aumento de gastos relacionados a estas cuestiones. El dolor crónico, sea físico o psíquico, puede aumentar los grados de depresión y probablemente se pueda aliviar, pero no desaparecer. Así, la vida de muchos ancianos se puede traducir en un ciclo de vida de dolor y angustias.

En el segundo grupo están los factores psiquiátricos, que encierran enfermedades depresivas de cualquier etiología, delirantes de culpa o hipocondríacas, abuso de alcohol y psicosis delirantes paranoides.

El tercer grupo son los factores psicológicos, relacionados con la soledad, la inutilidad, la infelicidad, la inactividad, las dificultades de memoria y la falta de proyectos vitales adosados a la visión negativa de la etapa en la que viven. Algunos psicólogos identifican un modelo de personalidad al que denominan como de «baja apertura a la experiencia», marcado por lo familiar, lo práctico, lo concreto, un comportamiento conservador con estrecho interés por lo nuevo y escasa o nula curiosidad. Son independientes e individualistas, encerrando un orgullo y la negación es su principal mecanismo de defensa. Presentan signos de rigidez que los determinan a no aceptar la vejez, el paso del tiempo, dificultando trabajar los riesgos del suicidio (Matusevich y Pérez Barrero, 2009).

El cuarto grupo son los factores familiares, como la pérdida de seres queridos, el abandono familiar, la viudez, la pérdida del sentimiento de utilidad, así como de las relaciones sociales. Estos eventos a veces se presentan como la base para una automedicación que encierra la autodestrucción pasiva, tornándose en individuos con una fuerte patología somática. A su vez, el encierro en instituciones geriátricas, ampliamente utilizado en nuestros días, genera conductas o fenómenos conocidos como suicidios pasivos (autodestructivos indirectos): rechazo a los alimentos, al agua y negación a la medicación. Este tipo de encierro provoca una muerte social, dado que no solo se pierde la residencia, sino el barrio y los lazos que este implicaba. También se señalan las características del duelo patológico secundario a la situación de viudez, especialmente en el primer año, como tristeza, incapacidad de sentir placer, dificultades para las actividades cotidianas, somatización, incremento del uso de sustancias adictivas (alcohol, tabaco, etc.), entre otras. Como dato adicional a los aportes de Matusevich, hay estudios que mostraron que los hombres de 80 años o más que habían perdido a su pareja durante el último año tenían 15 veces más riesgo de suicidio que los hombres casados de mediana edad (Erlangsen *et al.*, 2004).

En nuestro continente los autores señalan la existencia de dos fenómenos que ocurren con los ancianos. El primero lo denominan *abuelo ping pong*, con varios hijos o hijas que se turnan para su cuidado, inicialmente en el propio hogar de ancianos, seguido por el peregrinaje por varias casas, lo que los hace perder las comodidades propias de su casa, hasta el ingreso a una institución para ser cuidados. El otro fenómeno, por lo general predeterminado para las mujeres, es conocido como *la abuela esclava* (que no sabe decir no), que asume continuamente el rol de cuidadora de generaciones más jóvenes, es ama de casa de los nietos e incluso cuidadora de personas enfermas. Se identifican tres temas claves para el abuso en la vejez: la dependencia con relación a los ancianos y sus cuidadores; las condiciones económicas, con pérdida de ingresos por parte de las familias que casi siempre recurren al miembro más débil; los cambios culturales que están desplazando la cooperación por la competencia, la interdependencia por la dependencia y la personalización por la despersonalización, el respeto

a los mayores por la glorificación de la juventud desencadenantes del descontento del adulto mayor y, por ende, el maltrato del resto (Matusevich y Pérez Barrero, 2009).

El quinto grupo corresponde a los factores socioambientales, como la jubilación o cese de actividades, la pérdida de cierto bienestar económico y social, la migración forzosa, la no preparación para esta etapa de la vida económica, la pérdida de competitividad las circunstancias peyorativas u hostiles de la comunicación en sociedad, magnificando la juventud en detrimento de la vejez, con la consiguiente pérdida de prestigio. Aquel lector que requiera mayores detalles lo emitimos directamente a la obra de Matusevich y Pérez Barrero (2009).

Entre las múltiples respuestas o motivaciones que puede entrañar el tema del suicidio en el adulto mayor, se puede entender como una respuesta o salida a los problemas que enfrenta un individuo en relación con otros o la sociedad en su conjunto. Las explicaciones causales de los problemas apuntan a un conjunto de tensiones y negociaciones ríspidas que ocurren en diferentes ámbitos, que bien pueden ser doméstico, de la familia o de la comunidad o barrio. Otro motivo recurrentemente es el abandono de los lazos sociales más cercanos, en este caso, practicado más frecuentemente por las familias.

Garmezy y Plutchik establecieron una serie de factores protectores a fin de prevenir el suicidio en vejez, que son recogidos por Matusevich y Pérez Barrero en su libro. Se entiende por *factores protectores* aquellos hechos o cuestiones que, para una persona, reducen significativamente el riesgo del evento, sea este la ideación o el acto mismo. Los autores señalan claramente que más allá de los planteados, existen condicionantes de género y factores culturales que hay que tener en cuenta a la hora de trabajarlos. A continuación, trascribimos estos factores señalados.

Factores de protección de la conducta suicida.

1. Preservar aquellas habilidades sociales adquiridas que les permiten integrarse de forma positiva a los grupos propios de la tercera edad existente en la comunidad (culturales, voluntarios, fraternales, políticos, sindicales, etc.).
2. Mantener la confianza en sí mismos, reconociendo las fortalezas personales para continuar utilizándolas y las debilidades para sortear las situaciones que las pongan en evidencia e incrementan la vulnerabilidad del anciano.
3. Conservar la capacidad de autocontrol sobre las emociones, los pensamientos y la conducta.
4. Poseer y desarrollar una buena adaptabilidad, responsabilidad, persistencia, perseverancia, razonable calidad de ánimo y de los niveles de actividad.
5. Adecuar la perseverancia a ocasiones que lo requieran y la renuncia cuando sea necesario.

6. Desarrollar habilidades para enfrentar situaciones de acuerdo con sus posibilidades, lo cual evitará someterse a eventos y contingencias ambientales en las que probablemente fracasarán, reservando las energías para abordar solamente aquellas empresas en las que los resultados favorables sean los esperados.
7. Mantener buena autoestima, autoimagen y suficiencia.
8. Conservar la inteligencia y habilidades para resolver problemas.
9. Saber buscar ayuda en momentos de dificultades, acercándose a otros familiares, un buen amigo, el médico, el sacerdote o el pastor.
10. Saber pedir consejos ante decisiones relevantes y saber elegir la persona más adecuada para brindarlos.
11. Ser receptivos a experiencias ajenas y sus soluciones, principalmente aquellas que han tenido exitoso desenvolvimiento y tratar de incorporarlas a sus actitudes de afrontamiento.
12. Ser receptivos ante las nuevas evidencias y los conocimientos para incorporarlos a su repertorio si fuera necesario.
13. Estar integrados socialmente y tener criterio de pertenencia.
14. Mantener buenas relaciones interpersonales con la familia, con amigos, con compañeros de trabajo, si aún mantienen un vínculo laboral, y con otras figuras significativas que puedan servir de red de apoyo.
15. Contar con apoyo de las familiares y sentir que se los ama, se los acepta, se los apoya y se tienen en cuenta sus opiniones y puntos de vista.
16. Poseer una auténtica identidad cultural.
17. Poseer habilidades para emplear adecuada y sanamente el tiempo libre.
18. No tener problema con el consumo de sustancias aditivas (café, alcohol, drogas, tabaco, fármacos, etc.).
19. Haber desarrollado una variedad de intereses que les permitan mantener una rutina cotidiana para sentirse útiles, principalmente de cara a la jubilación.
20. Saber expresar a personas confiables aquellos pensamientos dolorosos, desagradables y muy molestos, incluyendo las ideas suicidas, y ser tomados con seriedad por parte de los familiares.
21. Mantener vínculos y relaciones armónicas con las generaciones más jóvenes.
22. Pertenecer a una sociedad con actitudes de respeto y veneración a los ancianos.
23. Mantener una buena salud física y mental y solvencia económica que les permita gozar de independencia y autonomía.
24. Tener y profesar creencias religiosas.

Fuente: Adaptado de Matusevich y Pardo, 2009.

Estrategias preventivas

La mayoría de las estrategias nacionales de prevención del suicidio en la vejez han prestado especial atención al reconocimiento temprano y al tratamiento de la depresión. Sin embargo, como se analizó a lo largo de este capítulo, la depresión es solo uno de los factores de riesgo de suicidio en esta etapa y no necesariamente el más importante (De Leo y Kõlves, 2017; Fleischmann y De Leo, 2014).

La prevención del suicidio también debe concentrarse en los muchos factores psicológicos, contextuales, existenciales y sociales analizados y que pueden caracterizar las etapas tardías de la vida (De Leo y Arnautovska, 2016). Dada la naturaleza particular de muchos de estos factores que se acumulan en la vejez, hay sectores claves que, por su frecuente contacto con los adultos mayores, especialmente aquellos más vulnerables, pueden estar en una posición ideal para identificar e interceptar las trayectorias suicidas. Capacitar a estos sectores o *gatekeepers* para prevenir el suicidio de las personas mayores puede ser una estrategia importante (Conwell, 2014).

Clasificación de las intervenciones preventivas.

a) Indicadas son aquellas que se dirigen a personas de alto riesgo con pensamientos suicidas, intentos de suicidio previos o trastornos psiquiátricos. Las acciones involucran al sector salud (servicios de salud mental y atención primaria) e incluyen, por ejemplo, el uso de psicofármacos e intervenciones psicoterapéuticas (cognitiva para intentos intentan suicidarse o de resolución de problemas para depresión) y modelos de atención colaborativa para la depresión en la vejez.
b) Selectivas son aquellas que tienen como objetivo individuos o grupos con factores de riesgo más distales, por ejemplo, adultos mayores socialmente desconectados o aquellos con múltiples trastornos comórbidos (que ocurren simultáneamente) y deterioro funcional significativo. Este tipo de intervenciones se proporcionan fuera del sector salud, como por ejemplo agencias de servicios para personas mayores o llamadas telefónicas de apoyo a adultos mayores (en su mayoría empleadas por mujeres).
c) Universales se dirigen a toda la población de adultos mayores y a la población general. Los ejemplos incluyen legislación (por ejemplo, restricciones del acceso a medios potencialmente letales o campañas de mensajes que destaquen la importancia del compromiso social hacia las personas mayores y acciones para la mejora de sus conexiones sociales y sentido de comunidad).

Dada la letalidad de la conducta suicida en la vejez, hay autores que proponen que las intervenciones preventivas indicadas pueden ser menos eficaces que a edades más tempranas. El riesgo de suicidio a nivel individual fluctúa con el tiempo, por lo que los esfuerzos para reducir la mortalidad por suicidio entre los adultos mayores requieren trabajar en los tres niveles anteriormente descriptos.

A modo de cierre

En conclusión, la muerte por mano propia, a diferencia de las otras muertes, tiene un componente voluntario y personal. Tal vez estas características ameritan ser explicadas, comprendidas y discernidas. Más allá de la disciplina que lo estudie, o la conjugación de todas ellas, siempre encuentra un vector común, que podríamos denominar como *enigma*, que encierra este tipo de muerte, no solo por su carácter «antihumano», sino también por sus impactos sociales y culturales.

Estos hechos se ven acrecentados cuando sus cifras revelan magnitudes importantes e interrogan a las diversas políticas de prevención o salud mental que existen en los ámbitos locales o nacionales. En las siguientes páginas el lector encontrará unas breves reflexiones sobre este hecho, además de interrogarnos como sociedad.

En Uruguay, 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.

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, en un contexto que impone valoraciones negativas y discriminatorias sobre el envejecimiento, la ausencia de la autovalía o la imposibilidad de valerse por sí mismo, coexistiendo con la ausencia de familia nuclear o ampliada que acompase el ritmo de vida de cada adulto mayor, son elementos o factores a los que se debe prestar atención.

La resumida descripción realizada hasta aquí constituye un breve mapa y representa una parte del escenario en donde se desarrolla o se mueve el tema central. Tal como el lector se imaginará, este mapa encierra más rasgos negativos que positivos. Por último, este segmento de la población constituye, a nivel mundial y nacional, el que tiene más rápido crecimiento de la población. Por eso, el número absoluto de suicidios se incrementará y los datos indican que para el año 2040 tendrá el doble de magnitud que la actual, lo que permite afirmar que entender, explicar, comprender y buscar las causas o motivos de este fenómeno en este tramo etario resulta un desafío de suma importancia sanitaria, así como social y cultural.

Bibliografía

Butler, R. N. (1985). *Why survive? Being old in America*. New York: Harper & Row.

Cattell, H.; Jolley, D. J. (1995). One hundred cases of suicide in elderly people. *Br. J. Psychiatry*, 166, 451-457.

CEPAL (2018). XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe Montevideo, 25 a 28 de octubre de 2016.

Conwell, Y. (2014). Suicide later in life: challenges and priorities for prevention. American *Journal of Preventive Medicine*, 47(3S2), S244-S250.
De Leo, D. (2018). Ageism and suicide prevention. *Lancet Psychiatry*, 5, 192-193.
De Leo, D.; Arnautovska, U. (2016). Prevention and treatment of suicidality in older adults. O'Connor, R.; Pirkis, J. (eds.). *International handbook of suicide prevention. Research, policy and practice*, 323-345). Chichester, UK: Wiley Blackwell.
De Leo, D.; Kõlves, K. (2017). Suicide at Very Advanced Age-The Extremes of the Gender Paradox. *Crisis*, 38, 363-366.
De Leo, D.; Draper, B.; Krysinska, K. (2009). Suicidal elderly people in clinical and community settings: Risk factors, treatment and suicide prevention. Wasserman, D.; Wasserman, C. (eds.). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: A global perspective*, 703-719). Oxford: Oxford University Press.
Duberstein, P. R.; Conwell, Y.; Seidlitz, L.; Lyness, J. M.; Cox, C.; Caine, E. D. (1999). Age and suicidal ideation in older depressed inpatients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 7(4), 289-296.
Erlangsen, A.; Jeune, B.; Bille-Brahe, U.; Vaupel, J. W. (2004). Loss of partner and suicide risks among oldest old: A population-based register study. *Age Ageing*, 33, 378-383.
Fleischmann, A.; De Leo, D. (2014). The World Health Organization's report on suicide: A fundamental step in worldwide suicide prevention. *Crisis*, 35, 289-291.
Hein, P.; Gómez, G. (2019). *Aproximación a una tipología de conductas suicidas en Uruguay con base en notas suicidas. El Uruguay desde la Sociología XVII*. Verónica Filardo (coord.). Montevideo: DS-FCS-UDELAR.
Holt-Lunstad, J. (2017). The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 127-130.
Lapierre, S.; Erlangsen, A.; Waern, M.; De Leo, D.; Oyama, H.; Scocco, P.; Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32, 88-98.
Matusevich, D.; Pérez Barrero, S. A. (2009). *Suicidio en la vejez*. Editorial Polemos.
Mellqvist Fässberg, M.; Van Orden, K. A.; Duberstein, P.; Erlangsen, A.; Lapierre, S.; Bodner, E.; Waern, M. (2012). A systematic review of social factors and suicidal behavior in older adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9(3), 722-745.
Neulinger, K.; De Leo, D. (2001). Suicide in elderly and youth population: How do they differ? De Leo, D. (ed.). *Suicide and euthanasia in older adults*, 137-154). Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
Nock, M. K.; Borges, G.; Bromet, E. J.; Cha, C. B.; Kessler, R. C.; Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
Rendueles Olmedo, G. (2018). *Suicidio(s)*. Madrid: Grupo 5.
Salib, E.; Cawley, S.; Healy, R. (2002). The significance of suicide notes in the elderly. *Aging Ment Health*, 6(2), 186-90.
Shah, A.; Zarate-Escudero, S.; Bhat, R.; De Leo, D.; Erlangsen, A. (2014). Suicide in

centenarians: the international landscape. *International Psychogeriatrics*, 26, 1-6.
Szanto, K.; Reynolds III, C. F.; Frank, E.; Stack, J.; Fasiczka, A. L.; Miller, M.; Kupfer, D. J. (1996). Suicide in elderly depressed patients: is active vs. passive suicidal ideation a clinically valid distinction? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4(3), 197-207.
Vidal, D. A. (1999). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8(2), 103-112.

Capítulo 9. Masculinidades

Introducción

En este capítulo se describe un marco muy general para pensar sobre la masculinidad y los suicidios en los hombres. Se parte de que es necesario comenzar a explorar diferentes posibilidades de cambio cultural y social de este flagelo que es diferencial, sea hombre o mujer, y el abordaje de la masculinidad nos permite comenzar a andar ese largo y sinuoso camino de la prevención del suicidio en los hombres. Las disciplinas que abordan el suicidio, paradójicamente, sostienen las diferencias entre los géneros como uno de los elementos paradigmáticos y que encierran uno de los tantos estigmas que hay en el tema, a nivel mundial.

Siempre se afirma que el suicidio es un hecho que afecta a una parte significativa de la población, especialmente a los hombres. Este fenómeno tiene componentes culturales que están directamente relacionados con el género. Por lo tanto, es importante señalar la correlación u asociación que existe entre algunos elementos que constituyen la masculinidad imperante a nivel global y las tasas de suicidios. El rol de ser varón parece estar predeterminado no solo a cumplir con ciertas expectativas y metas tangibles, sino que, además, parece tener sobreindicado el camino que transitar ante la no obtención o el fracaso de estas.

En una primera línea encontramos estudios recientes que han despejado claramente que algunas de las causas son evidentes y tangibles, como las adicciones, el consumo problemático de alcohol y otras sustancias, y los episodios cada vez mayores de violencia de género (feminicidio-suicidio).

En un segunda están aquellos que señalan las causas menos evidentes, que se centralizan en no poder cumplir con las funciones o papeles asignados por la sociedad, de proveedor, o el sentimiento de desamparo. Por ende, ante los problemas derivados de este incumplimiento, el hombre siente miedo o vergüenza, por el simple hecho de enfrentarse a pedir ayuda. En tanto a la demostración que puedan encerrar ciertas emociones, sean estas de felicidad o infelicidad, es un tema vetado para «la raza de los varones».

Por todo esto es importante comprender y comprendernos, como varones y mujeres, el lugar social que nos asignaron y analizar los procesos por los cuales las construcciones sociales de género median la forma en que los seres humanos nos pensamos y sentimos. Esta es una necesidad indispensable para comprender el tema del suicidio en las sociedades occidentales. Abordar el fenómeno del suicidio desde una perspectiva de las masculinidades (es decir, desde el género) implica que necesariamente un

conjunto importante de dimensiones teóricas y empíricas convergen de forma por demás problemática.

Género y masculinidades, algunas consideraciones oportunas

En la literatura sobre la temática de género se ha avanzado en un consenso sobre las diferencias entre sexo y género. El sexo es o está constituido por las diferencias anatomofisiológicas; el género, por su parte, es una construcción social histórica que ocurre y se expresa por la percepción e interpretación de la sociedad y del mundo, y el papel o los roles que estamos llamados a cumplir. Esto ocurre en el espacio de unas condiciones materiales y subjetivas de existencia concretas y se reproduce mediante las dimensiones simbólicas y normativas de las instituciones sociales.

Desde la etiología social, Boris Cyrulnik ha mostrado cómo la socialización, la introspección de pautas y el aprendizaje de lo masculino (ser varón) y lo femenino (ser mujer) es un proceso que se constituye diferencialmente desde las edades más tempranas y de forma marcadamente diferencial desde nuestra constitución biológica y psíquica, determinando diferentes subjetividades de los seres humanos, en edades tempranas que determinan diferencias en las etapas posteriores de la vida. Por esta razón, las expectativas, los valores y los roles asumidos socialmente inciden en la forma en que se definen y vivencian los problemas vinculados al propio cuerpo, a las relaciones interpersonales y a la búsqueda de apoyo emocional en un contexto determinado.

Es importante señalar dos cuestiones centrales: el género es una construcción social, que no agota las dilucidaciones de explicar o comprender la vida y, en segundo lugar, no existe un patrón, una identidad única y universal de lo masculino y de lo femenino, sino que ambas son histórica y culturalmente creadas para actuar, sentirnos, pensarnos y comportarnos como seres humanos. Pensar en lo masculino puede introducir un sesgo importante, que oculta múltiples y singulares formas de vivir la sexualidad y su relación con el fenómeno del suicidio. Investigaciones recientes a nivel mundial sobre la relación entre las formas de vivir la sexualidad y la salud mental siguen mostrando el papel coercitivo que tienen los discursos y las prácticas sustentadas en la organización social patriarcal.

