

**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**  
**Tesis Licenciatura en Sociología**

**Dispositivos de salud en la intervención de los intentos de  
autoeliminación en adolescentes y jóvenes**

**Ana Laura Martínez Pechi**

**Tutora: Nilia Viscardi**

**2015**

## **Abstract.**

La presente tesis es fruto de una investigación que da cuenta de cómo intervienen los dispositivos de salud públicos, en particular el Hospital Maciel y el Hospital Pasteur, sobre jóvenes que han realizado intentos de autoeliminación (IAE), y que se caracterizan por pertenecer a estratos de la sociedad que han quedado excluidos por la escasa pertenencia a instituciones, que les permitan posicionarse en *zonas de integración* o tener *lazos sociales* fuertes. En este contexto, se indagó qué soportes ofrece el sistema de salud público de Montevideo a esta población específica.

Como antecedente, encontramos investigaciones del sociólogo Víctor González; sostiene que la “*precariedad vital*” configura el trasfondo de “*riesgo*” que explica la evolución de la tasa de suicidios en forma diferencial para cada grupo según edad y sexo, en donde los jóvenes son los más expuestos o desprotegidos a los cambios estructurales de la sociedad uruguaya (González; 2010:s/n).

Es de destacar que el suicidio constituye uno de los objetos de estudio fundantes de la Sociología de la mano de Émile Durkheim, que consolida su método sociológico mediante la investigación del suicidio, demostrando que no se agota en el plano individual, y que constituye un hecho social, si se considera al conjunto de suicidios cometidos en una sociedad dada y en un periodo de tiempo determinado. Para la sociedad uruguaya, como referente sobre del estudio del suicidio mediante las tasas. encontramos al sociólogo Pedro Robertt, que ha realizando investigaciones siguiendo la teoría y método sociológico durkheimiano.

La metodología empleada se aleja de la corriente inaugurada por Durkheim, es decir del estudio del suicidio mediante las tasas, y se basa en una perspectiva cualitativa que incluye en un enfoque interpretativo- etnográfico, es decir el suicidio es comprendido mediante un estudio cuidadoso del contexto micro social en donde sucede y, se construye conocimiento a partir del involucramiento con los sujetos protagonistas. En este sentido están presentes las principales fortalezas y aportes de este trabajo.

Los hallazgos indican que en teoría se ha avanzado en la temática del suicidio desde un lugar preventivo, que ayude a la disminución de las cifras de la tasa de suicidio ya que los valores son elevados; ejemplo de esto, es la creación del “Plan Nacional de Prevención del Suicidio” (2011-2015) donde se proponen ejes estratégicos. No obstante,

se observa que hay una disociación de la teoría con la práctica, ya que no se constata una organización en la atención de la salud mental que sea efectiva en la intervención de jóvenes que realizan IAE, que contribuya a una prevención de los suicidios, esto se debe a que falta avanzar en la construcción de la intersectorialidad y trabajo en red entre los trabajadores de la salud. Esto conlleva a que no se trabaje de manera adecuada el trasfondo de riesgo que hay por detrás de los intentos de autoeliminación (IAE). Como alternativa se visualiza la necesidad de un tratamiento que incluya la multidisciplina profesional (trabajador social, psicólogo, educador, entre otros) y un trabajo psicoterapéutico prolongado en el tiempo que le permita de alguna manera al paciente reflexionar y comprender críticamente su problemática. Esto implica que los profesionales de la salud mental se distancien del modelo disciplinario del dispositivo de salud, que trata al paciente principalmente con psicofármacos, sin profundizar en en la realidad hostil e inestable que vivencian estos jóvenes en su cotidianidad.

## Índice de contenido

1. Introducción.....	5
2. Problema de investigación.....	7
2.1 Objeto de estudio de la investigación.....	7
2.2. Preguntas que guían la investigación.....	7
2.3. Justificación de la investigación.....	7
2.4. Objetivos de investigación.....	8
3. Antecedentes.....	9
4. Marco Teórico.....	13
4.1. Suicidio desde la sociología.....	13
4.2. Ser joven en Uruguay.....	18
4.3. Dispositivos de salud pública y poder médico.....	22
5. Metodología.....	27
5.1. Elección y fundamentación del paradigma: cualitativo.....	27
5.2. Elección y fundamentación del diseño metodológico: etnográfico.....	28
5.3. Selección de los casos.....	28
5.4. Técnicas de investigación.....	29
5.5. Credibilidad.....	30
5.6. Confiabilidad.....	31
6. Análisis.....	32
6.1. Organización de los dispositivos de salud pública.....	32
6.2. Funcionamiento del dispositivo de salud.....	38
6.3. Modelo de internación de sala de salud mental del Hospital Maciel.....	41
6.4. ¿Qué soportes que ofrecen los profesionales?.....	46
6.5. ¿Estos soportes bastan para los jóvenes?.....	50
7. Reflexiones finales.....	54
9. Bibliografía.....	56

## 1. Introducción.

El suicidio en Uruguay es un fenómeno alarmante pero silencioso; si bien en los medios de comunicación pocas veces emerge esta temática como noticia, priorizando homicidios o accidentes de tránsito que son en realidad de menor frecuencia, al punto que el suicidio constituye la muerte por causa extrema con tasas más elevadas: 16 suicidios cada 100.000 habitantes en el año 2013 (MSP, MIDES, MI, MEC; 2014). A su vez, en estudios sociológicos que se han focalizado en el fenómeno desde una perspectiva de largo plazo, podemos apreciar que el comportamiento de las tasas de suicidio desde comienzos del siglo XX hasta la actualidad, presentan una dimensión estructural: se evidencia una invariable estabilidad o consistencia en las cifras sobre el suicidio (Robertt, 2000; González, 2012).

El suicidio constituye una problemática que afecta a la sociedad en su conjunto, no solo porque da cuenta de un sujeto que está sufriendo sino porque su sufrimiento lo trasciende, en la medida que existen vínculos familiares y sociales que resultan también afectados. Así, *“se sabe que por cada suicidio realizado quedan afectadas seis personas vinculadas afectivamente directa o indirectamente”* (Larrobla; 2012: 75).

En la sociedad uruguaya se han desarrollado múltiples medidas para disminuir la cantidad de suicidios, siendo una problemática de prioridad en las políticas de salud mental. Fruto de estos esfuerzos es la *“Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas”* del año 2008, presentada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Salud Mental. Posteriormente, el MSP junto a otros organismos del Estado han puesto en marcha el Plan Nacional de Prevención del suicidio 2011-2015 *“un compromiso con la vida”*.

Finalmente, otra muestra de la relevancia de esta problemática es la declaración del 17 de julio como el Día Nacional de Prevención del Suicidio en Uruguay, fecha en la que se realizan, todos los años, conferencias académicas y actividades concientizadoras. No obstante, a pesar de estos esfuerzos, defendemos aquí que aún no es suficiente, que no alcanza con lo que se hizo y se está haciendo para disminuir la tasa de suicidios, que aún se mantiene estable a lo largo de los años; se considera que hay que redoblar esfuerzos en esta problemática.

De la preocupación sobre los alcances que tiene el suicidio en nuestro país, y teniendo en cuenta las cifras y los pocos estudios que se han realizado particularmente desde las ciencias sociales, se propone un trabajo etnográfico centrado en conocer el rol que cumplen los dispositivos de salud públicos en la atención y tratamiento de los IAE. Esta investigación es resultado de la participación en el quehacer de los profesionales de salud mental del Hospital Pasteur y Hospital Maciel, en la ciudad en Montevideo, dirigido a pacientes jóvenes y socialmente vulnerables. Las preguntas que orientaron el desarrollo de la misma fueron: ¿qué soportes ofrecen los dispositivos de salud a los jóvenes vulnerables?; ¿qué relación establecen con las familias?; ¿qué discursos tienen?

## **2. Problema de investigación.**

### ***2.1 Objeto de estudio de la investigación.***

El objeto de estudio consiste en conocer cómo actúan los dispositivos de salud pública sobre la población juvenil que asiste por realizar intentos de autoeliminación (IAE), y se caracteriza por estar en zonas de vulnerabilidad social y provenir de contextos de precariedad en diferentes niveles. Se encuadra en el quehacer de los profesionales de salud mental en el Hospital Pasteur y el Hospital Maciel de la ciudad de Montevideo.

### ***2.2. Preguntas que guían la investigación.***

#### Preguntas generales:

¿Cómo intervienen los dispositivos de salud pública con los adolescentes y jóvenes que asisten por intentos de autoeliminación (IAE)?

#### Preguntas específicas:

¿Cómo trabajan los dispositivos Pasteur y Maciel con los jóvenes que realizaron IAE y se caracterizan por estar en zonas de vulnerabilidad social y presentar precariedad en diferentes niveles?

¿Qué soportes les brindan los dispositivos de salud públicos?

¿Qué relación establecen con las familias?

¿Qué discursos tienen los profesionales de la salud mental?

### ***2.3. Justificación de la investigación.***

Las tasas de suicidio de los jóvenes uruguayos son elevadas y preocupantes. Ante esta problemática surge el interés por conocer el rol que cumple la salud mental en la atención y el tratamiento de los IAE de los jóvenes. La metodología empleada se aleja del estudio tradicional de suicidio mediante sus tasas, ya que se investigó a través de

una mirada cualitativa, es decir desde dentro de los dispositivos de salud, en interacción con los sujetos involucrados.

#### ***2.4. Objetivos de investigación.***

**Objetivos generales:** Generar conocimientos desde un estudio etnográfico sobre el ámbito escasamente investigado y de suma relevancia para Uruguay teniendo en cuenta las cifras de las tasas de suicidio.

**Objetivos específicos:** Desde la sociología cualitativa, contribuir al conocimiento del quehacer de los dispositivos de salud públicos en lo que refiere a la atención de adolescentes y jóvenes que asisten por realizar IAE y se caracterizan por provenir de contextos de precariedad en diversos niveles y de vulnerabilidad social.