Para despejar al lector algunas ideas centrales de qué se entiende por género, Scott (2008) plantea que «el género significa conocimiento de la diferencia sexual. (…) en el sentido de la comprensión que producen las culturas y sociedades sobre las relaciones humanas, en este caso entre aquellas entre hombres y mujeres. Tal conocimiento no es absoluto ni verdadero, sino siempre relativo. (…) El género es la organización social de la diferencia sexual» (Scott, 2008: 20). Por lo tanto, las identidades están determinadas culturalmente y se constituyen por estructuras jerárquicas (Scott, 2008). Los roles y estereotipos apropiados para las mujeres y los

varones están basados en ideas que son construidas socialmente; el género es una categoría social impuesta a un cuerpo sexuado (Scott, 2008: 53).

Lamas expresa que «la lógica del género es una lógica de poder, de dominación, y es según Bourdieu la forma paradigmática de violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad o consentimiento» (Lamas, 1999: 161).

Como consigna básica de la construcción social del hombre, Marqués (1997) destaca que «ser varón en la sociedad patriarcal, es ser importante. Este atributo se presenta con un doble sentido: por una parte, muy evidente, ser varón es ser importante porque las mujeres no lo son; en otro aspecto, ser varón es ser muy importante porque comunica con lo importante, ya que todo lo importante es definido como masculino. En su aspecto de discurso megalómano, el discurso patriarcal sobre el varón "se olvida" de que la importancia de ser varón sólo se debe a que las mujeres son definidas como no importantes» (Marqués, 1997: 19).

Por otro lado, el sociólogo Oscar Guasch, en su libro *Héroe, científicos, heterosexuales y gays* (2006), señala,

> En nuestra sociedad, la masculinidad dominante es el resultado de una estrategia social mediante la cual ciertos varones se reconocen y respetan entre sí. Se trata de una alianza implícita que la mayoría de los varones suscriben de algún modo y que se expresa a través de rituales inespecíficos. La masculinidad hegemónica se construye mediante el sexismo y la homofobia. Las mujeres y los homosexuales (...) son los otros a quienes se atribuye un estatus social inferior (...) La masculinidad incluye también a quienes vulneran sus normas (sean homosexuales o gays). Al fin y al cabo, lo que los psiquiatras llaman homosexualidad masculina es una más de las múltiples formas de ser varón previstas por nuestra sociedad (...) La masculinidad también afecta a las mujeres porque el género es un sistema relacional. (Guasch, 2006: 21).

Desde una misma perspectiva Connell (2003) plantea que existen diversas masculinidades, una entre ellas es la hegemónica, «que pude definirse como la configuración de la práctica de género que incorpora la respuesta aceptada, en un momento específico, al problema de la legitimidad del patriarcado, lo que garantiza (o se considera que garantiza) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres» (Connell, 2003: 117).

Las masculinidades son configuraciones de las prácticas estructuradas por las relaciones de género que se realizan y simbolizan en los desempeños corporales.

Dice Connell (2003):

> Para los hombres, como para las mujeres, el mundo formado por las prácticas que se reflejan en el cuerpo se derivan del mismo ligadas al género son territorio de la política —la lucha de intereses en un contexto lleno de desigualdades—. La política

> de género es una política que depende del cuerpo y de factores sociales. (Connell, 2003: 101).

La masculinidad como construcción social e histórica se define como un conjunto de prácticas, valores, funciones y conductas, atributos que se consideran propios del hombre en un contexto social y cultural determinado. Lo masculino se asocia con lo valioso, con lo importante, con lo fuerte, y lo opuesto es el ser mujer, identificada con lo débil, secundario y débil. Esta masculinidad se caracteriza por la competitividad, la autosuficiencia, es patriarcal y está impregnada de poder que busca subordinar o dominar a las mujeres y a otros hombres. Los hombres, según este tipo ideal, son físicamente fuertes, potentes, agresivos, proveedores del hogar, viriles, estoicos y enérgicos (Roy, 2012). Este tipo de masculinidad se adquiere y se retroalimenta por la socialización y en los medios de comunicación masivos, que exaltan los estereotipos masculinos, el que los hombres deben ser exitosos, emprendedores y ganadores. Estas diferencias de género se traducen en desigualdades, vulnerabilidades y precariedades, resultado de la forma como los sujetos son socializados o adoptan de manera directa o indirecta estos modelos de conducta y, sobre todo, internalizan las acciones objetivas y subjetivas que se esperan de ellos en tanto hombres.

La masculinidad se basa en cuatro atributos principales: 1) estoicismo: que hace referencia a que el hombre no puede expresar sus sentimientos; 2) autonomía: el hombre debe resolver sus problemas sin solicitar ayuda; 3) obtener resultados satisfactorios (ser ganador) en todos los emprendimientos; 4) ser por demás y en ciertos momentos agresivo.

La acción de procurar ayuda para diversos problemas, tales como dolencias personales, económicos, limitaciones corporales, etc., es percibida y considerada una actitud femenina o, en el mejor de los casos, poco masculina, que implica debilidad y falta de virilidad (Meneghel *et al.*, 2012).

El hombre, al tener presente el mandato de adoptar las prácticas de una masculinidad hegemónica en su desempeño de los papeles convencionales de género, tendrá dificultades para aceptar las derrotas, la pérdida de poder, de legitimidad de su autoridad, y el suicidio es percibido como una forma de retomar el orden o como la única salida a una situación de impotencia y sufrimiento (Meneghel *et al.*, 2012).

Esta situación, en algunos grupos de hombres, muestra que «los roles predefinidos en el estereotipo o deber ser masculino les produce dolor, insatisfacción y frustración» (Valdés y Olavarría, 1997: 9). El proceso de adquirir la masculinidad hegemónica trae aparejado suprimir toda una gama de emociones, necesidades y posibilidades, entre las que se encuentra el placer de cuidar de los otros, la receptividad, la empatía y la compasión, y estas son experimentadas como incongruentes con el poder masculino, son suprimidas porque se las asocia con la feminidad, que es lo opuesto a la masculinidad buscada (Kaufman, 1997).

Por último, es importante despejar las ideas centrales que habitualmente manejamos como masculinidades, machismo y género. Como sostiene Guasch en su mirada política del tema:

> La masculinidad, en cuanto problema político elaborado en las sociedades occidentales, no debe confundirse con el machismo ni tampoco con el patriarcado, aunque uno y otro son necesarios para entenderla. El machismo es la estrategia radical de género que algunos varones emplean para definir sus identidades sociales y personales. El machismo es una de las múltiples formas que adopta la masculinidad. La particularidad del machismo es su visibilidad social y su carácter estereotipado. Pero la masculinidad es algo mucho más elaborado y sutil; tan sutil que los varones además de desearla la padecen (aunque no suelen percatarse de ello). El patriarcado, por su parte, es un sistema de organización social caracterizado por la autoridad pública y doméstica del padre, y, sobre todo, por la subordinación política, social y económica de las mujeres. (Guasch, 2006: 24-25).

Suicidio, cuando la masculinidad es potenciada

La caracterización estadística o epidemiológica del suicidio muestra que en casi todos los países los varones tienen tasas más elevadas que las mujeres. Como tendencia, aunque las mujeres son quienes realizan un mayor número de intentos, los llevados a cabo por los varones tienen una mayor letalidad. Se estima en que el índice es de 7,8. Este fenómeno, denominado por algunos autores como *la paradoja de género* (Canetto, 1998, 2015), ha sido objeto de múltiples investigaciones desde distintos campos disciplinarios y enfoques. La investigación sociológica existente que aborda el suicidio entre los hombres se caracteriza por una preocupación por el impacto de la masculinidad hegemónica y se le cuestiona la falta de sostén en datos empíricos o el apoyarse en exceso en datos cuantitativos. Por el otro lado, los estudios epidemiológicos se esfuerzan por identificar variables desde distintas dimensiones sin un modelo teórico que las conecte y con formas de operacionalizar el concepto de género excesivamente simplificadas y mal utilizadas, lo que puede ser un obstáculo para comprender los significados asociados a la muerte por mano propia.

A nivel internacional, la OMS señala que la depresión afecta más a las mujeres que a los hombres. No obstante, existe una enorme dificultad para encontrar datos generales sobre la depresión masculina. A su vez, la asistencia de los varones a los servicios de salud para el tratamiento de la depresión es bastante inferior que en las mujeres. Algunos investigadores que han comprendido o explicado este hecho señalan que la depresión masculina es entendida como un síntoma de debilidad, hecho por demás contrario al atributo fuerza con el que se califica al colectivo masculino, lo que hace que los varones sufran la depresión en silencio y esta resulte invisible para el resto de la población.

Se ha dicho que los hombres expresan menos a menudo sus emociones y con menos facilidad que las mujeres (por ejemplo, internalizan o reprimen las emociones) y que, cuando lo hacen, es más probable que las exterioricen en actos como violencia, drogas, consumo de alcohol y suicidio. Addis (2011) afirma que muchos varones no son capaces de identificar sus emociones ante una determinada situación de pérdida, lo que hace más difícil la superación del duelo o la pérdida, que puede terminar en una depresión no tratada en muchos casos. El sentimiento de pérdida o desamparo se encuentra más invisible al tener más dificultades para expresar sus emociones, así como para pedir ayuda, debido al sentimiento de vergüenza que supone tener que exteriorizar lo que se considera una debilidad y, por lo tanto, una cuestión de mujeres.

Por eso, en los varones con problemas culturales o psicológicos se destaca, en general, que la percepción de incapacidad para cumplir con el rol tradicional del varón *proveedor* y *protector* hace que aflore en ellos un sentimiento de vergüenza que les impide pedir ayuda, desde el momento en que dicha incapacidad sería un signo de demostración de debilidad.

Sin embargo, investigaciones emergentes han desafiado el argumento de que los hombres son emocionalmente inexpresivos. Otros investigadores señalan que los estudios tienden a tomar al pie de la letra lo que «se dice» sobre las emociones; con una consideración mínima de los aspectos intrasubjetivos, intersubjetivos e interaccionales de la experiencia emocional o el papel del poder y la estratificación de género más amplia en la configuración de las explicaciones de las emociones, la angustia y el suicidio (de Boise y Hearn, 2017; Chandler, 2019).

Otros factores de riesgo específicos en hombres, señalados por la literatura, indican que es menos probable que los varones acudan al médico a consultar acerca de cuestiones psicológicas y más probable que reporten síntomas físicos, sin reconocerlos como señales de malestar psíquico. Esto reafirma la idea de que la depresión es diferente en varones que en mujeres.

El desempleo afecta diferencialmente desde un enfoque de género, y es a los varones a quienes afecta más el desempleo y ellos son quienes se ven con mayor vulnerabilidad social y económica, tal vez por esa imposibilidad de cumplir su rol de proveedor y sustento económico del grupo. Por otro lado, las situaciones de pobreza en los varones aumentan la prevalencia de suicidio. A su vez, el consumo problemático de sustancias y el abuso del alcohol son elementos coadyuvantes o disparadores de este tipo de conductas.

En materia de matrimonio o de familia, por un lado, las investigaciones sugieren que el matrimonio es un factor protector contra el suicidio en varones, y que la mitad del aumento de suicidios en varones jóvenes puede estar reflejando la gran proporción de solteros. Por otro, existen investigaciones que señalan que el divorcio o la separación (rupturas familiares) son factores desencadenantes. En estos casos específicos la violencia también está relacionada con los métodos de suicidio utilizados por los varones, que son más letales y, generalmente, más violentos.

Se ha intentado encontrar un perfil en casos de homicidio-suicidio, es decir, cuando ocurre el asesinato de una o varias personas seguido del suicidio del perpetrador. A pesar de la abundante literatura sobre predictores de este complejo fenómeno, los hallazgos han sido contradictorios (Rouchy *et al.*, 2020). La literatura señala que, en general, son, en su mayoría hombres, mientras las víctimas son mayoritariamente mujeres o niños. Los estudios también revelan una historia temprana de adversidad durante la infancia, problemas legales en el pasado, así como la exposición a eventos estresantes o traumáticos poco antes de cometer la acción. La mayoría de los homicidios-suicidio se realizan en un entorno intrafamiliar y ocurren en el contexto de una reciente separación, un divorcio y conflictos domésticos. También se han descrito factores psicopatológicos (por ejemplo, trastorno depresivo, convicciones delirantes psicóticas) y se ha señalado que el riesgo suicida aumenta con el nivel de proximidad entre perpetrador y víctima (Rouchy *et al.*, 2020). Existe, por tanto, una relación entre violencia y suicidio, sobre la que, como sociedad, deberíamos reflexionar.

Otro de los factores en el que se ha insistido es que los hombres tienen una mayor intención de morir que las mujeres. Se han sugerido distintas teorías para explicarlo, incluidas las diferencias en los roles de género y las expectativas sociales (Freeman *et al.*, 2017) y se han resumido estas teorías en las siguientes explicaciones:

- El estereotipo de género de que los hombres son duros y fuertes no permite el fracaso, y tal vez provoca que los hombres elijan un método de suicidio más violento y letal.
- Las mujeres, a quienes se les permite (en términos de aceptación social) la opción de expresar vulnerabilidad y pedir ayuda, pueden utilizar los intentos de suicidio como un medio para expresar su necesidad de ayuda.
- Las mujeres pueden ser más reacias a participar en un intento de suicidio serio, porque el acto se considera violento y masculino.
- Las mujeres pueden tener más probabilidades que los hombres de intentar suicidarse en un momento anterior cuando se enfrentan con angustia psicológica o enfermedad, menos por la intención de morir y más por un intento de comunicar angustia.
- Es más probable que las mujeres tomen en consideración a los demás, y consideren el suicidio en el contexto de las relaciones, lo que puede darles menos incentivos para querer morir.
- Las mujeres pueden sentirse más libres para cambiar de opinión después de la decisión de intentar suicidarse.

Más allá de estos planteos sobre la mayor intención de morir en los varones, las investigaciones no son concluyentes y los resultados son contradictorios,

ya que varios estudios que abordan las diferencias de género en la intencionalidad no han informado diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En cuanto al empleo de métodos más violentos por parte de los hombres, los expertos sugieren que los roles de género también podrían influir. Hay algunos métodos con los que una persona está familiarizada o tiene fácil acceso para usar. Por ejemplo, es más probable que los hombres estén familiarizados con las armas de fuego y las utilicen en su vida cotidiana, por lo que pueden elegir este método con más frecuencia.

Barroso (2019) encuentra que se ha tendido a explicar el hecho basándose en que estos «se han asumido a sí mismos como más violentos e impulsivos que las mujeres, y menos dispuestos a buscar ayuda como parte de una imagen de controlador de la situación. Por su parte, las mujeres consuman menos el suicidio, pero lo intentan más. Esto se explica, en comparación con los hombres, porque para algunas la muerte por mano propia tiene un mayor significado como llamado de atención. Esto, en parte, relacionado a que durante la socialización las tareas asignadas en el cuidado del hombre, los hijos y los enfermos han incidido en que la dimensión afectiva y relacional sea vital para estas» (Barroso, 2019: 130).

Suicidio, género y masculinidades en Uruguay

A continuación, se presentan algunos datos sobre la situación del suicidio en varones y mujeres en Uruguay. Demás está decir que existen contradicciones entre lo planteado en párrafos anteriores y los datos que presentamos. Se ha señalado que los datos y las investigaciones epidemiológicas, estadísticas, muchas veces con fuerte mirada positivista y simplificadora, analizan los grupos de hombres y mujeres, comparan ambas categorías y determinan, así, sus resultados. Por tanto, es probable que se encuentren (¿y encontremos?) diferencias, ya que las categorías que provienen desde las masculinidades aún no se han problematizado suficientemente.

Como señalan algunos autores, mientras mucho se ha producido para explicar la llamada paradoja de género en la conducta suicida, las lecturas subestiman o no toman en consideración la complejidad en las formas que se realizan estas prácticas, cómo se llevan a cabo y cómo son significadas por el actor y otros. Así, el trabajo empírico que incorpora tal complejidad en las explicaciones del suicidio aún está en su infancia (Apesoa-Varano *et al.*, 2018; Cleary, 2012; Oliffe *et al.*, 2017; Chandler, 2019).

Haciendo las salvedades correspondientes, los datos son por demás elocuentes y contundentes. El cuadro siguiente refleja la tasa por sexo de los suicidios en los últimos nueve años en el Uruguay. En ella se percibe claramente una presencia bastante más importante en los varones que en las mujeres.

La gráfica siguiente refleja el resultado del cálculo de la razón masculina sobre la femenina. Valores positivos nos demuestran que prevalecen

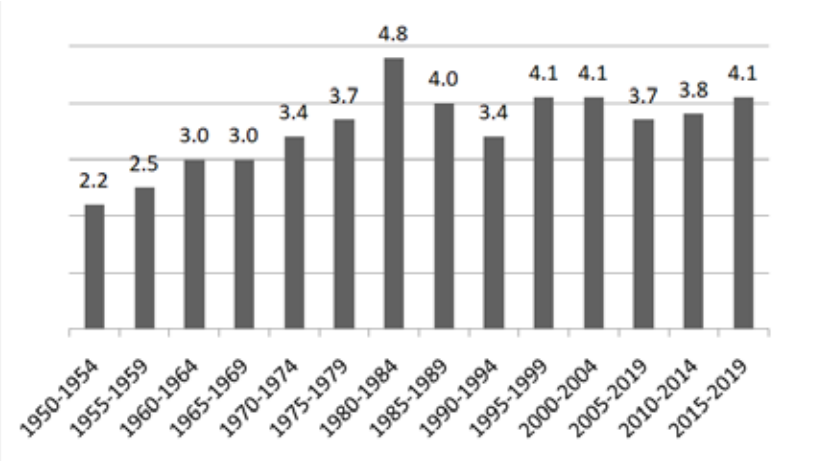
aquellos sobre aquellas. Como se ve, históricamente el suicidio en Uruguay fue un hecho masculino. Por último, se plantea una gráfica que analiza los métodos por sexo, con datos agrupados desde 2012 a 2019. Se porcentualiza por método empleado entre varones y mujeres y se percibe que las mujeres utilizan métodos que impactan menos sobre su cuerpo o imagen física, como lo es el envenenamiento o la ingesta de medicamentos.

Tasa de mortalidad por suicidio cada 100.000 hab. según sexo. Uruguay, 2010-2019.

Año	Varones	Mujeres
2010	25.84	7.18
2012	29.23	7.00
2013	25.92	6.98
2014	27.9	7.57
2015	30.41	7.37
2016	32.72	9.08
2017	32.76	7.44
2018	32.10	9.13
2019	33.67	8.21

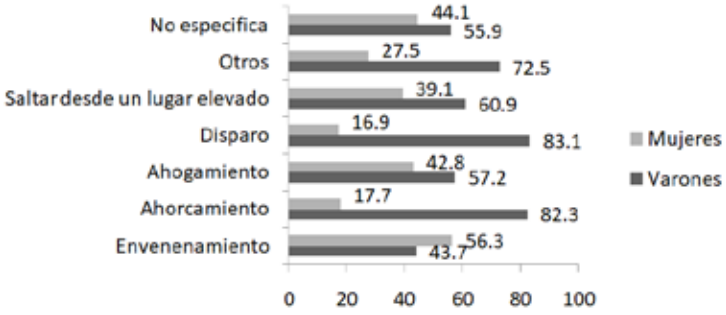
Fuente: Estadísticas Vitales, MSP.

Razón de tasa masculina sobre femenina. Uruguay 1950-2019.



Fuente: Elaboración propia basada en Estadísticas Vitales, MSP.

Suicidio según sexo y método empleado en porcentaje. Uruguay 2012-2019.



Fuente: Elaboración propia basada en Estadísticas Vitales, MSP.

Breves conclusiones

Tanto los datos que emanan de las estadísticas, así como aquellos que surgen de las notas u otros materiales de cohorte más histórico, permiten percibir evidencias para plantear hipótesis de que los suicidios masculinos, en algunas franjas etarias, en Uruguay, tienen sus raíces en esa identidad masculina que los «aprisiona» y los condena, tanto en su ser social (exterior), como en su ser psíquico (interior). Algunos suicidios son consumados por el desencadenante de rupturas sentimentales. El mero de hecho perder o separase de la pareja (más allá de la convivencia), lo que implica además un cuestionamiento a la manera de sentir, de posicionarse con cierta seguridad, percibir un poder, domino y control y, por qué no, protección de ser y mostrarse ante su grupo de pares.

Todas las reflexiones planteadas y sus evidencias hablan, por un lado, del grado de violencia física y psíquica que encarna el fenómeno y, por otro, del medio social y cultural donde se engendran y se desprenden estos hechos. En cierta manera son expresiones de la violencia estructural, porque, al decir de Carmona (2009), son vehiculizadas por estructuras económicas, políticas, sexuales o de género entre los individuos de una sociedad.

Este hecho se conjuga con la observación de que en la mayoría de los casos existían hijos o hijas en común (en aquellos casos de que no es así, igualmente se constata la presencia de hijos de anteriores matrimonios), que poco pesan a la hora la explicar o comprender el hecho desde el propio acto, dado que la vinculación filial se hace efímera y aquellos sistemas de vínculos o protección que provee la familia se vuelven contra la familia, cuando uno de sus miembros se ve amenazado de perderlos.

Una de las primeras líneas que nos planteamos proviene de lo anteriormente expuesto, es decir, de aquellas teorías que nos indican que los vínculos familiares (ya sean de consanguineidad o de adopción) y la per-

tenencia primaria que da la familia (en materia de lazos sociales) no solo ejercen una función de socialización, relacionamiento, unión e identidad, sino que, además, pueden constituirse en un agravante cuando se plantea su desvinculación por parte de uno de sus miembros. En concreto, en estos casos es el varón (en tanto ser social y ejerciendo determinado estatus en una estructura patriarcal), quien siente mayormente amenazada esa estructura, pudiéndose percibir desprotegido y cuestionado, incluso por el resto de los varones en esa misma estructura, y este puede ser el motivo consciente o inconsciente que lo lleva a cometer actos de muertes contra los seres que amenazan dicha estabilidad e incluso contra sí mismo.

Interpretar este tipo de conductas o hechos implica no solo reconocer los actos en torno a víctimas y victimarios, sino que exige superar el eslabón de la inmediatez y reconocer que los victimarios son, a la vez, víctimas de la sociedad y de la cultura en la cual nos desarrollamos como individuos.

Como sostiene Carmona:

> La ubicación de un ser humano en un lugar determinado de cada una de estas estructuras define no solamente sus oportunidades y limitaciones, sino también su participación en la economía de la violencia de su sociedad respectiva, las formas de agresión física y simbólica que puede ejercer, de un modo más o menos lícito, y las que debe soportar. Lo fundamental de esta introducción es señalar que, a menudo, de las violencias estructurales institucionalizadas a las formas abiertas y crudas, como el homicidio y el suicidio, no hay más que un paso. (Carmona, 2012: 317).

Retomando los datos e interpelando al sentido común, es importante destacar que estos hechos se producen en casi todas las edades y que la diferencia de edad en principio no es un motivo que explique o dé indicios de este tipo de conducta, que encierra, de por sí, elementos de ultraviolencia, como es matar a su (ex) pareja y luego quitarse la vida por mano propia.

Es oportuno señalar que la violencia es ejercida por el varón hacia la mujer y en parte por la sociedad hacia el varón, por lo que debemos cuestionarnos el papel y el rol que juega el varón con la mujer, la mujer con el varón y ambos con la sociedad o el sistema cultural que da soportes para actuar en una convivencia más humana y solidaria.

Este capítulo intentó poner de manifiesto que resulta imprescindible abordar la temática también desde una perspectiva más amplia que dé cabida a la violencia ejercida contra la mujer, así como a la de la sociedad ejercida contra el varón.

Resulta imperativo, como sociedad, detectar, estudiar y transformar las fallas en el sistema que forma y consolida este tipo de conducta, repensando la visión fragmentada que hay sobre el tema. No se trata simplemente de un tema judicial o policial, se trata también de un tema social que involucra a la sociedad toda.

Para concluir citaremos a dos investigadores que aportan sus palabras.

El primero es Carmona, que sostiene:

> (...) las violencias institucionalizadas y las potencias destructivas de cada sociedad se mantienen y reproducen gracias a los roles que cada orden social e histórico tiene previstos: el inquisidor, el pirata, el mercenario, el presidente de la multinacional, el preparador de reinas, el proxeneta, el caudillo, la primera dama, la novia del mafioso... Podemos decir que en cuanto un actor social desempeña un rol, "agencia" las violencias y las cargas mortíferas inherentes a ese rol, incluidas las potencias autodestructivas, es decir, se convierte en un agente de estas. Es cierto que en cada contexto social e histórico hay roles más claramente vinculados con las violencias estructurales y también roles en los cuales los comportamientos autodestructivos son más frecuentes que en otros. (Carmona, 2012: 319 y 320).

El segundo es Barroso Martínez:

> Cuando se adopta una perspectiva cualitativa desde la teoría social, fundamentalmente a partir de la sociología, la antropología o la salud colectiva, la relación entre suicidio y género se problematiza como parte del proceso de transformación diferencial de la vida de hombres y mujeres, hoy en un contexto neoliberal. Como resultado, se ha incorporado el debate sobre las exigencias sociales a las que se ven sometidos, por ejemplo, los jóvenes en el plano del empleo y la familia fundamentalmente, y la relación que tiene esto con el suicidio. No obstante, la investigación cualitativa sobre el fenómeno del suicidio no ha logrado responder satisfactoriamente la pregunta sobre la relación entre las vivencias de las sexualidades y las formas de pensar y sentir que explican la muerte por mano propia. Esto se debe a que la discusión sobre la categoría "género" se ha centrado mayoritariamente en la diferenciación anatomo-fisiológica entre sexo y género, sin que se haya avanzado lo suficiente, en el campo de estudios de la salud mental, en la discusión epistemológica sobre lo similar y lo diferente o sobre la producción del conocimiento como un determinante social en sí mismo de la comprensión del tema. Para comprender el fenómeno del suicidio desde un enfoque de género, es necesaria una perspectiva transdisciplinaria que nos permita articular los conocimientos sobre la relación entre lo general, lo particular y lo singular, lo biológico y lo cultural, repensarnos como sujetos y objetos de conocimiento a un tiempo, y generar sistemáticamente los procesos para escuchar legítimamente todas las voces. (Barroso Martínez, 2012: 62).

Para concluir, debemos analizar epistemológicamente la ruptura entre el sujeto y el objeto de conocimiento, que con frecuencia no permite a los investigadores o analistas reconocer sus propios intereses y limitaciones en el abordaje del tema.

Bibliografía

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

Apesoa-Varano, E. C.; Barker, J. C.; Hinton, L. (2018). If You Were Like Me, You Would

Consider It Too: Suicide, Older Men, and Masculinity. *Society and Mental Health*, 8(2), 157-173.
Barroso Martínez, A. A. (2019). Una revisión bibliográfica crítica a la investigación del suicidio con perspectiva de género/A critical literature review of the research on suicide from a gender perspective. *Medicina Social*, 12(2), 127-134.
Canetto, S. S. (2015). Suicide: Why Are Older Men So Vulnerable? *Men and Masculinities*, 20(1), 49-70.
Canetto, S. S.; Sakinofsky, I. (1998). The Gender Paradox in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
Chandler, A. (2019). Boys don't cry? Critical phenomenology, self-harm, and suicide. *The Sociological Review*, 67(6), 1350-1366.
Cleary, A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine*, 74, 498-505.
Connell, R. W. (2003). *Masculinidades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
De Boise, S.; Hearn, J. (2017). Are men getting more emotional? Critical sociological perspectives on men, masculinities and emotions. *The Sociological Review*, 65(4), 779-796.
Freeman, A.; Mergl, R.; Kohls, E.; Székely, A.; Gusmao, R.; Arensman, E.; Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1), 234.
Guasch, O. (2006). *Héroes, científicos, heterosexuales y gays: los varones en perspectiva de género*. Barcelona: Bellaterra.
Jaworski, K. (2014). *The Gender of Suicide*. Aldershot: Ashgate.
Kaufman, M. (1995). Los hombres el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. Luz G. Arango, Magdalena León, Mara Viveros (comp.). *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: Tercer Mundo, 123-146.
Lamas, M. (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. Papeles de Población, 5(21), 147-178.
Marqués, J. V. (1997). *Varón y patriarcado*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres, Isis Internacional, 17-30.
Meneghel, S.; Hesler, L. *et al*. 2012. Suicidio de idosos sob a perspectiva de género. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 17(8), 1983-1992.
Oliffe, J. L.; Creighton, G.; Robertson, S.; Broom, A.; Jenkins, E. K.; Ogrodniczuk, J. S.; Ferlatte, O. (2017). Injury, Interiority, and Isolation in Men's Suicidality. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 888-899.
Parra, J. A. C. (2012). El suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3(2), 316-339.
Rouchy, E.; Germanaud, E.; Garcia, M.; Michel, G. (2020). Characteristics of homicide-suicide offenders: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 101490
Roy, P. (2012). The sociology of gender: an original perspective for a better understandingof suicide in men. *Sante Mentale au Quebec*, 37(2), 45-55.
Scott, J. W. (2008). *Género e historia*. México: Fondo de Cultura Económica.
Valdés, T.; Olavarría, J. (1997). *Masculinidades, poder y crisis*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres.

Parte 3. Posvención

Capítulo 10. Posvención. La voz de los familiares

Introducción

Este capítulo tiene como objetivo acercar al lector a lo que se denomina *posvención* y compartir dos experiencias que se desarrollan en Uruguay a cargo de asociaciones civiles que trabajan para dar voz a los familiares y comunidades afectadas por el suicidio e insisten en la necesidad de concientizarnos, como sociedad, sobre la importancia de sumar esfuerzos para fortalecer la prevención, considerándola como uno de los componentes ineludibles.

La posvención refiere a aquellas acciones planificadas posteriores a la muerte por suicidio que buscan reducir los efectos traumáticos en las personas, familias, grupos e instituciones que estuvieron relacionadas con la persona que se quitó la vida. Sus objetivos principales son facilitar la expresión afectiva y el proceso de duelo a partir de la muerte repentina; lograr una mejor comprensión de lo sucedido; analizar las necesidades y distintas formas posibles de recibir ayuda y fortalecer las redes y los lazos comunitarios de los afectados. El eje reside en combatir el silencio por medio de la implementación de acciones concretas, inmediatas, oportunas y apropiadas para intervenir luego del suicidio.

La muerte por suicidio se caracteriza por ser violenta, súbita, inesperada, muchas veces silenciada en un pacto que se transmite de generación en generación. El suicidio no ocurre aisladamente, sino dentro de familias, grupos de pertenencia, instituciones, sitios de trabajos, comunidades, etc. Según la OMS por cada suicidio se estima que entre 15 a 20 personas se vean afectadas, pero el número varía y puede aumentar, considerando la perspectiva que tengamos sobre los afectados.

A dicho núcleo de personas se les denomina *sobrevivientes* evidenciando, bajo esta nominación, la categoría de tragedia del hecho y los efectos devastadores que impactan en quienes pertenecen al círculo social del fallecido. Cada sobreviviente de un allegado que cometió suicidio desarrollará su propio itinerario en el proceso de duelo y recuperación según sus recursos psíquicos personales y redes de sostén. Este itinerario se ilustra detalladamente en la experiencia que comparte Yaravi Roig más adelante, corroborando lo que refieren estudios realizados sobre las características singulares que presenta el duelo por suicidio (Acinas, 2012; Munera, 2013). Dichos estudios indican que es muy distinto a cualquier otro tipo de duelo, desencadena procesos complejos y muy dolorosos, y es necesario sortear múltiples obstáculos para su proceso de elaboración.

El estigma asociado al sujeto que cometió suicidio muchas veces recae sobre los familiares y allegados, interpela a los sobrevivientes, en tanto sufren una doble pérdida: la del ser querido y la de sostén social. El hecho de que se evite hablar de lo sucedido lo convierte en un tabú social del que no se pregunta. Al silenciar la muerte por suicidio, se la encierra en el ámbito de lo privado; se silencia el sufrimiento, se transforma al duelo en un duelo desautorizado o un duelo privado de sus derechos. La muerte por suicidio es la que, con más intensidad, pone en cuestión la funcionalidad de una familia y su contexto. Es decir, no es raro que los familiares y allegados afectados cuestionen su propio derecho a llorar o se sientan obligados a negar u ocultar el modo de muerte, ya sea por miedo a sufrir discriminación, por vergüenza, por culpa o por desconcierto, por no saber cómo enfrentarlo, desestimulando la búsqueda de apoyos. No se sienten autorizados a expresar su malestar en comparación con lo que puede suceder ante otro tipo de muerte.

Existen múltiples intervenciones de posvención que se ilustran en guías, manuales y protocolos (Gutin, 2018; Estrategia Euskadi, 2019; Jackson, 2013) y que generalmente son promovidas por asociaciones civiles, como las que se comparten en el presente capítulo. Muchos de los protocolos y guías son diseñados para ámbitos institucionales (liceos, escuelas, servicios de salud, policías, etc.), con el objetivo de orientar y pautar acciones sobre cómo abordar la muerte por suicidio de un padre, hijo, hermano, compañero de clase, de trabajo, etc.

En cuanto a abordajes específicos, los grupos de apoyo mutuo para familiares de suicidas son de gran ayuda. Las interacciones con otros sobrevivientes de pérdida por suicidio pueden funcionar como un «antídoto» contra el estigma y la vergüenza, validan y normalizan el proceso elaborativo del duelo y habilitan a integrar la pérdida, brindan conexión y esperanza.

Otro tipo de intervención de posvención, utilizado en varios países, es la autopsia psicológica o evaluación psicológica reconstructiva. Tiene como objetivo relevar información de los determinantes de una muerte por suicidio y se centra en la investigación de las causales personales del sujeto suicida y su entorno, en especial de los últimos meses de vida. Reconstruye las características personales, sociales, familiares y sintomatológicas de la persona a partir de los testimonios de sus familiares y personas más cercanas. El instrumento no solo tiene como objetivo generar estrategias preventivas, sino que también busca comprender el suicidio del sujeto en singular, generando conocimiento y a la vez efectos que desculpabilizan al entorno y habilitan a que el proceso de duelo se desarrolle, en el mejor de los casos, hacia la aceptación del hecho.

En Uruguay, si bien ha habido avances en la definición de políticas públicas en la materia por medio de la creación de la Comisión Nacional de Prevención del Suicidio (2004) y la redacción del Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay (2011-2015), en cuanto a las intervenciones

de posvención, a pesar de reconocerse la importancia de trabajar con los afectados por un suicidio, son escasas las definiciones al respecto y se centran en un enfoque sanitarista.[20]

En este contexto, cobra especial relevancia dar visibilidad a las iniciativas que provienen de la sociedad civil en el país, para fortalecer y promover la prevención del suicidio y actuar en posvención.

A continuación, se comparten dos experiencias de colectivos organizados en asociaciones civiles: Resistiré y Te Veo Mañana, que trabajan a favor de quitar el manto de silencio que cubre a los suicidios e insisten en la necesidad de concientizarnos como sociedad sobre la importancia de complementar iniciativas para prevenirlo. Consideran como requerimiento principal la implicación de todos los sectores de la sociedad y nos invitan a sumarnos.

La soledad del sobreviviente. Por Yaravi Roig

Y una vez que la tormenta termine,
no recordarás cómo lo lograste, cómo sobreviviste.
Ni siquiera estarás seguro de que la tormenta ha terminado realmente.
Pero una cosa sí es segura, cuando salgas de esa tormenta,
no serás la misma persona que entró en ella. De eso se trata esta tormenta.
Haruki Murakami

Yo soy sobreviviente del suicidio de mi única nieta; cinco meses después, organicé la Asociación Civil Resistiré, para la prevención y posvención del suicidio. Fue una tarea ardua, complicada, difícil; reunir a personas que se interesan en hablar de lo que no se habla, y lo que es más difícil aún, que quisieran trabajar en forma efectiva en la prevención, sin mencionar todos los trámites burocráticos que hubo que seguir para lograr la personería jurídica y legal, para no trabajar en las sombras, sino ser reconocidos a plena luz.

Nuestro inicio fue en la ciudad de Piriápolis, nuestro lugar de origen, pero nos trasladamos a la ciudad de Maldonado, en busca de un apoyo más efectivo. En estos cuatro años muchas personas han llegado a Resistiré con la buena voluntad de ayudar a prevenir el suicidio y otras tantas se han retirado, porque se han sentido demasiado tocadas por el tema, que les removió, tal vez, aquellos temores, mitos y prejuicios establecidos en nuestra sociedad.

20 En el 2011 se incluye, dentro del paquete de prestaciones en salud (PIAS) que deben ofrecer todos los prestadores de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, la exigencia (Decreto 305/2011), de tratamiento a través de la modalidad grupal a usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar.

Hoy tenemos un pequeño grupo trabajando codo a codo y corazón a corazón en la prevención y posvención del suicidio en el departamento de Maldonado. Nos hemos ganado la confianza de centros de salud, autoridades departamentales y de la población.

Integramos también la Comisión Honoraria Departamental de Prevención del Suicidio, del Ministerio de Salud Pública. Chocamos con dificultades materiales, locativas, humanas y pandemias, pero las sobrepasamos, sabiendo que solamente las voluntades férreas son las que consiguen obtener los objetivos trazados. Lo hemos conseguido, más allá que todo sea un día a día.

Desde el principio nos organizamos en cuatro pilares:

- Atención y seguimiento de las personas con intentos de autoeliminación, en red con los servicios de salud, referentes familiares, sociales y educativos.
- Talleres, encuentros y conferencias con centros educativos, sociales y comunales, con el fin de sensibilizar, concientizar y enseñar las formas posibles de prevención entre los ciudadanos.
- Trabajo con los medios de prensa y comunicación, en el mismo sentido. Organización de encuentros en plazas y lugares públicos en las fechas de conmemorar la prevención nacional, el 17 de julio y mundial el 10 de setiembre. Publicidad del número VIDA de ASSE (0800-0767 / *0767).
- Apoyo a familiares y sobrevivientes, en forma individual o grupal, en forma presencial o por teleconferencia.

Seguramente pensarán que en cinco meses elaboré mi duelo, pasé por todas las etapas y ya estaba lista para emprender esta empresa en la que se necesita estar muy entera para poder realizarla. No, no fue así. Luego de cuatro años continúa el duelo en forma recurrente. Porque el duelo de un sobreviviente de suicidio lleva mucho tiempo, a veces toda la vida. Sobrevivientes, supervivientes, en otros países son llamados afligidos o dolientes a los que quedan después de un suicidio. El dolor y la devastación es tan intensa que son comparados a los sobrevivientes de las grandes catástrofes naturales, terremotos, huracanes, tsunamis. Reconstruir la vida con esos escasos restos que quedaron es un arduo proceso que puede llevar muchos años, tal vez toda la vida. Como un cristal que se rompe y, por mejor pegamento y prolijidad con que tratemos de unir sus partes, siempre será un cristal roto.

¿Por qué ese dolor de los sobrevivientes es tan intenso? Porque el suicidio es la peor de las muertes. Hay muertes esperadas, como las que son al final de una enfermedad, hay muertes violentas que nos sorprenden, nos duelen y nos impresionan, como los accidentes y homicidios. Pero el suicidio es la más violenta de todas las muertes, porque es autoinfligida, es prevenible en la mayoría de los casos y nos trae una carga culpógena muy grande, al no haber advertido el gran sufrimiento intenso y profun-

do que lleva a una persona a cortar su vida. Porque el dolor del suicida es insoportable, superior a cualquier dolor físico que nos podamos imaginar. Tanto, que tiene nombre propio *Psychache*, dado por el Dr. Shneidman , creador de la suicidología, como rama de la psicología; también creó la rama llamada tanatología, la psicología forense y la posvención o ayuda al tratamiento de los sobrevivientes. La sensación de constricción, la visión de encontrarse en un túnel sin salida, construido por el sufrimiento que le da sentirse rodeado de circunstancias que no puede resolver. Su vida ha perdido sentido. El sentimiento es la desesperanza.

Haruki Murakami, escritor japonés contemporáneo, de un surrealismo posmoderno muy especial, nos describe en su libro de cuentos *Después del terremoto*, la manera en que curiosamente continuaron la vida sus personajes después del terremoto que en 1995 asoló la ciudad japonesa de Kobe.

Nos interesa analizar este texto, porque en él podemos observar el estado de shock en el que quedan los protagonistas sobrevivientes al terremoto, similar al de los sobrevivientes de suicidio. Así como las reacciones posteriores.

> Estuvo cinco días enteros sentada frente al televisor. En silencio, con los ojos clavados en las imágenes de hospitales y bancos derruidos, calles comerciales calcinadas por el fuego, líneas férreas, autopistas cortadas. Hundida en el sofá, con los labios apretados con fuerza, no respondía cuando Komura le hablaba. Ni tan solo afirmaba o negaba con un leve movimiento. Él ni siquiera tenía claro si ella llegaba a percibir su voz. Que Komura supiese ella no tenía familiares en Kobe. A pesar de ello no se apartaba del televisor. No comía, no bebía, ni siquiera iba al lavabo. No hacía el menor movimiento. Aparte de cambiar de canal con el mando a distancia. Cuando él se iba a dormir ella seguía con los ojos clavados en la pantalla en los noticieros de la madrugada. Circundada por un muro de silencio. Al final Komura desistió de dirigirle siquiera la palabra. El quinto día cuando Komura volvió del trabajo a la hora acostumbrada su esposa había desaparecido.