### 3. Antecedentes.

En términos generales, la disciplina de salud mental considera el suicidio como un fenómeno multicausal que consiste en el acto de que una persona se mate a sí misma. En él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural; el suicidio impacta en el plano individual, familiar y social a través de varias generaciones (Plan Nacional de Prevención del suicidio MSP; 2011).

Uruguay presenta, junto a Cuba, la tasa de mortalidad por suicidio más elevada del continente. A su vez, a partir del año 1989, se está dando un aumento constante y sistemático en ella, lo que constituye un problema mayor para la salud pública; sin embargo, teniendo en cuenta la tendencia al subregistro en América Latina, esto debe tomarse con cautela. Según el Ministerio de salud Pública de Uruguay, la mortalidad de suicidio consumado presenta una tasa de 16 suicidios por 100.000 habitantes.

**Cuadro: Suicidios en Uruguay 2009-2013**

<b>Año</b>	<b>Tasa de suicidios X 100.000 Hab.</b>
2009	16,6
2010	16
2011	16,4
2012	16,8
2013	16

Fuente: Ministerio de Salud Pública, 2013.

La Tasa de suicidio según sexo es la siguiente: hombres 25,6 cada 100.000 hab. y mujeres 7,0 cada 100.000 habitantes (MSP, 2013). Si consideramos su prevalencia según sexo, en nuestro país el suicidio se distribuye en forma desigual, esto es similar en la mayoría de los países del mundo. El suicidio consumado es más frecuente en

hombres, a diferencia de los intentos, que en su mayoría son realizados por mujeres. Esto puede deberse a que los hombres utilizan métodos más violentos como armas de fuego y ahorcamiento que resultan más eficaces.

El suicidio ha sido poco estudiado en Uruguay desde las Ciencias Sociales. A su vez, se ha investigado el tema principalmente desde el estudio de las tasas de suicidio y métodos cuantitativos. Los sociólogos uruguayos referentes en la temática, que se destacan son Pedro Robertt, Víctor González, Pablo Hein, Germán Busch, Nilia Viscardi. Se reseñará a continuación sus principales aportes a esta temática.

**Dajas, Viscardi y Hor** realizaron un trabajo de corte psicológico, en el que estaban preocupados por la alta tasa de suicidios en adolescentes varones y las elevadas cifras de intento en adolescentes mujeres. Así, emprendieron un estudio que culminó en la elaboración de un artículo al que denominaron “*Altas tasas de suicidio en Uruguay. Evaluación de la desesperanza en la adolescencia*” (1994). Mediante la utilización de la Escala de Desesperanza de Beck (EDB) exploraron, a través de veinte ítems, el nivel de desesperanza y las expectativas futuras de adolescentes potenciales suicidas o que luego de realizar un IAE no estaban arrepentidos. Además, complementaron la EDB con preguntas sobre la situación económica, la relación familiar y la existencia de amigos. Encontraron que entre el 7 y 11 % de los jóvenes presentaban un puntaje de desesperanza alto y en zona de riesgo de la EDB (puntaje superior a diez). A su vez, observaron que tanto en Montevideo como en el interior del país, la desesperanza se correlaciona en forma estadísticamente significativa con las dificultades económicas, los problemas familiares y la sociedad.

**Víctor González** en su artículo “*Suicidio y precariedad en Uruguay*” (2012) analizó la evolución de las tasas de suicidio asociado con los distintos acontecimientos de la sociedad uruguaya a lo largo del siglo XX. Reparó en cómo la precariedad vital desde sus distintas dimensiones, configura el trasfondo de "riesgo" que explica la evolución de la tasa de suicidios en forma diferencial para cada grupo de edad y sexo; en donde los jóvenes son los más expuestos o desprotegidos a los cambios estructurales acaecidos en nuestra sociedad.

En la investigación, “*Ni siquiera Flores: los suicidios en Uruguay*” (2010) González realizó un análisis acerca de las características que presenta el suicidio en jóvenes en

Montevideo en el año 2007. Investigó 201 casos de suicidio y 665 casos de intentos de autoeliminación a partir del Sistema de Gestión Policial de la Jefatura de Policía de Montevideo. Estimó las tasas de suicidio específicas para cuatro niveles socioeconómicos, lo que le permitió establecer la siguiente conclusión: a mayor estrato socioeconómico menor tasa de suicidio.

**Pedro Robertt** estudió el comportamiento de la tasa de suicidios al estilo durkheimiano: para un período de treinta años (1963-1993) realizó una comparación de la tasa de suicidio uruguaya a nivel internacional. Puntualizó en su constancia y variación, en esos años para nuestro país, y analizó el comportamiento de la tasa bajo la presencia de tres variables: sexo, edad y división en dos grandes áreas nacionales (Montevideo/ Interior). Luego, agregó más variables que las relacionó con estas tres variables originales.

**Germán Busch** en su monografía de grado *“El suicidio en Uruguay, análisis y reflexiones desde la sociología”* (2012) continuando la tradición sociológica inaugurada por Durkheim e iniciada en Uruguay por Robertt, y mediante el estudio de la tasa de suicidio exploró las características del fenómeno para los años comprendidos entre 1996 y 2009, utilizando una base de datos con todos los casos de suicidio registrados por el Ministerio de Salud Pública en el período mencionado. A partir de estos datos estableció las tasas de suicidio para todo el país y para cada uno de estos años y, en poblaciones específicas definidas por tres variables: sexo, departamento y edad. A estas tres variables originales posteriormente les sumó otras como: situación conyugal, (soltero, casado, unido, separado, divorciado, viudo), política, delitos y economía. Realizó también asociaciones entre la tasa de suicidio nacional y otros indicadores que se consideran vinculados al problema de la cohesión social. Concluyó que podría haber vinculación entre la tasa de suicidios de una sociedad con el estado de cohesión social de la misma.

**En síntesis**, estos estudios sociológicos mencionados presentan una mirada de larga duración y permiten apreciar la dimensión estructural del suicidio en la sociedad uruguaya, es decir la consistencia o estabilidad de la cifra de las tasas de suicidio.

Por último, el equipo multidisciplinario que integra **Pablo Hein**, compuesto por especialistas de distintas disciplinas académicas como psicólogos, médicos, etc.

realizaron una guía de prevención del suicidio en adolescentes, en la cual proponen conceptualizaciones claras sobre la problemática del suicidio, el manejo del mismo y la posible prevención en el ámbito de la salud y la educación.

## 4. Marco Teórico.

### 4.1. Suicidio desde la sociología.

Emile Durkheim entiende por suicidio, *“todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debería producir este resultado”* (Durkheim, 1897: 5). Mientras que a la tentativa de suicidio la define *“es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte”* (Durkheim, 1897: 5).

Para Durkheim el suicidio es un *hecho social*, que interesa a la Sociología si y sólo si, *“se considera el conjunto de suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una unidad de tiempo determinado”* (...) De modo que (...) *“el total de suicidios obtenido no es una simple adición de unidades independientes, o una colección, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo y sui géneris que tiene su unidad y su individualidad, y como consecuencia, su naturaleza propia, y que además esta naturaleza es eminentemente social”* (Durkheim, 1897: 8).

En una primera instancia, analiza cómo afectan al porcentaje de suicidios los factores de naturaleza no social, es decir ajenos a la sociedad, como la raza, la temperatura, entre otros; llegando a la conclusión de que estos carecen de propiedades explicativas. A su vez, descarta también la posibilidad de que todos los suicidios sean consecuencia de la locura, ya sea ésta transitoria o duradera, pues un porcentaje alto de suicidios son deliberadamente preparados y no son fruto de alucinaciones. Finalmente, encuentra explicación al porcentaje de suicidios, en la tasa social de suicidio, buscando las causas en la naturaleza de las sociedades mismas, es decir en la aptitud que cada una de ellas tiene para el suicidio. En otras palabras, concluye que la tasa social del suicidio se explica sociológicamente. Así, expone cuadros con datos sobre la constancia del suicidio en los países europeos y comprueba que las cifras para una sociedad dada son casi invariables, de modo que *“cada sociedad tiene, pues, en determinado momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio”* (Durkheim, 1897:10). Las tasas de suicidios, constituyen un sistema de hechos, único y determinado que varía según la sociedad, las considera como un índice característico de cada grupo social.

Como factor explicativo central del suicidio, Durkheim, propone el grado de *integración social* del individuo a la sociedad. Para determinar este grado de *integración social*, analiza el suicidio por diversas variables como estado civil, religión, sexo, edad, entre otras. De este análisis concluye que cuanto más integrado a las instituciones esté el individuo y más fuertes sean los lazos sociales que lo unen tendrá menos tendencia al suicidio. En esta idea radica el problema sociológico estudiado: ¿los jóvenes que asisten a los dispositivos de salud en estudio presentan lazos sociales fuertes o débiles?

El comportamiento suicida tiene la apariencia de agotarse en el ámbito de la acción individual, en el plano más íntimo del individuo que se enfrenta voluntariamente con la muerte; sin embargo la obra de Durkheim nos muestra que aunque se trate de un acto plenamente individual, se puede afirmar que, actúa allí la fuerza de la sociedad. Finalmente Durkheim, relaciona el grado de *integración social* con las tasas de suicidio: mediante un exhaustivo análisis, elabora la proposición de que la tasa de suicidio varía en proporción inversa al *grado de integración social* del individuo a la sociedad.