La primera instancia

Se inicia con un gran estado de shock con el que tiene que actuar al enfrentarse con el familiar fallecido. Muchas veces tiene que bajarlo de la soga o levantarlo del sillón donde se envenenó o envuelto en un charco de sangre, si se disparó o hirió. Luego viene la policía, el levantamiento del cuerpo, el peritaje forense, los interrogatorios. Todo es una pesadilla. Los trámites del sepelio, el entierro o la cremación.

Al volver a la casa, todo empeora. Después del suicidio hay momentos en que el sobreviviente no puede reconocer que el ser querido ha muerto. Muchos sueñan con ellos, se confortan. Otros dicen que está espiritualmente con ellos. Ven o hablan con su ser espiritual o dicen que los ven en la calle,

en la casa, en los lugares comunes. Todo esto es una forma de consolarse con su ausencia, saben que la persona ha fallecido, pero de una forma irracional creen verlo fugazmente. En el proceso del duelo esto se llama *negación*. El sobreviviente queda muy débil, ha perdido mucha energía psíquica y física. Piensa que el dolor no pasará. Se culpa por no haber podido impedir que la persona se matase, por no haber captado las señales y síntomas que manifestaba; sin poder entender la multicausalidad del suicidio, se atormenta preguntándose: ¿por qué?

Se encierra muchas veces en su habitación, no quiere hablar con nadie, no come, su mente está fijada en el hecho acaecido y en la persona que falleció. Si recordamos la reacción de la mujer de Komura, esta conducta es semejante. Tanto que al cabo de unos días abandona la casa, porque su dolor es imposible de compartir con nadie.

Son varios los factores del sentimiento de culpa que lo llevan al aislamiento, no solamente la suya, sino también la que los demás pueden llegar a atribuirle. La multicausalidad del suicidio condiciona mucho la elaboración del duelo. Suicidios de hombres después de un femicidio, por pérdida laboral, pérdida de estatus económico, por no poder mantener a la familia, por ruptura de una pareja, por desavenencia interparental, por soledad, por abandono material y afectivo, que es peor, pero todos unidos por el denominador común de la desesperanza, la pérdida de sentido de la vida. Es una emoción altamente destructiva que puede ser real o imaginaria, pero que trae consigo sensaciones de pánico, miedo a la muerte, al suicidio, a la locura, al juzgamiento, a la depresión, al sentimiento de rechazo, a la ansiedad, al insomnio, a la anorexia, a la anhedonia.

La ira. Cuando ya no es posible ocultar o negar esta muerte, comienza a surgir la realidad de la pérdida y su consecuente dolor, proyectándolo hacia afuera. Es en esta etapa donde la ira toma el protagonismo y este enojo se dirige al ser querido fallecido, a nosotros mismos, a amigos, familiares, a objetos inanimados e inclusive a personas extrañas. Muchas veces la situación económica se ve debilitada por la muerte sorpresiva y voluntaria, puede aparecer entonces un sentimiento de ira, de enojo, de no querer perdonar a la persona que se fue, que los deja sufriendo y en mala situación. Otras veces el enojo es dirigido a familiares o amigos, a quienes se les culpa de lo sucedido, al psicólogo, al docente, a uno mismo. Este enojo se vive con culpa y eso nos hace sentir más enojados aún. Las frases que podrían contener la esencia de esta etapa con: «¿Por qué yo?», «¡No es justo!», «¿Cómo puede sucederme esto a mí?». Esta comprensión del porqué de las cosas puede ayudar a encontrar una cierta paz. Las cosas malas pueden suceder también a la gente buena y las cosas buenas le pueden suceder del mismo modo a la gente mala.

Sentimientos de esta etapa: los sentimientos que se desarrollan en esta etapa son vergüenza, rabia, pérdida de confianza, aislamiento, crisis de valores. Mala resolución de cuestiones personales, abandono del trabajo,

de vínculos sociales, muchas familias se separan, culpabilizándose unos a otros. Cada persona reacciona de diferente manera, depende del grado de cercanía del suicida. Los niños y jóvenes tienden a ser subestimados dentro del grupo familiar.

La negociación. Esta fase del duelo suele ser la más breve de todas las etapas, ya que se trata del último esfuerzo para encontrar alguna manera de aliviar el dolor, por lo que supone un trabajo agotador para la mente y el cuerpo al tener que lidiar con pensamientos y fantasías que nada tienen que ver con la realidad actual. En secreto, el doliente busca hacer un trato con Dios u otro poder superior para que su ser querido fallecido regrese a cambio de un estilo de vida reformado. Se desea volver a la vida que se tenía antes de que muriera el ser querido y que este vuelva a nosotros. Se concentra gran parte del tiempo en lo que el doliente u otras personas podrían haber hecho diferente para evitar esta muerte. El deseo de volver el tiempo atrás es frecuente en esta etapa, para así haber reconocido a tiempo la enfermedad o evitar que el accidente sucediera. La frase que resume esta etapa es «¿Qué hubiera sucedido si…?». Nos quedamos en el pasado para intentar negociar nuestra salida de la herida, mientras pensamos en lo maravillosa que sería la vida si este ser querido estuviera con nosotros. Este mecanismo de defensa para protegerse de la dolorosa realidad ofrece una solución no sostenible en el tiempo y puede conducir al remordimiento y la culpa, interfiriendo con la curación. Por eso, es importante conectarse con las personas y actividades del presente y seguir una rutina que le brinde a la mente la comodidad de realizar tareas regulares.

La depresión. En esta cuarta etapa el doliente comienza a comprender la certeza de la muerte y expresa un aislamiento social en el que se rechaza la visita de seres queridos. Se siente tristeza, miedo e incertidumbre ante lo que vendrá. Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación. La frase que contiene la esencia de esta etapa es «Extraño a mi ser querido, ¿por qué seguir?». Sentimos que nos preocupamos mucho por cosas que no tienen demasiada importancia, mientras que levantarse cada día de la cama se siente como una tarea realmente difícil. Estos sentimientos muestran que el doliente ha comenzado a aceptar la situación.

En esta etapa la atención del doliente se vuelve al presente y surgen sentimientos de vacío y de profundo dolor. Se suele mostrar impaciente ante tanto sufrimiento y siente un agotamiento físico y mental que lo lleva a dormir largas horas. Además, la irritabilidad y la impotencia toman un gran protagonismo, ya que durante esta etapa se enfrenta a la irreversibilidad de la muerte.

Si bien el doliente siente que esta etapa durará por siempre, es importante considerar que la depresión de este proceso de duelo no es sinónimo de enfermedad mental, sino que se trata de una respuesta adecuada a una gran pérdida, por lo que las emociones de la depresión deben ser experimentadas para sanar. Ser paciente consigo mismo y recordar que sentir esta depresión es la manera de salir de ella.

Aceptación. Es el momento en el que hacemos las paces con esta pérdida y nos permitimos una oportunidad de vivir a pesar de la ausencia del ser querido. El doliente llega a un acuerdo con este acontecimiento trágico, gracias a la experiencia de la depresión. Esta etapa no significa que estamos de acuerdo con esta muerte, sino que la pérdida siempre será una parte de nosotros. Este proceso nos permite reflexionar sobre el sentido de la vida, así como lo que queremos de la vida a partir de ahora. La frase que resume la esencia de esta etapa es «Todo va a estar bien».

Esta etapa consiste en aceptar que nuestro ser querido se ha ido físicamente, por lo que debemos comprender que esta nueva realidad que vivimos sin él será nuestra realidad permanente de ahora en adelante. Se trata de aprender a convivir con esta pérdida y crecer por medio del conocimiento de nuestros sentimientos. Comenzamos a depositar nuestras energías en nuestras amistades y en nosotros mismos, estableciendo una relación distinta con la persona fallecida.

La rutina diaria toma un mayor protagonismo en la vida del doliente, mientras que ya no se invocan los recuerdos del ser querido con sentimientos de culpa. Esta introspección le permitirá realizar una evaluación de su vida y analizar cuál es el crecimiento obtenido durante este proceso a partir del cumplimiento de asuntos irresueltos. Esto se debe a que puede observar que las cosas malas le suceden a la gente buena y a la gente mala también, por lo que la muerte no es percibida como un castigo, sino como parte de la vida.

Estas son las etapas de duelo más conocidas, las emitidas por la psiquiatra y escritora Elizabeth Kubler Ross, y no se dan en forma lineal, ni hay un espacio temporal en cada fase, es decir, no se comienza en la negación y se termina en la aceptación o en la esperanza, de la que hablaré luego, como si fueran las estaciones de una línea de tren. Se puede haber llegado a la aceptación y regresar a la depresión o a la negación, para luego volver a la aceptación. Cada persona sigue su proceso, pero lo que es seguro es su no linealidad, más bien su intersección.

La conspiración del silencio

Es ese acuerdo, interno, familiar, donde la verdad dolorosa queda en casa, no sale de esas paredes para no ser señalados. Cuando regresan a sus casas después del sepelio, viene, como dijimos, esa terrible soledad, donde solamente se queda la familia, comenzando esa elaboración del duelo, en donde se entra en conflicto sobre cómo se conducirán en esa sociedad, donde muchas veces se miente sobre la muerte del ser querido. No se habla sobre el tema, lo saben, es un secreto a voces, pero no se menciona.

La palabra *suicidio* se borra no solo del vocabulario, sino del registro mental de cada uno de los sobrevivientes. Esa conspiración del silencio es un escudo ante la sociedad, es como sacarse la marca, ese estigma de ser

familiar de un suicida, quien no es bien visto ni por la misma familia y por la sociedad, mucho menos. Aquí es donde se enmascara hasta el dolor, tenemos que guardar las apariencias, el sobreviviente es estigmatizado hasta por muchas religiones.

> El respeto a los vivos del suicida (sobrevivientes) 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), este desborda y toca como un halo de muerte a los vivos, estigmatizándolos y culpabilizándolos, operando en un área en que la culpa lo es todo. (Nicolás Guigou. «Suicidio en el Uruguay: la violencia del silencio». *70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, p. 215).

Cómo ven realmente los otros al sobreviviente

Negación y descrédito. Cuando los sobrevivientes hablan del suicidio y lo que ocurrió después, las demás personas dan indicios de no creer el relato, lo que obstaculiza la empatía.

Minimización. Cuando el dolor de los sobrevivientes no es comprendido, sienten que hay algo malo en ellos, su dolor quizá es exagerado y que es simplemente cuestión de saber esperar para que la herida sane.

Sobrevivientes culpados. Los acompañantes, en ocasiones, comunican (directa o indirectamente) que parte de la responsabilidad del suicidio es del sobreviviente y que este pudo evitarlo.

Es frecuente que las personas cercanas al sobreviviente les den a entender que ellos mismos o el suicida tienen problemas mentales y que son individuos de alguna manera desadaptados. Estas son las heridas secundarias que hacen que el proceso del duelo se complejice un poco. El camino que deben recorrer es largo y lleno de curvas, el dolor puede tener momentos muy tormentosos; sin embargo, ellos tienen derecho a llevar su duelo a su manera y a tomarse todo el tiempo que necesiten. Quizá la vida nunca vuelva a ser la misma, pero el dolor cesará.

Derechos del sobreviviente del suicidio

- Obtener información acerca de cómo ocurrió el suicidio.
- Organizar el funeral de acuerdo a sus propias creencias.
- Considerar el suicidio como el resultado de muchas causas y que es una acción válida para la persona que la efectuó (aunque cueste admitirlo).
- Vivir su proceso de duelo sin ser juzgado ni estigmatizado.
- Tener su privacidad respecto a las emociones que el suicidio

le generó.
- Encontrar apoyo en familiares y personas cercanas o consejeros religiosos si así lo considera. Muchas veces la fe o la práctica de alguna religión o credo puede servir de sustento anímico y espiritual.
- No ser juzgado como posible suicida o paciente psiquiátrico.
- Buscar ayuda profesional en terapia psicológica, consejería o grupos de apoyo de personas en la misma situación.

En Uruguay, en realidad el sobreviviente queda librado a su posibilidad personal de obtener ayuda para trabajar su duelo. Un país que muestra cifras récord de tamaña desgracia, no se piensa en términos de políticas estatales de formar grupos interdisciplinarios para fortalecer a las miles de personas que cada año quedan desvalidas y en soledad.

¿Mencionar números? De 10 a 100 personas pueden verse afectadas por un suicidio, dependiendo del grado de cercanía afectiva. En un número promedio, de 700 suicidios anuales podemos hacer una simple multiplicación que nos dé una cantidad enorme de sobrevivientes, en un país de poco más de 3.000.000 de habitantes. Considerando, además, que un sobreviviente es también un potencial suicida. Cada uno se arregla como puede, buscando algún psicólogo o psiquiatra que le apuntale en su duelo. Otros, un apoyo religioso u orientación espiritual. Otros, nada, inmersos en la soledad y en la culpa que los abraza como fantasmas sin rumbo. Formar un equipo integrado mínimamente por un psiquiatra, un psicólogo, un asistente o trabajador social que pesquise a los sobrevivientes de cada comunidad y les brinde el apoyo terapéutico necesario, ya sea individual o grupal, sería nuestra propuesta.

Este es sin duda un tema mayor de salud pública. Nuestra pandemia es el suicidio y fortalecer al sobreviviente es de suma urgencia.

Somos ricos en profesionales de la salud, con los que se podría contar; tampoco sería una erogación muy grande del gasto público. Tener un lugar físico y profesional adecuado para que el sobreviviente se acerque, sin tener que deambular por sociedades médicas o servicios estatales, para conseguir que, dentro de tres meses, quizás, lo atienda un psiquiatra, para empezar.

El sobreviviente no está contemplado en la nueva Ley de Salud Mental, a menos que realice un intento de autoeliminación. Este centro de atención que proponemos debería ser público y gratuito, y atender de la forma más holística posible al sobreviviente. Esa es, en parte, la soledad y el abandono del sobreviviente. Promover una ley que contemple en forma directa a estas personas o que sean incluidas dentro de la Ley de Salud Mental, así como su nombre, como realmente debería decirse: Atención al Sobreviviente de Suicidio.

Encontrar el sentido de la vida

El Dr. Viktor Frankl, un psiquiatra vienés que pasó años en los campos de concentración nazis, donde perdió a su familia y sufrió todo tipo de vejaciones y torturas, como ya la historia nos ha contado, sintió en su propio ser lo que significaba una existencia desnuda, la mayor de las pérdidas, totalmente desprovisto de todo, salvo *la existencia misma*. A pesar de haber pasado frío, hambre, brutalidades, torturas, a punto varias veces de ser ejecutado, pudo reconocer que, pese a todo, la vida es digna de ser vivida y que la libertad interior y la dignidad humana son indestructibles. Ya en libertad fundó la logoterapia, método psicoterapéutico. La tercera escuela psicoterapéutica de Viena, las otras dos son las de Freud y la de Adler. Este método está centrado precisamente en la búsqueda de ese sentido de la existencia por parte del hombre que asume la responsabilidad ante sí mismo, ante los demás y ante la vida. El planteamiento no es qué espero yo de la vida, sino qué espera la vida de nosotros.

Esta desesperanza, esta pérdida de sentido de la vida es la que afecta a la persona que intenta el suicidio, lográndolo o no. Nuevamente menciono esa sensación de túnel que no le permite encontrar el sentido de su vida, más allá de las circunstancias que le causan tanto dolor. Al sobreviviente le sucede igual, hay momentos de su proceso de duelo en que siente que su vida ha perdido el sentido. Ayudémosle a entender que todas las etapas de la vida son significativas, que en este momento está transitando el camino del sufrimiento, que es parte sustancial de la vida, como el destino y la muerte. Sin ellos la existencia quedaría incompleta. Cuando hay que enfrentarse a una situación irrevocable, como en este caso el suicidio de un ser querido, puede ser también una enfermedad incurable o terminal, la vida ofrece el valor supremo de cumplir el sentido más profundo: aceptar el sufrimiento. El valor no reside en el sufrimiento en sí, sino en la actitud frente a él, en la capacidad de soportarlo.

La esperanza

Luego de haber pasado por la aceptación, no importa el tiempo que haya llevado este viaje, lo que importa es hacerlo en su totalidad, si es en compañía mejor, habremos llegado a encontrar este sentido, nos habremos dado cuenta de qué es lo que la vida espera de nosotros. Entonces, podremos reconvertirlo en generosidad, en ayudar a otros que estén transitando el camino del dolor. Podremos observar al prójimo que está manifestando depresión, soledad, necesitando que alguien le ponga atención y le tienda una mano. Podremos volver a disfrutar y a reír a carcajadas de las cosas graciosas, podremos volver a bailar, cantar, disfrutar de cosas que nos habíamos negado a hacer, porque aquella carga de culpa no nos dejaba. Fue lo que nos tocó: a la gente buena también le suceden cosas malas. De

ello aprendimos. Y, tal vez, para aquellos que creen en la eternidad de la existencia, ese ser querido que se fue, experimente orgullo y felicidad de saber que superaste el dolor y encontraste el sentido de tu vida. Volverás a llorar algún día, volverás a soñar alguna noche con ella, a extrañarla en las fiestas, en los cumpleaños y celebraciones. En cualquier momento y en cualquier lugar, pero ya te habrás fortalecido y sabrás que allá, adentro, estará siempre su llama encendida.

Te Veo Mañana. Por Stephanie Espíndola y Fermín Dibarboure

Te Veo Mañana (TVM) es un movimiento de jóvenes voluntarios que buscamos generar una comunidad más integrada implicando a todos sus actores en la prevención del suicidio. Creciendo periódicamente, desde el año 2016, hemos realizando más de 40 acciones y llegado a más de 50.000 personas, con el objetivo de fomentar la prevención del suicidio en una primera instancia, alentando al diálogo responsable, la escucha activa, la información sin tabúes y la identificación de todos como agentes de cambio.

Nuestro enfoque se centra en un abordaje innovador de la temática por medio de comunicaciones basadas en el optimismo, la empatía y la desestigmatización. Para esto desarrollamos una fuerte estrategia de comunicación mediante mensajes y conceptos claros, con lenguaje cercano a los jóvenes y transmitidos en una particular estética colorida, directa, diferente a todas las comunicaciones existentes en torno a la temática.

Actualmente, el movimiento está conformado por un equipo multidisciplinario de profesionales honorarios y voluntarios, que alientan, inspiran, informan e impulsan el tratamiento y la recuperación de personas que atraviesan estas circunstancias, siendo el nexo con organismos de salud pública y privada especialistas en el tema.

Misión: impactar a la sociedad por medio de mensajes positivos y optimistas, e información relevante sobre la prevención del suicidio, logrando mayor empatía y herramientas frente a la temática.

Visión: ser apoyo y referente para la sociedad en la prevención del suicidio.

Valores:

- Positivismo: entregamos mensajes positivos, sin prejuicios, ni estereotipos, derribando los mitos que rodean a la temática.
- Compromiso y responsabilidad: estamos comprometidos con la causa y con cada una de las personas que conviven con ella.
- Compañía: somos apoyo, amparo, cobijo y principalmente compañía, para quienes lo requieran.
- Cercanía: cada persona es única, por lo que será tratada como tal, con una atención personalizada, tratando de acercarla a los mejores especialistas y/o información.
- Empatía: buscamos ser empáticos con los demás, pensamos

que es un camino para comprender y conocer, sus motivaciones o sus comportamientos, ideas y pensamientos.

Nuestro equipo: está conformado por estudiantes, no profesionales y profesionales de diferentes disciplinas (psicología, comunicación, diseño, marketing, educación, entre otras), todos unidos por el interés en trabajar sobre la temática desde un punto de vista optimista.

En TVM creemos fuertemente que todos podemos colaborar con la prevención, actuando responsablemente como agentes de cambio en nuestros círculos y en espacios abiertos al diálogo y al intercambio de información. Si bien contamos con algunos referentes en distintas áreas que actúan como coordinadores de las diferentes acciones que realizamos, nuestra estructura es horizontal y todos pueden aportar conocimientos y vivencias tomando responsabilidad en las intervenciones. Abogamos a que cada uno tome la responsabilidad que esté dispuesto a asumir, buscando la mejor sinergia posible entre el grupo y la persona, generando una relación de mutuo beneficio.

Referentes de áreas:

- Stephanie Espíndola (fundadora/marketing): coordinación del equipo, generación de alianzas y espacios de comunicación del proyecto.
- Luciano Paris (diseño): actualización de la web, generación de algunos contenidos de comunicación digital, diseños de *merchandising*.
- Valeria Tito, Patricia Trindade (comercial): coordinación general del equipo, generación de nuevas alianzas y talleres, coordinación de los materiales.
- Fermín Dibarboure, Virginia González (educación): diseño e implementación de talleres y búsqueda de nuevas formas dinámicas de comunicación e intervención.
- Gastón Cabana, Rodrigo Quirino (psicología): soporte en el diseño e implementación de talleres, soporte en comunicación y en respuestas específicas a población de riesgo, a cargo de las entrevistas a nuevos voluntarios.
- Dinorah Margounato (innovación): generación de nuevos canales para la existencia del proyecto.

Nuestra estrategia: tomando como pilares centrales los valores mencionados anteriormente, en combinación con la creencia de que todos podemos ser agentes de cambio en este tema, hemos desarrollado una estrategia con un enfoque educativo, centrado en el participante. Así, desarrollamos nuestra comunicación y nuestras intervenciones desde un método participativo mediante técnicas o dispositivos especialmente diseñados para generar procesos con las personas y llegar a los objetivos propuestos.

Nuestra estrategia se basa en atacar el problema en las primeras etapas del proceso, por lo tanto, abogamos a la prevención constante y nuestro público objetivo son jóvenes entre 15 y 35 años, en general. Aparte de la comunicación, nuestras intervenciones educativas no están dirigidas a población de riesgo. Los casos de contacto de personas en situación de riesgo, con pensamientos de autoagresión o solicitando consejos por amigos son tratados por profesionales de la salud integrantes o cercanos al movimiento.

Nuestra estrategia se divide en tres sectores: a) comunicación, b) participación en eventos, c) talleres educativos.

a) *Comunicación*. Con la intención de difundir información de fuentes confiables, tales como la Organización Mundial de la Salud u otras organizaciones involucradas en el ámbito de la salud mental y la prevención del suicidio, generamos comunicaciones específicas o difundimos mensajes ya generados por terceros. Nuestras comunicaciones se caracterizan por nuestra particular estética colorida, terminología entendible para todos, utilización de hashtags para seguir el tema y emojis. También generamos contenidos propios basados en experiencias de los voluntarios o de usuarios que se comunican con el proyecto (ya sea por medio de los eventos en los que se participa o de medios digitales). Estas comunicaciones se difunden en plataformas digitales como nuestro sitio web y las redes sociales. Por otra parte, el movimiento cuenta con una tienda en línea donde, con la venta de *merchandising*, buscamos financiar parte del proyecto.

Por último, Te Veo Mañana produce un podcast llamado Hablemos del Tema. Es un espacio para alentar, inspirar, informar e impulsar la búsqueda de tratamiento y la recuperación, donde tratamos diferentes temas relacionados a la salud mental. El podcast se encuentra en cualquier plataforma de *podcasting* (Spotify, Google Podcast, Apple Podcast, Anchor).

b) *Participación en eventos*. Hemos participado en eventos de voluntariado acordes a la filosofía del proyecto con la intención de dar a conocer al movimiento, captar nuevos voluntarios y hacer *networking*. Nuestra participación en eventos, dependiendo de las características y el contexto, se lleva adelante a través de stands interactivos donde la gente puede acercarse, informarse, hablar del tema y participar de alguna consigna específica.

c) *Talleres educativos*. Aclaración pertinente: Si bien nuestros talleres están dirigidos a público en general (normalmente grupos de instituciones educativas, sociales o comunitarias), en todas nuestras intervenciones buscamos el respaldo de un psicólogo integrante del movimiento o el acompañamiento de profesionales de ASSE (Administración de Servicios de Salud del Estado) como soporte en caso de que algún participante solicite atención especial durante el taller.

Antes de brindar algunas cuestiones concretas acerca del taller basado en mitos y verdades, con la intención de inspirar a trabajar este tema con un grupo, creemos pertinente realizar una pequeña fundamentación de nuestro enfoque. Quienes integramos TVM creemos que uno de los di-

ferenciales que tiene el movimiento es su abordaje y que, al tratarse de una temática tan sensible para la sociedad, no queremos que se malinterprete o se banalice. Nuestros talleres se basan en un método participativo, que parte del enfoque de la recreación educativa planteado por Ricardo Lema, donde en una comparación entre la recreación, el ocio y el tiempo libre, establece a la recreación como una «forma institucionalizada de intervenir educativamente en un grupo o comunidad. Pero esta es una intervención que está organizada en torno al placer que este tipo de actividades genera; el disfrute es un componente central de la estrategia» (Lema, 2015). Así, la actitud lúdica se convierte en un factor fundamental de nuestras intervenciones y se manifiesta a través de factores estéticos (utilización de colores llamativos, el uso de mensajes claros y lenguaje jovial) y de comportamientos (actitud de apertura y escucha ante el otro, no juzgar, propuestas lúdicas).

Como dice Lema, la actitud lúdica «supone no sólo un componente metodológico, sino también una forma particular de asumir la tarea educativa» (Lema, 2015). Siguiendo lo anterior, nuestras intervenciones, basadas en un enfoque recreativo-educativo, encuentran su principal componente en los juegos y las técnicas lúdicas. Elegimos diseñar nuestras intervenciones desde este enfoque, porque el juego reúne un conjunto de características que se alinean no solo a nuestros valores, sino también a nuestros objetivos. Primeramente, cualquier intervención que se proponga utilizar el juego entiende que la *libertad* es el principal componente para la participación. Uno acepta libremente las reglas del juego y se compromete a cumplirlas y a participar. En segundo lugar, sirve destacar que el juego *es el principal motor de la actitud lúdica*, que nos acompaña a lo largo de toda nuestra vida y, además, constituye la base del pensar, el sentir y el hacer (Lema, 2015). Tercero, la recreación y el juego conectan con el placer, con sensaciones positivas, con la alegría y el disfrute. En cuarto lugar está el carácter transformador del juego, que, como bien explica Lema: «El juego no debe considerarse solamente desde su dimensión hedonista. Si bien es destacable la función del placer como dinamizador del aprendizaje, entendemos que el papel del juego en los procesos de formación radica en su capacidad para transformar la vida cotidiana» (Lema, 2015).

Por último, todos estos elementos combinados, colaboran con la *generación de resiliencia*. La resiliencia es esa capacidad de adaptarse a situaciones adversas y obtener un resultado positivo. La persona resiliente sabe «tornarse emocionalmente más fuerte y asi *enfrentar las adversidades de una manera* más positiva y sana» (Romero, 2015). Como toda capacidad, la resiliencia se puede desarrollar y la recreación es una óptima estrategia que brinda amplias posibilidades.

Así lo explica Lema cuando dice que dos de los tres fines que se les atribuyen a proyectos de formación en recreación son desarrollo social y crecimiento personal. El primero tiene que ver con integración social, cooperación, fortalecimientos de lazos familiares y la prevención de situaciones

de riesgo social. En cuanto al segundo, promover modificación de conductas, contribuir a la salud física y mental o potenciar capacidades individuales (Lema, 2015). No es el objeto de este texto ni hacer un profundo análisis teórico ni establecer definiciones complejas, pero nos parece importante brindar las claves que cimientan nuestras intervenciones.

En breve pasaremos a cuestiones más concretas en cuanto a la intervención. Basados en el enfoque descrito anteriormente, hemos desarrollado un taller que podríamos llamar nuestro «buque insignia», que se llama *Derribando mitos y verdades para favorecer la prevención del suicidio.* Pero para entender nuestra concepción de taller educativo, nos remontamos, de la mano de José Agustín Cano, a sus orígenes en los antiguos talleres medievales de producción artesanal, donde primaba el carácter productivo, pero también jugaba un papel muy importante la creación artística. Según el autor, algunos principios del taller medieval están presentes en nuestra idea de taller educativo: «la integración del trabajo manual con el trabajo intelectual, la reunión de personas trabajando en torno a una tarea común, la transformación colectiva de una situación, y la creación colectiva de una nueva forma o producto» (Cano, 2012).

Siguiendo con estos principios, Cano establece una definición de taller en el ámbito de la educación popular que nos resulta útil para entender nuestra intervención: «Intentando una suerte de definición, se podría decir que el taller en la concepción metodológica de la educación popular es: un dispositivo de trabajo con grupos, que es limitado en el tiempo y se realiza con determinados objetivos particulares, permitiendo la activación de un proceso pedagógico sustentado en la integración de teoría y práctica, el protagonismo de los participantes, el diálogo de saberes, y la producción colectiva de aprendizajes, operando una transformación en las personas participantes y en la situación de partida» (Cano, 2012).

Como dijimos al comenzar esta sección, hemos hecho todo este recorrido, porque al tratarse de una temática tan sensible para la sociedad, no queremos que se malinterprete o se banalice nuestro enfoque. Nuestras actividades están basadas en la participación activa de todos y no solo en la transmisión de conocimientos. Por lo tanto, nuestro taller está diseñado para generar un ambiente que predispone a la apertura y al aprendizaje para acercarse a los mitos, derribarlos y producir entre todos una lluvia de ideas sobre posibles acciones a realizar en la institución[21] para fomentar la prevención.

Aspectos concretos acerca de la intervención: El taller es perfectamente adaptable a grupos de distintas edades y contextos y está planificado para una duración de dos horas mediante cuatro bloques. No recorreremos el paso a paso en esta ocasión, pues se nos iría de largo y para eso estamos

21 Normalmente somos convocados por instituciones educativas o sociales para realizar el taller con grupos. En el caso de realizar la actividad con público abierto, esta última parte se enfocaría en comportamientos individuales que podemos cambiar y que nos lleven a mejorar la situación como comunidad.

desarrollando un manual de facilitación del taller para compartir. Lo que haremos es brindar algunas claves de la lógica con la que trabajamos, que, quizás, puedan servir como inspiración para realizar una nueva actividad.

El taller gira en torno a una técnica central[22] que nos permitirá discutir acerca de los mitos. Luego de romper el hielo, una introducción contextual y una introducción al concepto de mito, hacemos la técnica de los espejos. Como entendemos que los espejos no son un material recurrente en cualquier institución, explicaremos una versión simplificada sin ellos. Lo que hacemos es dividir los mitos en dos, es decir, el mito completo sería: «Los profesionales de la salud son los únicos que pueden prevenir suicidios» y hacemos dos tarjetas: 1) «Los profesionales de la salud» 2) «son los únicos que pueden prevenir suicidios». Así con todos los mitos.

De esta manera, tenemos tarjetas, con medio mito cada una, que repartiremos al grupo (una por persona). Jugaremos a intercambiarse las tarjetas, invitaremos al grupo a moverse por el salón (puede ser al ritmo de la música) y a medida que caminan y se cruzan con alguien, intercambian la tarjeta. Luego de varios intercambios, detenemos a los participantes (si aplica, paramos la música) y los invitamos a leer la tarjeta y encontrar su complemento. Deben buscar la otra mitad de su mito y formar una pareja. Una vez corroborado que los mitos están formados correctamente, los invitamos a conversar acerca de este mito.[23] Luego de unos minutos, podemos repetir el proceso de intercambio de tarjetas para formar nuevas parejas o bien se pueden unir parejas para agregar mitos distintos a la conversación y formar grupos más grandes. Para finalizar se puede brindar a los grupos la lista completa de todos los mitos y, luego de discutirlos y derribarlos, pasar a una etapa de lluvia de ideas sobre acciones de prevención. Esperamos que este recorrido te ayude o inspire a trabajar la temática con tus grupos y, si quieres replicar esta técnica, pero tienes alguna duda sobre cómo realizarla, no dudes en ponerte en contacto con nosotros y estaremos encantados de darte todo el soporte que nos sea posible para que puedas realizar la actividad.

¿Dónde se encuentra TVM?

- Sitio web: holatvm.com
- Correo electrónico: hablemos@holatvm.com
- Redes sociales (Facebook, Instagram, Twitter y LinkedIn): @holatvm

¿Querés ser voluntario? Si te interesa el enfoque del movimiento y te gustaría colaborar como voluntario, te invitamos a entrar en holatvm.com/voluntarios y llenar el formulario correspondiente. A partir de ahí, nuestro

22 La técnica de los espejos es un dispositivo de movimiento que permite la interacción de los participantes utilizando espejos pequeños individuales e instala un clima lúdico que nos permitirá armar parejas y equipos para la siguiente etapa del taller.

23 Esta técnica permite mezclar a los participantes de manera aleatoria, instándolos a conversar con alguien que quizás nunca hablan.

equipo de comunicación se pondrá en contacto contigo.

¿Querés ayudar de otra forma? ¡Todos podemos hacer algo por el tema! Podés desde compartir nuestro contenido en tus redes, hasta contactarnos con instituciones/centros/grupos que quieran que realicemos uno de nuestros talleres.

¿Te gusta nuestra estética? Ingresá a nuestra web para encontrar la tienda con todo nuestro *merchandising*; este nos ayuda a seguir funcionando.

Bibliografía

Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 2(1). Disponible en: <https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf>.

Avalia-t. (2010). *El día después del suicidio de un familiar o allegado. Información para familiares y allegados*. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Diadespuessuicidio.pdf>.

Lema, R. (2015). La recreación educativa como proyecto de formación. *Páginas de Educación*, 3(1), 135-159.

Cano, J. (2012). La metodología de taller en los procesos de educación popular. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 2(2), 22-52.

Gobierno Vasco (2019). Estrategia de Prevención del Suicidio en Euskadi.

Gutin, N. (2018). Helping survivors in the aftermath of suicide loss. *Current Psychiatry*, 17(8).

Jackson, J. (2003). *A SOS Handbook for Survivors of Suicide*. Asociación Americana de Suicidología. Disponible en: <https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/SOS_handbook.pdf>.

Jordan, J.; Mc Intosh (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for de survivors*. New York: Routledge.

Larrobla, C.; Hein, P.; Novoa, G. et al, (2017): *70 años de suicidios en Uruguay*. Montevideo: CSIC-UDELAR.

Lema, R. (2015). Enfoques y modelos de la recreación en el Uruguay. *Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte*, (3), 85-95.

Lema, R.; Machado, L. (2013). *La recreación y el juego como intervención educativa*. Montevideo: IUACJ.

Munera, P. (2013). *El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental*. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.

Murakami, H. (2000). *Después del terremoto*. Tusquets.

Dr. Niemeyer. R Departamento de Psicología . Universidad de Memphis. Entrevista disponible en: <http://fundipp.org/neimeyer-duelo/>.

Romero, C. (2015). La recreación en el fomento de la resiliencia. *Revista de Ciencias de la Actividad Física*, 16(1), 63-80.

Kubbler Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. USA: Macmillan.

T. Mitchel Anthony (1994). Suicidio Cómo saber que su adolescente está en peligro. UILIT.

Capítulo 11. La sociedad uruguaya y el suicidio

No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio.
Juzgar si la vida vale o no vale la pena de vivirla es responder a la pregunta
fundamental de la filosofía.
Albert Camus (*El mito de Sísifo*)

A modo de introducción

Este capítulo contiene percepciones, problemas, interrogantes y propuestas de la sociedad uruguaya sobre el suicidio y los intentos de autoeliminación. La información fue relevada en múltiples actividades que el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida desarrolló en sus diez años existencia.

En efecto, este Grupo organizó y participó en innumerables actividades de difusión y formación como cursos, encuentros, talleres, ponencias, intervenciones periodísticas, investigaciones, presentaciones de libros, entre otras. Esas acciones, generalmente abiertas y gratuitas, posibilitaron el acercamiento de sus integrantes a diferentes organizaciones públicas y privadas, a profesionales de la salud y de la educación, a integrantes de la sociedad civil y del mundo político, a familiares sobrevivientes de sujetos suicidas, a personas con experiencias personales de intentos y a simples ciudadanos sensibles al fenómeno que concurrieron a esas reuniones, ya sea por simple curiosidad, en busca de respuestas o en un intento por otorgar sentido a un acto humano de difícil comprensión. Por lo tanto, hay que explicar que los conceptos y expresiones que aparecen entrecomilladas acá son textuales de ese heterogéneo grupo de personas, verdaderos autores de este capítulo, que nos enriquecieron con sus aportes.

La experiencia del trabajo desarrollado en estos años nos permite afirmar que el tema convoca fuertemente. Es habitual que esas convocatorias sean la oportunidad para que algunas personas se acerquen para manifestarnos en privado sus experiencias personales indicando la necesidad de compartir y ser escuchados.

Incluso hemos constatado que la sola enunciación pública de nuestro campo de estudio centrado en el suicidio suele despertar la implicación de los otros, la necesidad de compartir sus experiencias vitales, existenciales, las que, según afirman, muchas veces se habían mantenido ocultas. Es así que en esos encuentros tanto sobrevivientes como personas con experiencias de intentos de autoeliminación declararon pública y voluntariamente

su implicación con la temática, aunque no siempre se había previsto esa situación. Una urgencia vital señalada por Camus y luego retomada por muchos otros autores, como Cohen Agrest, que emerge en los sujetos «en busca de sentido». Ese intento por encontrar sentido a la posibilidad que tienen los seres humanos de anticipar su fin estuvo presente en intervenciones públicas de algunos protagonistas de intentos de autoeliminación que relataron sus experiencias y exhibieron sus marcas, entendiendo por estas no solo secuelas físicas y mentales. En esos testimonios el intento fallido fue interpretado como una nueva oportunidad, ya que, según ellos, les había permitido resignificar su vida.

Para comprender el efecto que un intento de autoeliminación puede tener en la vida de un sujeto cabe recordar a un asistente que declaró, frente a todos, que su ceguera actual, producto del intento, finalmente «le había permitido ver». Intervenciones como estas permitieron al grupo comprender la importancia de generar diálogos y buscar formas de habilitar la palabra en la sociedad. Estas acciones y el aporte de los asistentes fueron registrados y luego recopilados.

Ahora, en tiempos de pandemia, parece necesario volver a revisar esas contribuciones para poder comprender mejor la sociedad en que vivimos, para diseñar acciones adecuadas que permitan afrontar los posibles efectos de esta situación social excepcional, de mayor aislamiento y soledad generada por la COVID-19.

Los estudios sobre el suicidio muestran que es una construcción sociocultural, variable a lo largo del tiempo, visible en discursos y actitudes, acorde a los valores de la época, presente en los sujetos, en su subjetividad. Por ello, aportar elementos para comprender las características actuales de la sociedad uruguaya, supone intentar aproximarnos a su sentido actual. Como sabemos, el suicidio en Uruguay es un fenómeno estructural, recurrente y creciente, que involucró a figuras relevantes de distintos ámbitos de nuestra historia, como Abdón Porte, Horacio Quiroga o Baltasar Brum, entre otros. Aunque el significado del suicidio de estas figuras emblemáticas es debatible y admite interpretaciones diversas, una primera pregunta que conviene hacer ahora es: ¿qué significan el suicidio y los intentos de suicidio en el Uruguay de hoy?

La significación del suicidio en Uruguay

En algunos encuentros se debatió sobre este aspecto, como un grupo de talleristas que en su reporte se interroga: «Suicidio: ¿genético o construcción social?, ¿herencia: mito o realidad?». Sin embargo, algunos de los aportes repetidos por los asistentes a estas actividades desarrolladas por el Grupo son: desde lo personal, el reconocimiento sobre «La dificultad para hablar del tema», es decir, poder hacerlo «explícito». Se habla de una forma de «resistencia», un mecanismo defensivo de «negación del tema». Se lo

asocia con otras ideas también muy repetidas sobre el sentir de la sociedad uruguaya en relación al suicidio y al intento de autoeliminación y una actitud: «Un tabú, un rechazo social, un no reconocimiento».

Al mismo tiempo, los participantes reclamaban «hay que concientizar, humanizarlo». Sin ser expertos, los participantes señalaban lo mismo que aparece en un texto especializado.

A modo de ejemplo, Bauzá expresa:

> Hablar sobre el suicidio o solo evocar su nombre resulta una cuestión tabú, como si el mencionarlo implicara temor a convocarlo. Aún hoy, se trata de eludir el uso de esa palabra, se la silencia, se la disfraza con eufemismos, se le evita. (Bauzá, 2018: 65).

Quizás por eso es que en algunas de las últimas actividades en las que Grupo participó se invitó a los asistentes a compartir sus experiencias. Fue muy gratificante constatar que, si se habilita la palabra, incluso en público, las personas se muestran dispuestas a socializar sus vivencias, algunas veces lejanas en el tiempo cronológico, pero que denotan la actualidad, el peso afectivo y emocional que el intento o el suicidio protagonizado por un ser querido generó en sus vidas.

Los participantes confesaron «miedos», «enojo», hablaron de «impulsividad» y de «vergüenza», de «*bullying*» para hacer referencia a los efectos del suicidio y el intento de autoeliminación frente a una sociedad que les parece muy estigmatizadora. De este modo, las reuniones permitieron visualizar la importancia para el Grupo investigador de la capacidad de escucha como herramienta para comprender el fenómeno que nos convoca.

Algunas características de la sociedad uruguaya

Además del estigma social del suicidio en la sociedad uruguaya, se habló de una «cultura competitiva, presión y exigencia ligada al éxito», caracterizada por el «hermetismo, apatía, falta de comunicación», con un «individualismo acentuado» y de «fragmentación» social. Para algunos asistentes del interior o de la capital esto expresa una «falta de cohesión social»; para otros, de una «ruptura del entramado social», lo que supone la falta de lo que algún grupo caracterizó como una carencia de «espiritualidad colectiva».