Explicaciones de cuando la *integración social* es débil:

- primacía de la conciencia individual sobre la conciencia colectiva, el suicidio que tiene lugar en este caso es el "*suicidio egoísta*". Resultaría del individualismo contemporáneo, en donde los lazos sociales se ven debilitados y los deseos individuales no reparan en los límites debido a que se ha separado de la sociedad, ésta no ejerce sobre el individuo, el suficiente dominio para imponer reglas.
- el suicidio anómico, se diferencia del anterior, en que el individuo no se adapta a las normas. "*Este afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia, en donde la existencia social ya no está regulada por la costumbre; los individuos compiten permanentemente entre sí; esperan mucho de la existencia y le exigen mucho; por tanto están continuamente acosados por el sufrimiento que genera la desproporción entre sus aspiraciones y sus satisfacciones*" (Aron, Raymond; 2004: 277)
- en el suicidio altruista, la conciencia individual queda minimizada frente a la conciencia colectiva, el individuo no es capaz de resistir a la presión de las

normas. Ejemplo en "sociedades más primitivas" donde la acción de autoeliminación se asume como un deber moral en los rituales. Una correcta *integración social* sería, en palabras de Durkheim “*la armonización de la conciencia colectiva con la conciencia individual, el equilibrio de ambas, resuelve su dualidad*” (Durkheim;1897).

A continuación planteamos, otra perspectiva metodológica para estudiar del suicidio desde la sociología, en la que se basa nuestra monografía. El sociólogo argentino Pablo Daniel Bonaldi publicó, junto a otros docentes de la Facultad de Psicología de Buenos Aires, un libro titulado “*Comportamientos suicidas en Adolescentes*” (2000) En el capítulo dos hace un estudio del suicidio desde la perspectiva sociológica; su objetivo es mostrar cómo se ha ido conformando una manera particular de estudiar el suicidio diferente al de las otras disciplinas. Así, plantea que la posibilidad de pensar el suicidio desde una perspectiva sociológica no surge de la nada sino que es el resultados de debates y confrontaciones, y la intención del autor es dar cuenta de estas disputas teóricas a lo largo del capítulo. Relata que en el siglo XVII comenzó a surgir una literatura moderna que se preocupa por abordar la temática de la moralidad del suicidio. Los trabajos empíricos realizados en esa época pueden clasificarse en dos grandes grupos, el primero médicos y psiquiatras que presentaban los resultados de la experiencia clínica, y el segundo grupo los “estadísticos morales” que se ocupaban de las cifras sociales de las distintas sociedades. Estos últimos, constituyen la raíz de la perspectiva sociológica con interés científico sobre el suicidio. El libro *El suicidio* (1897) escrito en el siglo XIX por Durkheim, puede ser considerado como la continuación o punto de mayor desarrollo dentro de la tradición de los “estadísticos morales”. De todos modos, la originalidad de Durkheim radica en que no se limitó a constatar relaciones particulares, sino que procuró crear una teoría sociológica abarcativa que le permitiese dar cuenta de las regularidades existentes en las tasas de suicidio. A diferencia de los “estadísticos morales” que estudiaban factores del más diverso carácter, él consideraba que los factores sociales eran los únicos que podían explicar las variaciones de las tasas de suicidio. Por la fuerza de su argumentación y la pericia con que manejó la información empírica en el libro, Durkheim marcó una

tradición de investigación sociológica. Muchos sociólogos a lo largo del tiempo, han aceptado que la tarea sociológica en el suicidio debe centrarse en el estudio de las tasas de suicidio y su explicación a partir de los factores sociales.

Ahora bien, existen otros enfoques que critican la utilización de las tasas de suicidio, pues consideran que trabajar con las estadísticas oficiales presenta desventajas, como la disponibilidad de los datos o que las tasas no reflejan la cantidad de suicidios reales sino las muertes registradas como tales.

Los etnólogos que pertenecen a la etnometodología, ponen de manifiesto este problema señalando que las estadísticas oficiales no emergen naturalmente sino que son resultado de un proceso de construcción social. Por ende, no son partidarios de analizar y comparar las tasas como si fueran un dato neutro sino que consideran que hay que tener en cuenta que dicho dato lo producen las instituciones y las personas. Entonces sostienen que las estadísticas oficiales son el resultado de negociaciones y decisiones, que suponen la puesta en juego de un conjunto de expectativas, creencias y teorías.

Estas críticas al uso de las estadísticas oficiales están acompañadas del surgimiento de perspectivas teóricas y propuestas de nuevos métodos de investigación, que denuncian las conceptualizaciones abstractas y vacías implícitas en el uso de datos estadísticos. En su lugar, proponen la observación y descripción detallada de las circunstancias, los elementos y los indicios que rodean al acto suicida. Se considera a los suicidios como toda acción humana dotada de intencionalidad, que sólo puede ser explicada a través de la comprensión del sentido que los sujetos atribuyen a esa acción.

Los trabajos inspirados en la reacción societal definen los suicidios como resultado de un proceso de interacción social, de modo que el foco de atención está puesto en las reacciones sociales de los otros frente a la persona potencialmente suicida. Que el individuo ejecute o no el suicidio va a depender, en parte, de la naturaleza de la respuesta que las otras personas ofrecen. Por eso, se plantea desplazar el centro de atención de la persona potencialmente suicida a las relaciones sociales que lo rodean.