Un grupo de talleristas profundizó aún más en estos aspectos: «Comunidad con carencias: afecto, compromiso, tolerancia, solidaridad, (falta de involucramiento de la comunidad), la sociedad no participa, aun teniendo los espacios, no se ve como un problema social, no se responsabiliza, juzga y no da tanta ayuda». Se habla recurrentemente de «aislamiento», «soledad», el «no sentirse perteneciente a algún lugar», es decir, «no adaptarse o no encajar». Como correlato de esa escena, se habla de «falta de diálogo» a todos los niveles, «poca empatía» para ponerse en el lugar del otro, la

presencia de «vínculos superficiales». Esas relaciones efímeras en las que el «sentirse un peso para el otro» o que «la tristeza no vende» no es un buen escenario para contener un intento de autoeliminación o tolerar un suicidio. Los asistentes del interior señalaron en varias oportunidades la «falta de perspectiva en el futuro» y la «desesperanza». También, con mucha lucidez, relacionaron el fenómeno de una «migración interna hacia ciertas regiones del país» y sus vínculos con «el suicidio, el desarraigo, la desesperanza, la falta de proyectos en poblaciones específicas».

Está claro que en un país de migrantes como Uruguay operan con fuerza en nuestra idiosincrasia la nostalgia por las raíces idealizadas y las dificultades impensadas que suelen surgir en este lugar distinto, nuevo, elegido para vivir. Hasta qué punto estos aspectos tienen relación con el intento de autoeliminación y el suicidio es una tarea que aún resta por hacer. Es interesante que, en coincidencia con la literatura especializada, los asistentes afirmaran que «No solo es un tema económico, pero el desempleo y la búsqueda de trabajo son factores de riesgo».

El público que participó en los encuentros del grupo también aportó información en torno a las tres franjas etarias claves para el tema que estamos estudiando. Con relación a los adolescentes se habló de algunas características: «Baja tolerancia a las frustraciones, conducta imitativa»; se mencionaron «conductas de riesgo como cortes, picadas, motos». Asimismo, se habló de «falta de adultos referentes» o «de malas decisiones de los adultos responsables». Especialmente en el interior se reclamó «falta de espacios y actividades recreativas en general y para jóvenes». En lo relativo a los adultos mayores el tema apareció con menor intensidad, aunque las cifras muestren que el mayor número de suicidios en el país está en los adultos mayores. En este sentido, algún grupo habló del «estigma del viejo» y se reflexionó que «el fenómeno está más invisibilizado»; finalmente, se preguntaron si había «soledad, maltrato» para hablar enseguida de «depresión».

Otra población de riesgo son las personas privadas de libertad, sobre las cuales un grupo de estudiantes que trabaja en cárceles, en su trabajo final de un curso sobre suicidio, lúcidamente expresó: «Desde nuestra labor diaria notamos la falta de deseo en muchos de ellos, las dificultades para poder pensar alternativas o posibles estrategias para el futuro, la falta de proyección… vemos la hostilidad presente en los internos para consigo y con los demás… Quizás estas tengan que ver con la propia vida en prisión, con la ruptura en sus vínculos, con el sufrimiento, el aislamiento, la soledad».

Aunque en Montevideo se reconoce «mayor acceso a la salud y a profesionales de salud mental; así como a la posibilidad de realizar actividades culturales, deportivas y redes de apoyo, especialmente para los adolescentes», se considera que, como contrapartida, la capital tiene «vínculos más despersonalizados». También en Montevideo parece mayor la preocupación por las «adicciones (psicofármacos, sustancias tóxicas y psicoactivas) cuyo acceso fácil son un factor de riesgo en suicidio».

Percepción y críticas sobre las realizaciones en el país

En cuanto a la visión del país, se percibe «escasa investigación acerca de las causas y los mecanismos de abordaje». Si bien se reconoce que hay «más sensibilización social, se habla más, más interés en salud mental… (hay) falta de información sobre el suicidio en todos los niveles —familia, centros educativos—» o sobre dónde recurrir o qué hacer, aunque «ahora parece haberse difundido más». En este sentido, se señala la importancia de «las modalidades de abordaje específico como organizaciones sociales». Los informantes reconocen la importancia de una nueva normativa vigente, pero afirman que «no se cumple o no la saben usar» y también destacan «el trabajo de las instituciones en redes, actividades de seguimiento y difusión». En particular, valoran «el conocimiento de los datos de intentos de autoeliminación, el formulario de registro obligatorio», y hablan de la importante labor que cumple la «Línea Telefónica».

En cuanto al seguimiento, expresaron que «hay deficiencias y falta derivación». Algún grupo de asistentes en forma clara reconoce que «hay trabajo de instituciones», pero en forma crítica señalan algunos problemas: «Pocos recursos o poca operatividad, con lentitud, poca formación y capacitación y herramientas a los profesionales involucrados (salud mental)». Asimismo, hablan de «debilidades en la comunicación interinstitucional», que es «lenta o inexistente». En lo relativo al tiempo, además, se especifica «lentitud en la toma de acciones y en interacción entre instituciones, pero escaso tiempo de trabajo de los profesionales» con relación a los tiempos adjudicados a los profesionales para la atención en los prestadores de salud.

Desde el personal de la salud se habla de un «trabajo aislado» y piden «desarrollar la comunicación entre pares». En esta misma línea de pensamiento, una psiquiatra que trabaja en el tercer nivel de atención decía en una entrevista: «Me gustaría no trabajar presionada, porque eso es terrible, porque implica un estrés el tratar de sacar el paciente; ya en la primera entrevista tengo que diagnosticar, porque si tengo que aplicar electroshock me da apenas el tiempo de terminarlas. Tenés la presión de que lo tenés que sacar vivo. sí, por eso uno está quemado, si tuviéramos más tiempo…». En los discursos se percibe la importancia del trabajo en redes «las institucionales como una fortaleza», pero «la red de salud, aunque sola no puede abordar el tema» se deben «incorporar otras miradas más allá del ámbito de la salud mental», porque si no, «¿cómo llega ese trabajo a la comunidad?».

Si bien se percibe la importancia de la red familiar, se considera que la «inestabilidad de las familias, no siempre (son) aptas para tratar el tema» y en cuanto a las redes sociales o comunitarias se preguntan «beneficio, pero ¿cómo desarrollar?». Reclaman que hay «escasa atención a familiares» y afirman que «no se cuida al que cuida (sin atención psicológica)».

Con respecto a la educación, se expresaron al mismo tiempo críticas

y sugerencias: «centros educativos: poco trabajo en el tema, conflictos, trabajar en vínculos saludables, falta de compromiso de los docentes, temor a herir sensibilidades». Asimismo, se mencionaron otros actores como la «importancia de policía comunitaria, pero escasez». El interés y la participación de integrantes del cuerpo policial por este tema se presentó con su carga de interrogantes en un trabajo final de curso. Además de asegurar que el suicidio es un problema grave entre sus integrantes, en él un policía dijo: «Como policía prefiero enfrentarme a una banda de delincuentes que enfrentarme a un IAE con un arma en su mano; a los delincuentes los enfrento y tengo la convicción de hacer lo correcto, para eso me capacitaron, me entrenaron, al menos se supone. Pero ante un IAE… ¿Y por qué la policía? Pues, porque tendrá que estar capacitado para atender casos de suicidios, documentar milimétricamente, entrevistar a los «apabullados» sobrevivientes, descolgarlo, revisar sus pertenencias, cargarlo con sus propias manos hasta el móvil policial y dar la noticia a la familia, investigar todo el entorno y sugerir a la justicia otras diligencias propias de otras áreas. ¿Cuántos profesionales o trabajadores estarán expuestos a esta tormenta de cargas emotivas?». También se mencionó en los encuentros un pedido a los medios de comunicación: «La prensa (debe) comunicar adecuadamente».

Con relación a los medios de comunicación y particularmente a las redes sociales, en un trabajo final de un curso sobre el suicidio en Uruguay un grupo de estudiantes expresó su impacto por el tratamiento del tema, que, según expresan, «se maneja la problemática de forma tan explícita y poco cautelosa, sin tener en cuenta el efecto que pueda tener en la vida de las personas».

A modo de conclusión, preguntas y sugerencias

La información reseñada ha permitido crecer al Grupo que firma este libro y una retroalimentación que posibilita diseñar investigaciones futuras, corroborar o refutar autores, comprender mejor el sentir de los uruguayos en torno al tema que nos convoca. Por eso, a la hora de concluir es necesario volver a sus aportes.

En lo relativo a la sociedad, se considera prioritaria la «Prevención sistemática, continua: lo importante. fortalecer la autoestima». Asimismo, la «importancia de la voluntad y el compromiso de las personas, compromiso de la comunidad», porque los «agrupamientos, la solidaridad, los apoyos, permiten detectar».

Pero se preguntan: «¿Cómo la sociedad pone la temática en la agenda pública y de la gente? ¿Cómo visibilizar más? Dificultades para generar proyectos, implementarlos y bajarlo a lo público, a la gente, ya que están inscriptos en la salud mental y no en lo social». En tiempos de COVID, en que el lazo social presencial se dificulta parece importante reflexionar sobre ese deslizamiento que se percibe aquí, en estas últimas interrogantes:

de un grupo humano que pasó de una espera pasiva por la solución que el experto pudiera aportar hacia el necesario empoderamiento de la sociedad, única capaz de generar cambios significativos en el tema que nos convoca.

En cuanto al Grupo investigador, ha sido la oportunidad para interrogarnos: ¿hasta qué punto los déficits simbólicos de la cultura local (Guigou) relacionados con procesos históricos de secularización, laicización, homogenización y medianía, también mencionados en los encuentros, se relaciona con la conducta suicida en el Uruguay de hoy? Asimismo, nos preguntamos sobre la incidencia que esa sociedad, caracterizada como competitiva, fragmentada y estigmatizadora, puede tener para generar mayor conducta suicida en tiempos de aislamiento social. Finalmente, cabe agregar que todas nuestras actividades nos permitieron visualizar la importancia de continuar tematizando sobre el suicidio y el intento de autoeliminación en el país, de generar actividades de investigación, difusión y comprensión de la sociedad uruguaya, de desarrollar acciones que potencien el diálogo la escucha y el acompañamiento, así como crear redes de contención y apoyo.

Bibliografía

Bauzá, H. F. (2018). *Miradas sobre el suicidio*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Camus, A. (1951). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial.

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

Guigou, N. (2017). *Suicidio en el Uruguay: la violencia del silencio en 70 años de suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 Entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC-UDELAR.

Parte 4. Información

Capítulo 12. Develando estigmas y mitos

Introducción

El presente capítulo plantea una panorámica para dar continuidad al abordaje de esta difícil temática. De esta forma, encontrará los principales estigmas y mitos que envuelven la problemática en los procesos de muerte y en los procesos de muerte por mano propia. Es importante tener en cuenta que el hecho encierra, en las sociedades occidentales, y específicamente en la uruguaya secularizada, profundos mitos que, de por sí, presentan dificultades para su comprensión y abordaje. Si a este hecho le sumamos la muerte por mano propia, lo anterior se agudiza aún más.

En este sentido, hablar de suicidio en los tiempos actuales remite necesariamente a destacar uno de los temas que en pleno siglo XXI persiste, no solo como tabú, impidiendo su abordaje, además como enigma implicando incertidumbres sin respuestas y, por último, un estigma que recae en, además del suicida, en sus familiares y allegados. Esto lleva a que, consciente o inconscientemente, la sociedad cubra con un manto y lo oculta, lo silencie y lo condene. 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.

Sin embargo, antes de adentrarnos en la conducta suicida, entendemos necesario mencionar, brevemente, ciertos aspectos vinculados a la muerte en un sentido general. Para algunos autores (Martínez, 2003) la muerte moviliza creencias y valores que se instauran en el imaginario social y que son producto de representaciones que se transmiten generacionalmente. Otros, como Becker (2003), plantean que el ser humano tiene como motor primario y básico de su comportamiento la necesidad de controlar los sentimientos de ansiedad básica y miedo, por lo tanto, pone en funcionamiento el mecanismo de negar el miedo que le provoca el proceso del morir. Dicha ansiedad tiene sus orígenes en los sentimientos de abandono e indefensión que aparecen con cada separación que se va dando a lo largo del cicló vital individual. Con esos sentimientos nos enfrentamos al mundo y a la muerte como destino.

Becker lo describe como:

> Este es el terror de haber emergido de la nada, tener un nombre, conciencia de sí mismo, sentimientos íntimos profundos, un agudísimo anhelo de vivir y autoexpresarse, y, sin embargo, pese a todo esto, morir. (Becker, 2003: 11).

Los procesos de morir encierran una actitud, debe tenerse presente que esta es una respuesta evaluativa con relación a un objeto o situación, que involucra aspectos cognitivos, afectivos y comportamentales. El componente cognitivo hace referencia al conjunto de creencias e información que la persona tiene sobre el objeto y que conduce a una evaluación favorable o desfavorable; el componente emocional se relaciona con la valoración de la situación u objeto en términos positivos (atractivo) o negativos (indeseable) asociado al estado afectivo respectivo; el componente conductual, por su parte, es el elemento motivacional de la actitud que englobaría la intención conductual de responder ante el objeto, en función de la aceptación o rechazo (Gesser, 1987).

Wong (2001) argumenta que tanto el miedo como la aceptación ante la muerte están relacionados con la búsqueda de un significado personal. El miedo a la muerte es la respuesta consciente que tiene el ser humano, mediado por el temor a la pérdida de sí mismo, a lo desconocido, al dolor y al sufrimiento y al bienestar de los miembros supervivientes de la familia. La evitación corresponde a una actitud de rechazo ante la muerte y ante toda situación, diálogo, lugar, que se asocie con ella. Finalmente, la aceptación de la muerte involucra tres tipos de situaciones: 1) aceptación neutral: definida como la ambivalencia presente en la persona ante el tema de la muerte, expresada con un temor normal ante la muerte, pero también con cierta aceptación ante su posible llegada, en donde se la acepta como un hecho innegable; 2) aceptación de acercamiento: relacionada con creencias religiosas, en donde se tiene una mayor confianza y está presente la creencia de una vida feliz después de la muerte; y 3) aceptación de escape: se presenta en las personas que carecen de habilidades de afrontamiento eficaces para enfrentar el dolor o los problemas de la existencia, por lo tanto, la muerte se puede convertir en una alternativa y puede ofrecer el único escape ante las emociones negativas. La ansiedad ante la muerte ha sido definida como una reacción emocional producida por la percepción de las señales de peligro o amenazas reales o imaginarias, a la propia existencia que puede desencadenarse por estímulos ambientales, situacionales o disposicionales, relacionados con la propia muerte o ajena (Templer, 1970).

Por tanto, el abanico de actitudes con respecto a la muerte es amplio y puede ir desde un afrontamiento racional y afectivamente de la realidad hasta la angustia intensa que conduce a actitudes de negación y evitación. En este sentido, Kubler-Ross (1969) indicó que las personas no siempre enfrentan a la muerte desde actitudes negativas (negación y evitación), sino que también pueden asumirla como una parte integral de la vida, es decir, se enfrenta a la muerte con actitudes positivas (aceptación ante la muerte), por lo que estar vivo supone vivir con la muerte y con el proceso de morir.

Es importante considerar que desde una perspectiva psicológica la muerte es considerada como un proceso y no como un hecho puntual (Kastenbaum, 1977). En él esta es contemplada desde tres aspectos a saber:

biológico, psicológico y social. Si bien el concepto de la muerte es general, su significado va a variar según la perspectiva desde la cual se la analiza, de esta forma se podrá observar un abordaje fisiológico, médico, psicológico, antropológico, etc.; así, la muerte pasaría a ser: realidad, percepción, situación, acto, etc. (Blanco, 1993).

Según Tobal (1990) se entiende por ansiedad aquella respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos, así como elementos motores, y como respuesta responde a estímulos o acontecimientos externos o internos de las personas, como lo son las creencias, los pensamientos, los recuerdos, etc.

Los estudios con relación a lo que moviliza la muerte son variados y en algunos de ellos se hace una distinción entre los términos *miedo* y *ansiedad* (Feifel, 1990; Dobler, 1974; Neimeyer, 1997). Según algunos de estos autores el miedo podría ser considerado como algo específico y consciente frente a una situación o algo definido y pasible de ser identificado, mientras que la ansiedad sería algo más generalizado y de carácter inconsciente, pero inespecífico con relación a un objeto. De acuerdo a Limonero (1997), la ansiedad que se genera ante la muerte hace referencia al miedo a dejar de existir, mientras que el miedo a la muerte sería al proceso de morir (agonizar, sentir dolor, etc.).

Resulta evidente que existe una seria dificultad, muchas veces, tal vez demasiadas, de afrontar que la soledad, el miedo, el abandono y la impotencia componen el último acto de la vida. Teniendo en consideración el panorama planteado, es importante observar que los denominados sobrevivientes, por diferentes circunstancias vinculadas al tipo de muertes y los estigmas asociados, se retiran o aíslan más de sus redes sociales (comparados a otros tipos de muertes) y generan sentimientos de culpa y frustración, coayudado por el rechazo de muchas de las personas que los rodean en diferentes ámbitos (amistades, trabajo, vecindario, etc.), adoptando o adquiriendo conductas y posturas más negativas o pesimistas, las cuales dificultan sus procesos de duelo.

Como afirma Gil Villa:

> Se supone que quien comprende la muerte en su mundo, la forma que adopta, el concepto, las creencias y los prejuicios que las personas de su alrededor tienen sobre ella, estará más preparado para afrontarla, lo que de paso le hará vivir más seguro su vida. Y puesto que nos ha tocado vivir en la época en que la vida es más incierta que nunca, siendo de por sí constitutivamente incierta, esta ventaja no es nada desdeñable. Gil Villa (2011: 11).

Los procesos de duelos y las muertes en general emergen de por sí como un tema tabú y encierran una problemática escasamente visibilizada, tanto en la región como particularmente en el país. Esta situación trae a luz la necesidad de profundizar, tanto en la comprensión de los factores y

dimensiones que están implicadas en su génesis, como en el tratamiento que el fenómeno tiene a nivel social y político.

El estigma relacionado con el suicidio sigue siendo un gran obstáculo para los esfuerzos de comprensión y una correcta prevención, tanto en el Uruguay como en otros países. Este puede obstaculizar e incluso impedir que las personas busquen ayuda. De esta forma, oficia de barrera para el acceso a los servicios de salud que trabajan en prevención, asesoramiento, tratamiento y posvención.

Los mitos: ¿qué son?

Los mitos son definidos por la Real Academia Española como: «Marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud» (DRAE, en línea, consultado 20/8/2020).

Si a la definición anterior se le adiciona lo que se refiere a mitos con relación a la conducta suicida, una de las formas de contribuir a la reducción de estos dos aspectos incluye tener en cuenta algunos conceptos:

- Creencias falsas que se presentan a nivel social, manifestándose en varios miembros de diferentes grupos, lo que generaliza su presencia y le da carácter histórico social.
- Intentan siempre explicar algo, ya sea un fenómeno social o natural (Ariz León, 1999).
- Influyen en las actitudes que se consideran estados mentales y neurales de disposición, organizados en base a experiencias.
- Ejercen influencia directiva o dinámica sobre las respuestas de las personas ante objetos y situaciones con los que se relaciona (Bello Dávila, 2005).
- Son interpretaciones no científicas que se han agrupado en el imaginario social producto de las representaciones que a este mismo nivel se han acumulado y se transmiten generacionalmente (Martínez, 2002).

Para que el lector identifique las falsas creencias con relación a la conducta suicida, es importante que observe en el siguiente cuadro, por un lado el mito y el significado que habitualmente la sociedad maneja, y por otro, se plantea la columna de los criterios científicos que contribuyen a la deconstrucción de los mitos populares.

Mitos desmentidos por la ciencia.

Mito y significado	Criterio científico
El que se quiere matar no lo dice. Conduce a no prestar atención a las personas con riesgo y sus comportamientos.	De cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente sus intenciones.
El que lo dice no lo hace. Minimiza las amenazas suicidas y se las confunde con chantaje, manipulación, alarde, etc.	Todo el que se suicida expresó lo que le pasaba de diferentes formas (palabras, amenazas, gestos o cambios de comportamiento).
Los que realizan un intento de autoeliminación no desean morir, solo hacen alarde. Favorece a tomar una actitud de rechazo hacia quienes realizan el acto y dificulta el ayudar y ser empático con el otro.	Aunque no todos los que realizan un intento de autoeliminación desean morir, es un error subestimarlos, ya que les han fallado los mecanismos adaptativos sin encontrar otras alternativas posibles.
Si se hubiera querido matar, lo hubiera hecho. Refleja el rechazo que generan estas personas en los otros.	Todo posible suicida pasa por momentos de ambivalencia (deseos de morir y vivir). El método no refleja los deseos de morir de quien lo utiliza.
Quien se repone de una crisis suicida no corre peligro de recaer. Lleva a disminuir las medidas de observación estricta y la evolución sistematizada del riesgo.	Casi la mitad de quienes pasaron por una crisis suicida y consumaron el suicidio, lo realizaron luego de los 3 primeros meses después de la crisis emocional.
Todo el que intenta suicidarse estará en peligro siempre. Forma de justificar, en algunos casos, sobreprotección y estigma o rechazo por temor a la repetición.	Entre el 1 y 2% de quienes intentan suicidarse lo logran durante el primer año luego del último intento de autoeliminación. Entre el 10 y 20% lo consumarán a lo largo de su vida. La crisis suicida dura horas, días, raramente semanas.
Todo el que se suicida es un enfermo mental. El suicidio y la enfermedad mental *no son sinónimos*.	Las personas con problemas psiquiátricos se suicidan con más frecuencia que la población general. No hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Todo suicida sufre.

El suicidio es hereditario. Lleva a pensar que lo que se hereda es imposible modificarlo.	No está demostrado que sea hereditario. Lo heredado es la predisposición a sufrir determinada enfermedad mental en la que el suicidio es un síntoma principal, por ejemplo: esquizofrenia.
El suicidio no puede prevenirse porque se hace por impulso. Limita las acciones preventivas e incentiva la inercia terapéutica.	Toda persona antes de intentar suicidarse evidencia síntomas que se definen como *síndrome presuicidal*, lo que hace que se pueda detectar y evitar el acto.
Hablar de suicidio incita a que se cometa o imite. Infunde temor para abordar la temática en quienes están en riesgo de hacerlo.	Hablar sobre suicidio reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca la persona para la evaluación de sus propósitos.
Acercarse a una persona en crisis suicida sin la preparación para ello es perjudicial. Limita la participación de voluntarios en la prevención.	El sentido común hace que otros puedan asumir una postura empática y escucha atenta, con reales deseos de ayudar a encontrar soluciones favoreciendo la prevención.
Solo los psiquiatras y psicólogos pueden prevenir el suicidio. Limita la participación de otros actores en la prevención.	Los psiquiatras y psicólogos son profesionales entrenados y experimentados en la detección del riesgo suicida y su manejo, pero no son los únicos que pueden prevenirlo.
El tema del suicidio debe ser tratado con cautela por los problemas sociopolíticos que ocasiona. Limita las investigaciones y el abordaje preventivo.	El tema del suicidio debe ser tratado de igual forma que otra causa de muerte, sin sensacionalismos y manejos que provoquen la imitación de la conducta.
El que intenta suicidarse es... cobarde. Forma de evitación del suicidio a través de equipararlo con una cualidad negativa de la personalidad. valiente. Forma de equiparar el suicidio con una cualidad positiva de la personalidad. Ambas entorpecen la prevención.	La valentía o cobardía son atributos de la personalidad que no se miden por la cantidad de veces que una persona intenta quitarse la vida. Eso no hace que la persona sea más o menos respetada.
Solo son las personas de condición socioeconómica más pobre las que se suicidan o las de condiciones más favorecidas.	El suicidio es una causa de muerte que se observa en todas las clases sociales. Los más pobres son más vulnerables o se encuentran más expuestos a factores de riesgo.

Solo las personas mayores se suicidan. Evade al suicidio como causa de muerte en niños y adolescentes.	Los adolescentes y personas de tercera edad son las poblaciones de mayor riesgo.
Los niños no se suicidan. Negación de una realidad que cobra relevancia a nivel mundial.	Luego de que un niño adquiere el concepto de muerte puede cometer suicidio y algunos toman estas decisiones a edades cada vez más tempranas.
Cuando una depresión grave mejora no hay riesgo de suicidio. Forma de desconocer que el componente «motor» (conducta) mejora antes de que el «ideático» (ideas).	Casi la mitad de las personas que atravesaron una crisis suicida y consumaron el suicidio lo hicieron durante los 3 primeros meses luego de la crisis emocional, cuando todos creían que había pasado el peligro.
Los medios de comunicación no pueden contribuir a la prevención del suicidio. Tendencia a mantener la emisión de noticias sensacionalistas con el objetivo de vender, sin considerar las consecuencias del mensaje emitido.	Los medios de comunicación pueden convertirse en un valioso aliado en la prevención del suicidio, si la noticia es correctamente enfocada y dada de forma responsable, cautelosa y con una base científica que la respalde. Cuando se aborda el tema: divulgar signos de alarma, grupos de riesgo, medidas sencillas de qué hacer y qué no hacer, fuentes de salud mental a las que se puede acudir (instituciones, organizaciones o diferentes recursos comunitarios existentes) para recibir ayuda.

Fuente: Adaptado de Barrero (2005).

Posibles explicaciones a la permanencia de los mitos y las dificultades en el manejo de la conducta suicida

Si bien lo planteado anteriormente tiene una fuerte génesis en la cultura social, en el caso de la conducta suicida, los mitos se gestan y transmiten concomitantemente con la sociedad, en las instituciones que históricamente abordaron este tema. Las instituciones a las que se hace referencia son las del sistema sanitario que tienen una organización y cultura que las caracteriza. Esto hace que configuren pautas propias, hábitos de comportamiento y rutinas diarias. Paralelamente, como toda institución, ejercen un control social que deriva en parte de su historia y evolución (Goffman, 2001; Fou-

cault, 1975). Dicho orden social se basa en clasificaciones y tipificaciones realizadas por el personal sanitario.

En tanto ocurren situaciones que se alejan de las normas que se espera (salvar vidas, utilización de todos y cada uno de los avances técnicos y tecnológicos con los que se cuenta), se construyen significados sociales que le dan sentido a la acción social de «atención a los pacientes».

Este conjunto de valores, creencias, rutinas y tradiciones configura un universo simbólico en el cual tienen lugar una serie de expectativas en cuanto al desempeño de los roles profesionales (Chocarro, 2010).

Así, los médicos, en general, tienden a concebir a la muerte como un enemigo y fracaso profesional, en tanto su práctica se sustenta en salvar vidas y curar, en vez de tomarla como un fenómeno natural que sucede a pesar de encontrarse formados desde la concepción de que es una realidad biológica innegable del ser humano. Esta vivencia contradictoria hace que, muchas veces, las conductas sean producto de ansiedades y mecanismos defensivos inadecuados (por ejemplo, enojo y actitudes negativistas), poniéndose en juego también prejuicios, creencias y temores ante la muerte de acuerdo a la historia personal de cada uno.

Es importante considerar que otra institución como lo es la educativa (en los niveles primario, secundario y terciario) debería abordar, como forma de preparar a los jóvenes, la temática de muerte en sus diferentes formas. De esta manera, se daría la construcción y adquisición de herramientas desde edades tempranas que contribuirían a desmitificar el tema de la muerte en nuestra sociedad.

Es de conocimiento que la muerte en sus diferentes formas es un tema que moviliza a jóvenes y adultos, y genera dificultades para encararlo en distintos órdenes. En los resultados de un estudio realizado en una institución de educación media (Larrobla *et al.*, 2013) se pudo observar que las mayores dificultades se presentaban en los niveles:

- comunicacional (los adultos tienden a ocultar el tema);
- compromiso (el personal docente y no docente toma actitudes de protección, que no se identifican conscientemente como tales —darles para adelante, demostrarles cariño, estimularlos, apostar a ellos, etc.—, manteniendo de esta forma cierta distancia para con el otro;
- involucramiento (los adultos son capaces de identificar factores de riesgo, pero no saben cómo manejarlos; les resulta más difícil discriminar límites en las competencias con relación al tema y el cometido profesional/institucional de educar/formar).

Algunas de las causas de estos comportamientos se observaron por la presencia de uno de los mitos que existe respecto al suicidio, el que hace referencia a que hablar sobre suicidios e intentos de autoeliminación es algo

«contagioso», es una «forma de darles ideas». Otro de los motivos se vinculó a los fuertes sentimientos que se movilizaban con relación al fenómeno, tales como «susto», «impotencia», «angustia», «miedo a involucrarse demasiado», «dificultades en la puesta de límites», «miedo a situaciones que los desborden». Al igual que los médicos, se ponen en juego determinados mecanismos de defensa muchas veces también inadecuados para un correcto abordaje. Primarían, en este caso, también prejuicios, creencias y temores según la historia personal de cada adulto de la institución.

Capítulo 13. Para saber más de suicidio

Introducción

El presente capítulo reúne un conjunto de información, para que el lector se encuentre con el más diverso material de lectura o de apoyo para informarse o realizar cualquier tipo de taller, charla o evento de divulgación.

Consideramos oportuno explicitar un sistema que habitualmente se denomina como de socialización de buenas prácticas, pero esta vez socializamos buenos materiales.

En este sentido, dividimos la información en tres partes bien definidas. La primera (no por ser la más importante) es aquella en la que planteamos los libros que nos parecen oportunos o interesantes en la temática. En esta sección planteamos, autor, editorial, año de publicación y una breve descripción de la publicación. En caso de estar disponible en medio electrónico lo explicitaremos. En una segunda sección se plantearán artículos de revistas científicas o de divulgación, siguiendo los patrones anteriores. Por último, se presentan los trabajos o estudios específicos de la temática, así como planes o estrategias de prevención y páginas web que consideramos oportunas. En estos casos, también haremos explícitos los porqués de nuestra elección.

Los libros

Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas.

Autor(es): Diana Cohen Agrest

Editorial/Año: Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 2007

Breve resumen - La autora aborda la temática desde interrogantes filosóficas que cuestionan a los individuos y se pregunta acerca del sentido de la vida humana y el derecho de autodeterminar el fin de la propia existencia, al igual que las estadísticas existentes relacionadas con elementos ambientales influyentes. En su recorrido, nos ofrece un panorama muy completo a través de una exhaustiva investigación que recorre los discursos religioso, filosófico, cultural, psicoanalítico y médico de los distintos ámbitos epocales o culturales en los que se solían y todavía se suelen legitimar o deslegitimar las prácticas suicidas.

70 años de suicidio en Uruguay. 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros

Autor(es): Varios

Editorial/Año: Artículo 2, CSIC-UDELAR, 2017

Breve resumen: El libro sintetiza la mirada interdisciplinaria sobre la temática. Los destinatarios de los artículos son el público general. Desde la visión de la neurociencia, hasta la antropología, se recorren casi todas las disciplinas que pueden llegar a observar este fenómeno. Además, viene acompañado de una relatoría de una serie de talleres en el interior del país, así como un documental con siete entrevistas a personalidades o disciplinas que nos hablan del tema. Tanto el libro como el documental están en la página de Colibrí de la UDELAR y en la del Grupo de Comprensión y Prevención del Suicidio.

La Mirada del Suicida

Autor(es): Juan Carlos Pérez Jiménez

Editorial/Año: Plaza y Valdez Editores, 2011

Breve resumen: El suicidio es una cuestión de salud pública de primera magnitud que, sin embargo, permanece oculta a los ojos del ciudadano. Los medios de comunicación ignoran una realidad que provoca más víctimas que los accidentes de tráfico, los gobiernos no aciertan a incluirlo en sus agendas y, en general, se piensa en el suicidio como un acontecimiento excepcional, casi ficticio, como algo que sucede a otros. Pero se trata de una opción esencialmente humana que, cuando se verifica, cae a plomo a nuestro alrededor. Esta reflexión profunda y rigurosa incorpora las dimensiones política e histórica del enigma del suicidio hasta llegar a hoy.-

Suicidio en la vejez

Autor(es): Daniel Matusevich y Sergio Pérez Bravo

Editorial/Año: Ed. Polemos, 2009

Breve resumen: El libro sintetiza e informa claramente y ofrece una perspectiva preventiva en la temática y etapa de la vida. Trabaja desde la ideación al consumo del acto. Valora especialmente los sentimientos de desesperanza y aislamiento en el final del ciclo vital. El lenguaje del texto llano y desprovisto de tecnicismos complejos le da un carácter intermedio entre los escritos universitarios, dedicados a los profesionales y educadores, y a los destinados al gran público. Tiene doce capítulos interesantes y sus autores dominan ampliamente la temática.

Miradas sobre el suicidio

Autor(es): Hugo Francisco Bauzá

Editorial/Año: Fondo de Cultura Económica, 2018

Breve resumen: Desde el análisis sociológico hasta la interpretación psicoanalítica, pasando por los estudios literarios y la explicación biológica, el suicidio es un fenómeno que ha provocado un enorme interés y que genera múltiples interrogantes. En *Miradas sobre el suicidio* se abordan algunos de ellos desde el análisis de diversos casos emblemáticos y su incidencia en la literatura y el arte. A partir de un preciso itinerario por obras clásicas y contemporáneas, se reconstruye el imaginario suicida desde su origen hasta la actualidad.

Semper Dolens. Historia del suicidio en Occidente

Autor(es): Ramón Andrés

Editorial/Año: Editorial Acantilado, 2015

Breve resumen: El suicidio, concebido durante muchos siglos, en la estela del pensamiento clásico, como un ejercicio de libertad, e incluso como una liberación, queda reducido, a la luz de la psiquiatría de las últimas décadas, a la mera patología mental. Sin embargo, tal reducción supone la simplificación de uno de los aspectos más decisivos de la experiencia humana: el dolor. Este extraordinario ensayo da cuenta, con delicadeza y hondura, de nuestra condición como seres humanos; de las distintas formas de nuestra fragilidad.

El don y la palabra. Un estudio socioantropólogico de los mensajes póstumos del suicida

Autor(es): Coordinador: Víctor A. Paya

Editorial/Año: Juan Pablos Editor, 2012

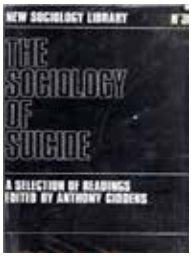
Breve resumen: El libro está conformado por dos partes; en la primera se presenta la investigación de archivo. El primer capítulo debe considerarse una guía de fondo que cruza toda la investigación en torno al juego del deseo, el intercambio simbólico y la transmisión de dones, deudas y sacrificios. El segundo pretende ilustrar el sentido de la puesta en escena del suicida desde una perspectiva goffmaniana. Concluyendo en el con una reflexión sobre el sujeto en la modernidad y la pérdida del emblema paterno. Finalmente, la segunda parte está integrada por dos ensayos psicoanalíticos sobre el suicidio, escritos por especialistas con una vasta experiencia en la clínica.

Suicide and Culture: Understanding the Context

Autor(es): Erminia Colucci, David Lester

Editorial/Año: Hogrefe, 2013

Breve resumen: Comprender el papel de la cultura puede ayudar a prevenir el suicidio. El creciente dominio de los enfoques biológicos en la investigación y la prevención del suicidio, a expensas de la comprensión social y cultural, están dañando gravemente nuestra capacidad para evitar que las personas mueran. Se compara el suicidio en diferentes países, los autores revisan y examinan las cuestiones fundamentales de por qué la cultura es de vital importancia para comprender y prevenir la conducta suicida, cuál es el «significado cultural» del suicidio y dónde nos están llevando la investigación y la teoría actuales.

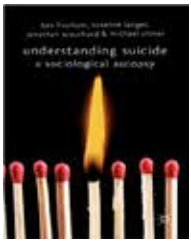


The Sociology of Suicide: A Selection of Readings

Autor(es): Anthony Giddens (editor)

Editorial/Año: Frank Cass & Co. Ltd

Breve resumen: Recopilación de la producción sociológica sobre el suicidio comenzando por los estadísticos morales hasta mediados del siglo XX.



Understanding Suicide: A Sociological Autopsy

Autor(es): Jonathan Scourfield, Ben Fincham, Susanne Langer

Editorial/Año: Palgrave Macmillan, 2011

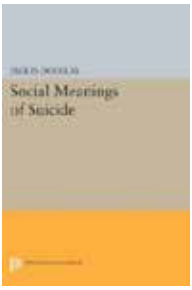
Breve resumen: Los sociólogos han debatido el suicidio desde los primeros días de la disciplina. Este libro evalúa ese cuerpo de trabajo y abre nuevos caminos a través de una «autopsia sociológica» de cien suicidios con un método mixto y cualitativo que explora lo que se puede saber sobre las vidas suicidas.

El suicidio: Cuatro perspectivas.

Autor(es): Carmona, J. (comp.)

Editorial/Año: Fundación Universitaria Luis Amigó, 2015

Breve resumen: Este libro es el producto de una investigación realizada por un equipo interinstitucional liderado por la Fundación Universitaria Luis Amigó y en el que participaron la Universidad de San Buenaventura y la Corporación Universitaria Adventista. Para cada uno de los enfoques propuestos, se realizó un análisis de contenido riguroso de la literatura más reciente y su resultado se sometió al examen de pares expertos. El libro presenta cuatro perspectivas diferentes con respecto al suicidio: la neuropsicológica, la teológica, la epidemiológica y la sociológica.

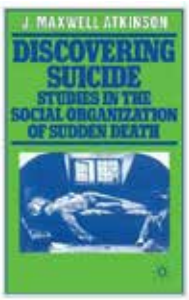


The Social Meanings of Suicide

Autor(es): Jack D. Douglas

Editorial/Año: Princeton University Press, 1967

Breve resumen: Revisión y crítica de toda la literatura sociológica sobre el suicidio, desde el influyente *Suicidio* (1897) de Durkheim hasta los escritos contemporáneos de sociólogos que han modelado su propio trabajo sobre el de Durkheim. Se señalan debilidades fundamentales en el estudio estructural-funcional y ofrece un enfoque teórico alternativo. Demuestra la falta de fiabilidad de las estadísticas oficiales y sostiene que las explicaciones de Durkheim sobre las tasas de suicidio en términos de significados sociales abstractos se basan en una base estadística inadecuada y engañosa. El estudio de las acciones suicidas requiere un examen de la propia construcción individual de sus acciones.



Discovering Suicide. Studies in the Social Organization of Sudden Death.

Autor(es): Atkinson, J. Maxwell

Editorial/Año: Palgrave Macmillan, 1978

Breve resumen: Al concentrarse en las formas en que el suicidio, y en particular el suicidio de Durkheim, ha sido un problema en la sociología, la discusión en este libro tiene por objeto aclarar dos características relacionadas del resto del libro. La primera es el enfoque posterior en un conjunto aparentemente restringido de las preocupaciones metodológicas y la segunda es la ausencia de cualquier intento de aclarar, desarrollar o dirigir la investigación hacia dos de los temas generales típicamente discutidos por referencia al suicidio, a saber, el debate entre el psicologismo y sociologismo, y la teoría funcionalismo y la anomia.

Explaining Suicide. Patterns, Motivations and What Notes reveals

Autor(es): Cheryl L. Meyer; Taronish H. Irani; Katherine A. Hermes; Betty Yung

Editorial/Año: Elsevier, 2017

Breve resumen: El libro analiza los distintos patrones y motivaciones que existen en torno a la conducta suicida, además de analizar y comparar las notas suicidas en períodos de mayor suicidio con aquellos que no presentaron notas. Este libro está organizado en torno a las motivaciones y cómo la identificación de factores de riesgo y de resiliencia pueden conducir a una prevención e intervención más exitosas.

Suicidio y sociedad (dossier)

Autor(es): Varios

Editorial/Año: Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS, 33(46), enero-junio 2020, Uruguay

Breve resumen: El presente *dossier* es resultado de la articulación de diversos investigadores y centros de investigación latinoamericanos y españoles con el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, de la Universidad de la República, integrado por las Facultades de Ciencias Sociales, Medicina, Información y Comunicación, Psicología y Humanidades y Ciencias de la Educación, y del que es parte activa también la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). De este modo, la conducta suicida es abordada de manera holística, con una mirada que integra diferentes saberes y abordajes teóricos y metodológicos sobre la temática en Uruguay y la región.

Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido

Autor(es): Guajardo, Gabriel

Editorial/Año: FLACSO-Chile, 2017

Breve resumen: El tema del libro es el suicidio en las sociedades contemporáneas desde un horizonte ético que apoya las posibilidades de vida con una perspectiva interdisciplinaria. Los catorce capítulos, organizados en cuatro partes, dan cuenta de los diversos ángulos de observación de un fenómeno que se transforma en problema social y problema público. No obstante, ese carácter de problema social y público del suicidio en los países de América Latina y el Caribe no tiene el mismo desarrollo y continúa el desafío de su conocimiento, visibilidad social y su prevención con el debido rango de una política integral.