En general, los enfoques interpretativos consideran que el suicidio no puede ser comprendido sin recurrir a un estudio cuidadoso del contexto micro social en donde tiene lugar. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado en que el análisis no corra riesgo de ser una mera reproducción de la perspectiva de los sujetos, sin conseguir formar un

aporte teórico relevante sobre el suicidio.

**En síntesis**, queremos destacar en este primer capítulo, la distinción de dos enfoques, el de los estudios e investigaciones del suicidio a partir de las tasas como lo han hecho Durkheim, Robertt, Busch, entre otros; y el enfoque de corte cualitativo que critica el uso de las estadísticas y las conceptualizaciones abstractas para entender dicho fenómeno, y en su lugar proponen estudiar el suicidio mediante el acercamiento del investigador al contexto micro social en donde tiene lugar, centrando la atención en las relaciones sociales que rodean a la persona que realizó un IAE.

Esta monografía sigue la última línea planteada, que consiste en la observación y descripción de la situación de los jóvenes que realizaron IAE analizando cómo se encuentran con respecto a las relaciones sociales, los lazos sociales, la pertenencia a zonas de integración social en un espacio micro social al que pertenecen.

## 4.2. Ser joven en Uruguay.

El sociólogo Víctor González considera que *“estructuralmente ser joven presenta características de un período de precariedad: marginación y falta de oportunidades, inestabilidad laboral, fragilidad de las condiciones de trabajo, encarecimiento del mercado de la vivienda, transformaciones de las relaciones afectivas y de pareja, entre otras”* (González; 2010:s/n)

Parafraseando a la academia uruguaya sobre la juventud, existen diferentes juventudes, determinadas por diversos factores, que constituyen diferentes trayectorias, itinerarios y transiciones de los jóvenes para lograr la emancipación familiar plena. Por ejemplo, en los jóvenes que pertenecen a hogares con una o más necesidades básicas insatisfechas, en viviendas precarias, residencia en la periferia de la ciudad, con concentración menores de edad a su cuidado, se visualiza cómo estos jóvenes sufren una transición a la adultez más temprana y por tanto más precaria, llevando adelante procesos como el abandono del hogar de origen y conformación del propio, el ingreso al mercado de trabajo y la concepción del primer hijo (Rivero;2012:144).

Por otro lado, Daniel Ciganda (2008) destaca que la asunción de roles adultos están determinados por las condiciones socioeconómicas de los jóvenes: son los más pobres quienes presentan transiciones más tempranas, en todos los casos con diferencias apreciables entre mujeres y varones. Tendencia que también se da en aquellos que poseen menor cantidad de años de estudio. A su vez, son los jóvenes de nivel económico medio y alto los que vivencian procesos de dilatación en el tiempo de eventos como casarse o vivir en pareja, dejar de vivir con los padres o tener hijos.

La Encuesta Continua de Hogares (ECH) del año 2009, en referencia a la situación de los jóvenes uruguayos con respecto al estudio y trabajo, expresa que 17,9% no estudian ni trabajan. Se establece también que un 40,4% del total de los jóvenes ha ingresado al mercado de trabajo pero se ha alejado de los estudios condicionando la calidad del empleo futuro. En consecuencia, el 12,8% de las personas jóvenes estudia y trabaja. Esta última situación no solo recarga las exigencias de vida, sino que además compromete la posibilidad de finalización de los cursos curriculares. Sólo el 29% de la

población joven estudia y no trabaja, nivel que descende a medida que aumenta la edad de esta población (ECH, 2009).

Los sociólogos Boado y Fernández (2010) manifiestan que si los jóvenes consiguen empleo es probable que lo hagan en sectores de baja calificación, sin protección de la legislación laboral. Además, son más vulnerables a los shocks de ciclos económicos negativos (caída del salario, pérdida del empleo). En cuanto a la duración de los empleos, dicen que en la medida que ingresan más tardíamente al mercado de trabajo, sus empleos tienden, lógicamente, a tener menor duración. Del total de los desafiados, el 90.5% tuvo una primera experiencia laboral, es decir forman parte de la población activa, y el 10.6% restante son población inactiva. Este último grupo es asignado por algunos autores como “los dobles inactivos” es decir ni estudian ni trabajan; también denominados “los ni ni”. Presentan una doble posición social de exclusión, dado que tampoco pueden acceder a la red de asistencia y protección derivada del trabajo, en el total de cohorte PISA, estos jóvenes representan el 3.3%.

*“Los jóvenes son los más afectados, y las mujeres más que los hombres. No obstante, el fenómeno afecta también a lo que podría denominarse núcleo duro de la fuerza de trabajo”* (Castel; 1997:404, 405).

En relación con el suicidio González manifiesta *“las dimensiones de la precariedad que afectan a los jóvenes llevan a un mundo de vida marcado por la “precariedad vital”, que desde sus distintas dimensiones configura el trasfondo de “riesgo” que explica la evolución de la tasa de suicidios en forma diferencial para cada grupo de edad y sexo; donde los jóvenes son los más expuestos o desprotegidos a los cambios estructurales acaecidos en nuestra sociedad”* (González; 2010).