Prevención del suicidio: un imperativo global

Autor(es): Organización Mundial de la Salud

Editorial/Año: Organización Panamericana de la Salud, 2014

Breve resumen: El documento es un informe de los datos mundiales sobre el suicidio, con marcos teóricos generales que permiten la comparación de la información entre los distintos países.

https://www.who.int/mental_health/suicide-revention/world_report_2014/es/

Los artículos

The Sociology of Suicide

Autor(es): Matt Wray, Cynthia Colen, Bernice A Pescosolido

Revista/Año: Annual Review of Sociology, 2011

Desde el trabajo clásico de Durkheim sobre el suicidio, la atención sociológica para comprender las raíces de la autodestrucción ha sido inconsistente. En esta revisión, usamos tres períodos históricos de interés para organizar los hallazgos básicos en el cuerpo del conocimiento sociológico con respecto al suicidio. Gran parte de la investigación del siglo XX se centró en cuestiones de integración y regulación, imitación y construcción social de las tasas de suicidio. Las innovaciones en el resurgimiento de la investigación sociológica sobre el suicidio en el siglo XXI se describen en detalle. Estos estudios más nuevos comienzan a redirigir la teoría y el análisis hacia un enfoque en subgrupos etno-raciales, fenómenos a nivel individual y efectos de cohorte de período de edad. Nuestro análisis de las contribuciones, los límites y las posibilidades de la sociología conduce a un reconocimiento de la necesidad de romper las bifurcaciones en los estudios a nivel individual y agregado, para buscar la traducción de la teoría original de Durkheim en una perspectiva de red como una vía de orientación micro-macro, investigación y atender la complejidad tanto de las explicaciones multidisciplinarias como de las intervenciones pragmáticas.

El suicidio: Un enfoque psicosocial

Autor(es): Jaime Alberto Carmona Parra

Revista/Año: Revista Colombiana de Ciencias Sociales, 2012

El artículo presenta una reflexión sobre el suicidio y el intento de suicidio desde varias perspectivas. El autor presenta una exposición conceptual en tres momentos: el primero ubica teóricamente el suicidio; el segundo introduce los fundamentos conceptuales de la psicología social y el interaccionismo simbólico; el tercero lleva a introducir la posmodernidad, como telón de fondo de la revisión actual sobre este fenómeno. Con base en esa revisión conceptual, el texto muestra las posibles formas de presentación del suicidio, como una emergencia en diversos escenarios sociales.

Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo

Autor(es): Ana María Chávez Hernández Luis Fernando Macías García María Gabriela Luna Lara

Revista/Año: Pensamiento Psicológico, 9(17), 2011, pp. 33-42

El análisis de notas suicidas es uno de los métodos más fructíferos en el estudio del comportamiento suicida. Bajo esta premisa, el objetivo de este trabajo fue describir y analizar las características afectivas, emocionales, cognoscitivas y actitudinales, relacionadas con el momento en que las personas planean su autodestrucción, y que fueron expresadas en sus notas suicidas. Método. Estudio de tipo *ex post facto*, con una muestra de 142 notas suicidas que dejaron personas que se suicidaron (2005-2008) en el Estado de Guanajuato, México. Se realizó un análisis de contenido con el método de Inter-juez (0.96 coeficiente de concordancia); así como tablas de contingencia y escalamiento multidimensional.

El suicidio en Durkheim, o la modernidad de la triste figura

Autor(es): Eduardo Bericat

Revista/Año: Revista Internacional de Sociología, 59(28), 2001

En este artículo se expone una novedosa interpretación de la tesis elaborada por Durkheim en *El suicidio*. Pese a la perspectiva positivista que inspiró su análisis empírico, una atenta consideración del modelo teórico pone en evidencia que el objetivo fundamental de esta tesis era demostrar científicamente la causación social de las emociones. Un detenido análisis de las emociones implicadas en *El suicidio* nos sirve, además, para especificar teóricamente, sin las ambigüedades que caracterizan a otras interpretaciones, los conceptos de integración y regulación, que sustentan la tipología de suicidios (altruista/egoísta y fatalista/anómico). La integración se refiere a la dimensión intercomunicativa del orden social, por lo que está vinculada a las emociones de la vergüenza y del orgullo. La regulación se refiere a la dimensión interactiva del orden social, por lo que está vinculada a las emociones del miedo y de la frustración.

http://revintsociologia.revistas.csic.es/index.php/revintsociologia/article/view/743

Geografías del suicidio en Argentina: un estudio ecológico espacial durante los períodos 1999-2003 y 2008-2012

Autor(es): Carlos M Leveau; Marcio Alazraqui

Revista/Año: Revista de Salud Pública (Bogotá, Colombia) 22(1):1-13, agosto 2020

El objetivo es describir la distribución geográfica y el rol de factores sociodemográficos sobre la mortalidad por suicidios, de acuerdo con sexo y grupos de edad en Argentina durante los períodos 1999-2003 y 2008-2012. Como conclusiones: Los resultados obtenidos en este estudio apoyan la hipótesis de fragmentación social como fenómeno asociado al riesgo de suicidio en departamentos de la Argentina, pero también dan apoyo a la hipótesis de un mayor riesgo de suicidio en áreas rurales. Las medidas de prevención del suicidio podrían enfocarse en políticas que promuevan la integración social, especialmente en población joven, así como también una mayor integración de las áreas rurales con el resto del territorio.

Suicidio en el Uruguay: mirada desde perspectiva territorial

Autor(es): Víctor Hugo González; Pablo Hein; Andrea Lissett Pérez

Revista/Año: Revista Mexicana de Sociología, 82, 311-341, junio 2020

Este artículo busca comprender la configuración del acto suicida en Uruguay desde la perspectiva territorial, considerando dimensiones sociales y subjetivas. Como estudio de caso se escogió el departamento de Rocha, que históricamente ha tenido altas tasas de suicidio. Se combinaron enfoques cuantitativos (estadísticas de suicidio, período 1963-2014) y cualitativos (etnografía). El análisis territorial constató la existencia de zonas que han concentrado mayores índices de suicidios, que coinciden con las mayores desigualdades territoriales del país, situación que se agravó con las medidas neoliberales de la década de los años noventa, que produjeron profundos resquebrajamientos sociales e incremento de las tasas de suicidios regionales y nacionales.

Conducta suicida en adolescentes y jóvenes en Uruguay: características de los registros y recursos humanos en emergencias públicas

Autor(es): Larrobla, C.; Canetti, A. Hein, P. y Novoa, G

Revista/Año: Revista de Psiquiatría del Uruguay, 81(1), agosto 2017

La conducta suicida en adolescentes constituye un problema de salud pública, siendo relevante el papel del sistema de salud y sus recursos humanos en su prevención. El artículo presenta resultados parciales de una investigación más amplia (2013-2015/ANII). Los objetivos son caracterizar la forma de registro de intento de autoeliminación en población de 14-24 años atendida en emergencias públicas; identificar barreras socioculturales del personal que interfieren en abordaje y registro de la conducta suicida. Es un estudio poblacional descriptivo transversal. Se completaron 73 formularios y se relevaron 211.389 fichas de emergencia. En los resultados se describe el perfil del personal, consulta y registro de intentos de autoeliminación. Se constata alta frecuencia de consultas en adolescentes.

Aproximación a una tipología de conductas suicidas en Uruguay con base en notas suicidas

Autor(es): Hein, P.; Gómez, G.

Revista/Año: El Uruguay desde la sociología, vol. 17, 2020

El presente artículo tiene como objetivo presentar una tipología de suicidios en Uruguay con base en el análisis de las cartas suicidas de la población mayor a 64 años, que fueron redactadas por personas que se suicidaron durante el período 2004-2016. Con base en los análisis de correspondencias múltiples y clúster jerárquico se identificaron y caracterizaron tres tipos de conductas suicidas. El primero de ellos se denominó suicidio "autodirigido" y presenta un componente racional con un alto grado de conciencia de la persona que lo realiza, el tiempo en que se desarrolla la narrativa es el futuro, y se caracteriza por la ausencia de elementos sentimentales. El segundo tipo se denominó suicidio "dirigido internamente", el cual expresa el deseo de huida, se visualiza al acto suicida como una salida, un escape de su estado actual, lo caracteriza la confusión y como consecuencia los tiempos se entremezclan con una fuerte participación del presente. Finalmente, el último de los tipos se denominó suicidio "dirigido por los otros", es un acto comunicativo por excelencia, que busca castigar al otro, que impone una única historia. Es en todos los casos un acto de venganza, asociado con un conjunto de sentimientos negativos. Su ubicación temporal refiere a acontecimientos del pasado con especial referencia a situaciones amorosas. https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/24203

Trabajo, guías, planes y otros

Prevención de la conducta suicida en adolescentes: guía para los sectores educación y salud

País: Uruguay / Año 2012

Breve resumen: Guía de prevención que reúne un conjunto de técnicas, además de trabajar los mitos y sus contrapartes científicas. Aborda desde esta doble perspectiva la prevención sin perder el ángulo necesario en estos dos ámbitos específicos.

https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9497

http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/prevencion-conducta-suicida-en-adolescentes-guia-para-los-sectores-educacion-y-salud/

Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas

País: Uruguay / Año 2007

Breve resumen: Guía de prevención que realizó el MSP de forma oficial en el año 2007. Se compiló en ocho capítulos toda la información al respecto. El lector encontrará además una bibliografía acorde a la temática. Es un buen comienzo.

"Plan Nacional de Prevención del Suicidio" (2011-2015). Un compromiso con la vida

País: Uruguay / Año 2010

Breve resumen: El Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Salud Mental y dentro de las prioridades previstas para esta administración, se propone entre otras medidas, priorizar la salud mental con la creación del Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015), para disminuir la incidencia del suicidio en la sociedad uruguaya.

El día después del suicidio de un familiar o allegado

País: España. Ministerio de Sanidad, Servicios e Igualdad; Agencia de Evaluación de Tecnologías de Galicia (Avalia-t) / Año 2010

Breve resumen: La muerte de un familiar o allegado es una de las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona. Pero cuando esta muerte se produce a causa de un suicidio, suele hacerse todavía más complicada, causando un dolor intenso y prolongado que será diferente y único en cada persona que lo sufre. Este documento intenta explicar cuáles son las reacciones más frecuentes cuando alguien pierde a un ser querido o alguien cercano a causa de un suicidio y pretende ser de ayuda para afrontar estas situaciones. https://consaludmental.org/publicaciones/Diadespuessuicidio.pdf

Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación

País: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile / Año 2013

Breve resumen: El presente documento reúne las orientaciones entregadas a las Secretarias Regionales Ministeriales de Salud para la implementación del Programa Regional de Prevención del Suicidio en cada una de las regiones del país, desde su diseño en el año 2007.

Recomendaciones para la prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales. Desarrollo de estrategias preventivas para comunidades escolares

País: Chile / Año 2019

Breve resumen: La prevención de la conducta suicida en establecimientos educacionales involucra la participación de toda la comunidad educativa —estudiantes, sus familias, docentes, asistentes de la educación, equipo directivo y otros miembros del establecimiento educacional— que actúa fomentando conocimientos y comportamientos relacionados con estilos de vida saludables desde una lógica preventiva, e identificando y manejando activamente conductas de riesgo que pudiesen apreciarse al interior de la comunidad. El presente documento propone recomendaciones para que ambos sectores de manera coordinada desplieguen acciones preventivas.

https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/03/GUIA-PREVENCION-SUICIDIO-EN-ESTABLECIMIENTOS-EDUCACIONALES-web.pdf

Guía de práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida

País: España / Año 2012

Breve resumen: Es una guía completa que tiene 380 páginas con un material diverso en intensidad y complejidad desde el tratamiento en puertas de emergencias hasta el clínico. Desarrollada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

Guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y sus familiares

País: España / Año 2010

Breve resumen: Una breve guía de rápida lectura. Editada por el Servicio Andaluz de Salud.

Guía práctica salud mental y prevención de suicidio en personas mayores

País: Chile MINSAL / Año 2019

Breve resumen: El documento brinda orientaciones y herramientas para la prevención de la conducta suicida en adultos mayores. Está dirigida la población general y busca apoyar a las familias y a los cuidadores de los adultos mayores a detectar señales y ayudar, enfrentar y acompañar a aquellas personas que lo requieran.

https://www.minsal.cl/wp-Content/uploads/2019/10/2019.10.08_ Gu%C3%ADa-Pr%-C3%A1ctica-Salud-Mental-y-prevenci%C3%B3n-de-suicidio-en-Personas-Mayores_versi%C3%B3n-digital.pdf

Guía informativa para la detección y prevención del suicidio

País: España / Año 2019

Breve resumen: La prevención de la conducta suicida es posible con estrategias multisectoriales e integrales. Por esta razón, la elaboración de esta guía tiene como objetivo informar de forma clara y concisa, tanto a la ciudadanía como a familiares y afectados/as, sobre ideación y conducta suicida para su prevención, detección, intervención y tratamiento.

http://www.copao.com/downloads/2019/Guia_digitalpsuicidio.pdf

Mortalidad por suicidio en las Américas

País: Varios OPS/OMS / Año 2014

Breve resumen: Este informe proporciona una visión general de los patrones de mortalidad por suicidio en la región de las Américas y en sus subregiones. Los datos también se presentan por países. Se analiza la distribución del suicidio según la edad, el sexo y los métodos empleados, así como también las tendencias del suicidio a lo largo de dos décadas (1990-2009).

El suicidio en la adolescencia situación de Argentina

País: UNICEF Argentina / Año 2019

Breve resumen: Este informe es muy rico e interesante. Proporciona una extensa y seria mirada a la temática desde ángulos nunca vistos. Es uno de los materiales más importantes que hemos observando en los últimos años

Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi

País: España / Año 2019

Breve resumen: Interesante trabajo del Gobierno Vasco que, mediante nueve capítulos, nos da una recorrida no solo por la estrategia planteada, sino además por la forma en la cual llegan a ella.

https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_prevencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_prevencion_suicidio_cast.pdf

Prevención del suicidio un instrumento para profesionales de los medios de comunicación

País: Ginebra, OMS / Año 2000

Breve resumen: En 1999, la OMS lanzó el programa SUPRE (Suicide Prevention-Prevención del Suicidio), una iniciativa mundial para la prevención del suicidio. Este documento forma parte de una serie de instrumentos preparados como parte de SUPRE y dirigidos a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio. Representa un eslabón en una cadena larga y diversificada que comprende una amplia gama de personas y sectores, incluyendo profesionales de la salud, educadores, organizaciones sociales, gobiernos, legisladores, comunicadores, oficiales de la ley, familias y comunidades.

Protocolo de atención a la conducta suicida y al riesgo de autoeliminación en centros de privación de libertad. Montevideo

País: Uruguay, Representación de la OPS / Año 2016

Breve resumen: Cuando una persona es privada de libertad, corresponde a las autoridad es penitenciarias en general, y al personal de salud en particular, velar por la garantía del derecho a la salud. El documento presenta un protocolo destinado a mejorar la situación sanitaria de estas personas y reducir la prevalencia de enfermedades en los establecimientos penitenciarios, orientado a la prevención del suicidio en dichos ámbitos. Está pensado para ser aplicado por todos los integrantes de los equipos de salud, que se encuentran trabajando en las Unidades de Internación de Personas Privadas de Libertad para adultos y los centros de adolescentes de ambos sexos. Algunos aspectos también son relevantes para ser tenidos en cuenta para los equipos de gestión y los operadores de las Unidades de Internación de Personas Privadas de Libertad.

Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada

País: Suiza, OMS / Año 2011

Breve resumen: Esta guía ha sido elaborada para facilitar la aplicación de intervenciones relacionadas con el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental, basadas en pruebas en entornos de atención de salud no especializada. Incluye orientaciones sobre intervenciones basadas en la evidencia para identificar y manejar una serie de trastornos prioritarios: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia, trastornos del desarrollo y conductuales en niños y adolescentes, demencia, trastornos por uso de alcohol, trastornos por uso de drogas, lesiones autoinfligidas/suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente. https://www.paho.org/mhgap/es/doc/GuiamhGAP.pdf?ua=1

Guía para familiares en duelo por suicidio supervivientes

País: España / Año 2020

Breve resumen: Se denomina supervivientes a familiares, amigos y allegados de personas que perdieron la vida por suicidio. Esta guía va dirigida a ellos y está elaborada con la intención de ayudarles a superar dicha pérdida de una manera más sana y adecuada, teniendo en cuenta, que se trata de un duelo con características diferentes y específicas. Está basada principalmente en los conocimientos y experiencias adquiridos durante años trabajando con supervivientes.

http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM020325.pdf

Las páginas web

http://suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy/

País: Uruguay

Reúne la mirada de un grupo de investigadores y docentes de la UDELAR y la Dirección de Salud Mental de ASSE.

https://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencias-Estrategias-Prevencion-del-Suicidio-en-ASSE-10652

País: Uruguay

Es una página de ASSE destinada a materiales diversos sobre prevención de la conducta suicida. Además, contiene un amplio material que incluye video o spot.

https://www.biziraun.org/es

País: España

Reúne la mirada de las víctimas, papel poco atendido en Uru-

guay. Es importante no solo por la temática, sino que además el lector podrá encontrar en ella otros sitios de interés relevantes. Buen inicio para este tema.

https://www.iasp.info/index.php

País: Estados Unidos

International Association for Suicide Prevention (IASP). Asociación No Gubernamental fundada por Erwin Ringel y Norman Farberow en 1960 para trabajar en la prevención del suicidio. Sus objetivos son: prevenir la conducta suicida, aliviar sus efectos y constituir un foro de académicos, profesionales de la salud mental, trabajadores de situaciones de crisis, voluntarios y supervivientes.

https://aidatu.org/

País: España

Página del AIDATU, Euskal Suizidologia Elkartea Asociación Vasca de Suicidología. Es una organización sin ánimo de lucro fundada el 2 de agosto de 2017 por un grupo de personas cuyo objetivo principal es trabajar para disminuir en nuestro entorno más inmediato y, en la medida de lo posible, el impacto de este problema sociosanitario de primer orden. Contiene mucha información y links de interés.

https://www.sprc.org/

País: Estados Unidos

Suicide Prevention Resource Center, SPRC, es un centro de carácter federal que ofrece todo tipo de recursos orientados a promover la Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio de Estados Unidos. Está financiado por la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

https://www.griffith.edu.au/griffith-health/australian-institute-suicide-research-prevention

País: Australia

Desarrollado en 1996, el Instituto Australiano para la Investigación y Prevención del Suicidio (AISRAP) es un centro nacional e internacional de investigación para la prevención del suicidio. Lleva a cabo la vigilancia de la salud pública de los presuntos suicidios y lleva a cabo estudios individuales con el gobierno, los organismos de la industria y las organizaciones no gubernamentales. Es el principal centro australiano de investigación, práctica clínica, educación y acción comunitaria para la prevención del suicidio, buscado por la calidad del asesoramiento y los resultados que proporciona en la vinculación de la investigación y la práctica.

https://www.iasp.info/index.php

País: Mundial

La Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) se dedica a prevenir el suicidio y el comportamiento suicida, aliviar sus efectos y brindar un foro para académicos, profesionales de la salud mental, trabajadores de crisis, voluntario y sobreviviente de suicidio.

https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/

País: Internacional-Organización Mundial de la Salud

Plataforma digital oficial de la Organización Mundial de la Salud, con recursos infográficos y notas descriptivas.

https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/el-suicidio-en-los-estados-unidos/index.shtml

País: Estados Unidos

Plataforma web del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, que provee información en inglés y español. Presenta información general de la temática, datos específicos para dicho país y sugerencias de intervención para distintas situaciones, incluyendo el abordaje para situaciones más actuales relacionadas a las redes sociales.

https://www.osakidetza.euskadi.eus/salud-mental-suicidio/ab84-oessmcon/es/

País: España

Página del Programa de Salud del Gobierno Vasco. Hay una sección específica sobre suicidio.

El Grupo de Comprensión y Prevención de la conducta suicida, tiene un fuerte carácter interdisciplinario e interinstitucional. Se consolidó en el año 2011 con investigadores de las Facultades de Medicina, Ciencias Sociales, Humanidades y Ciencias de la Educación, Psicología e Información y Comunicación y la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE. En el se conjuga diferentes abordajes disciplinarios y metodológicos. Las diversas investigaciones generaron productos que aportan evidencias para los cursos y talleres de formación y sensibilización. A su vez se generaron cursos de grado y posgrados.

Las categorías iniciales fueron conducta suicida en adolescentes, factores de riesgo y protección, Tercera Edad, Personas Privadas de Libertad y Masculinidades. Los procesos de precariedad, duelo, muerte y posvención son los nuevos lineamientos. La comprensión holística del fenómeno, requiere una perspectiva que garantice diferentes enfoques teóricos con integración de saberes. Como la conducta suicida es considerado un problema multicausal, es necesario ahondar en el conocimiento de las mismas y a su vez fortalecer los recursos que se encuentran en contacto con la población, aportando herramientas para la prevención. Actualmente desarrolla convenios con diversos Ministerios y el Poder Judicial. Por último mantiene una red de vínculos de docencia e investigación con Universidades del Mercosur, Latinoamérica y Europa. Las líneas de Investigación son Conducta Suicida, Prevención, Recursos Humanos, Aspectos médico-legales y políticas de gestión de riesgo, Caracterizar registro de la conducta suicida, Ahondar en las representaciones sociales de la conducta, Precariedad y Duelo, Prensa, Comunicación y sociedad y Notas y cartas suicidas.