**En síntesis**, estas situaciones que vivencian los jóvenes, falta de empleo, conflicto con los padres, abandono de instituciones educativas constituyen factores de riesgo y los coloca como propone Robert Castel en zonas de *vulnerabilidad social* *“una zona intermedia, inestable, que conjuga la precariedad del trabajo y la fragilidad de los soportes de proximidad”* (Castel; 1997: 15). El análisis de *vulnerabilidad* se sustenta en la visualización de los soportes que dan un espacio institucional al individuo. Supone que un individuo puede localizarse en diferentes *zonas de vulnerabilidad*, pudiendo caer en *desafiliación social*, es decir cuando queda disociado de las redes sociales y

sociales que permiten su protección.

Castel entiende al trabajo no como mera relación técnica de producción sino como un soporte privilegiado de inscripción en la estructura social. Considera que hay *“una fuerte correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en las redes sociabilidad y en los sistemas de protección que “cubren” a un individuo ante los riesgos de la existencia”*, (Castel; 1997: 15). No obstante, se pueden identificar varios círculos de identidad colectiva como gremios en el trabajo, pertenencia sindical, partido político, el barrio en el que se reside, la comunidad que se forma parte, la pertenencia a un centro educativo, a un trabajo, a una familia, a un club deportivo, a un centro religioso, entre otros.

Los conceptos que elabora Castel, a saber: *desconversión social, el individualismo negativo, la vulnerabilidad de masas, la handicapología, la invalidación social, la desafiliación*; adquieren sentido en el marco de una problemática de integración o de la anomia. Sus reflexiones tratan sobre las condiciones de la cohesión social y de la presencia de individuos ubicados como en situación de flotación en la estructura social.

Por otro lado, en este contexto que viene siendo delineado, se torna relevante la familia como soporte de identidad e integración social, por esta razón es que los siguientes párrafos serán dedicados a conceptualizar su importancia. Esta institución tradicionalmente “cumplió”, en nuestra sociedad, la función socializadora e integradora. Ahora bien, se emplea el verbo en pasado porque esto ha variado a lo largo de la historia, ya que varias teorías expresan que la familia como institución ha cambiado por diversos factores, uno de ellos, por ejemplo, son los cambios en el mundo del trabajo.

En este sentido, el psicólogo uruguayo Víctor Giorgi manifiesta: *“Los cambios en el mundo del trabajo producidos en los años 90 trajeron inestabilidad y precarización. Estos procesos atentan contra la estabilidad del adulto y su posibilidad de proyección hacia el futuro (...) A su vez distintos indicadores (menos matrimonios, más divorcios, menor duración del matrimonio, hogares reconstituidos con escasa claridad de los roles adultos) dan cuenta de crecientes niveles de inestabilidad familiar. Asistimos así a la crisis de uno de los dispositivos tradicionales de protección y socialización de los niños, niñas y adolescentes. Esto configura la denominada “fragilización del mundo adulto”* (Víctor Giorgi; 2009).

Garbarino y Maggio (1990) plantean que el proceso del adolescente que le permite ingresar al mundo adulto es bilateral, dado que hay que considerarlo como un interjuego recíproco entre los jóvenes y los adultos; y en este hecho es que radica la importancia de la familia. Cada movimiento o transformación producido en los adolescentes, produce su impacto y necesita un ajuste por parte de los familia: el joven pierde su infancia y los adultos pierden al niño. Es por esto que se sostiene que las dificultades de los jóvenes hay que considerarlas como producto de una relación bidimensional.

### **4.3. Dispositivos de salud pública y poder médico.**

Nos remitiremos ahora, a otro aspecto fundamental de este trabajo, el espacio en donde se llevó a cabo la investigación: los dispositivos de salud pública u hospitales.

En el latín *hospitalis*, es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud, se diagnostican enfermedades y se realizan distintos tipos de tratamientos para restablecer la salud de las personas. El concepto tiene su origen en *hospes* (“huésped”), que después derivó en *hospitalis*. En la antigüedad, se asociaba al establecimiento donde se cumplían tareas de caridad y se asistía a pobres, ancianos, peregrinos y enfermos. Con el tiempo, la idea de hospital empezó a asociarse al cuidado y diagnóstico de aquellas personas con problemas de salud; también se tornaron en centros de labores investigativas y de formación de futuros médicos.

Erving Goffman en su libro *Internados* (1961/1994), asocia los hospitales psiquiátricos con el término *Institución total*, que define como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación y aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente. En ellas, los individuos (pacientes) desarrollan todos los aspectos de su vida en un mismo lugar y bajo la autoridad que los vigila; cada etapa de la actividad de los miembros se lleva a cabo en la compañía inmediata de otros. Así, las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente y toda la secuencia de actividades, se impone desde arriba mediante un sistema de normas explícitas y un cuerpo de funcionarios. En las *instituciones totales* que define Goffman hay una escisión básica: un gran grupo manejado – los pacientes- que los llama *internos* y un pequeño grupo personal supervisor- profesionales y técnicos que cumplen en general jornadas de determinadas horas y están socialmente integrado con el mundo exterior. Sin embargo, los *internos* viven dentro de la institución, tienen limitados contactos con el mundo más allá del hospital, y no tienen posibilidad de intimidad alguna (atmósfera promiscua). Considera que vivencian agresiones elementales contra el yo y varias formas de desfiguración. También, se caracterizan por estar medicados, y si no quieren se los obliga a tomar la medicación. Este concepto de *institución total* de Goffman fue retomado en esta investigación. No obstante, aclaramos que el Hospital Pasteur queda por fuera porque

no tiene internación para pacientes de salud mental en sus instalaciones; por esta razón se analiza sólo el caso del Hospital Maciel, ya que si se realizan internaciones. Hay que tener en cuenta que, aquí se propone utilizar el concepto de *institución total* en sentido weberiano, es decir a modo de tipo ideal, ya que a diferencia de los estudios de Goffman, en este caso se parte de la base de que las internaciones de salud mental del Maciel son por períodos de tiempo muy breves y no constituye un Hospital Psiquiátrico. Además, sobre los hospitales, el filósofo francés Michel Foucault en su texto *Vigilar y Castigar* (1975/2008) plantea una mirada particular; los agrupa en las instituciones de la Modernidad que están encargadas de “hacer vivir, ya que se necesitan cuerpos dóciles, sanos y útiles para el trabajo. Así, aparecen las tecnologías disciplinarias, que operan en las instituciones como la escuela, la fábrica, las cárceles, los hospitales, etc., a través de los dispositivos como el panóptico (concepto que retoma de Jeremías Bentham), y funcionan como un gran ojo de poder presente consiste en ver sin ser visto. Las tecnologías disciplinarias están centradas en el cuerpo individual, al cual adiestran, vigilan, utilizan y castigan, por medio de un sistema de vigilancia, de jerarquía, de inspección, etc., que consiste en ver sin ser vistos.

Este modelo se basa en la valoración de la razón quienes no escogen este camino como los locos, criminales, ignorantes, deben ser enviados a instituciones disciplinarias, en las cuales se les hará reconocer su error para luego ser reintegrados a la sociedad.

Goffman en su texto *Estigma* (1963/1993) sostiene que la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes o naturales, y las primeras apariencias ante un extraño nos permiten prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su identidad social. Se utiliza el término *estigma* para hacer referencia a un atributo profundamente desacreditador en un individuo. Una persona que realiza un IAE queda estigmatizada por la locura, se considera que tuvo una conducta anormal que hay que disciplinar. En el caso de los jóvenes estudiados, además son estigmatizados por la pobreza y exclusión.

En este mismo sentido, José Pedro Barrán (1999) plantea concebir al médico como un elemento disciplinador, que se sitúa como única figura curadora, desacreditando a las demás como ser chamanes, curanderos, etc., y concentrando de esta forma el poder de curar. Se constata como manifestación principal de este modelo de medicina, la

medicalización, que resulta medular para la concreción de estos procesos disciplinarios. María Noel Míguez (2012) expresa “*medicar cuerpos con psicofármacos estaría remitiendo a una racionalidad instrumental moderna a través de dispositivos cada vez más mediados por el saber/poder unidireccionalizado (proceso de medicalización) bajo la falacia del “bien colectivo”*”. (Míguez, M; 2012). Los médicos cumplen una función disciplinadora utilizando los psicofármacos como recurso indiscutible para el disciplinamiento de conductas no hegemónicas que se presentan en la población.

Finalmente, la teoría que Goffman elabora retomando metafóricamente el mundo teatral en el libro “*La presentación de la persona en la vida cotidiana*” (1959/1989) se empleó para describir los dispositivos de salud mental en estudio, su organización y funcionamiento. Se utilizan los conceptos de *actuación*, *fachada social*, *medio* y *fachada personal*, y se intenta describir todas las actividades que desempeñan los profesionales de la salud mental en su quehacer cotidiano o rutina con los pacientes que ingresan por IAE, y los espacios en donde funcionan regularmente de forma general y prefijada estas actividades.

Profundizando en los conceptos, Goffman utiliza el término *actuación (performance)* para referirse “*a toda la actividad de un individuo que tiene lugar durante un período señalado por una presencia continua ante un conjunto peculiar de observadores y posee cierta influencia sobre ellos*”. (Goffman; 1989:27) De este modo, si usamos como eje de referencia a una persona y a su actuación, todos aquellos que participan con otras actuaciones serán definidos como *audiencia, los observadores o coparticipantes*. Por otro lado, “*La pauta de actuación preestablecida que se desarrolla durante una actuación y que puede ser presentada o actuada en otras ocasiones puede denominarse papel (part) o rutina*”. (Goffman; 1989:27). En este contexto la *fachada social* será la parte de la actuación que: “*funciona regularmente de forma general y prefijada, a fin de definir la situación con respecto aquellos que observan dicha actuación (...) la dotación expresiva de tipo corriente empleada intencional o inconscientemente por el individuo durante su actuación*” (Goffman 1989: 33, 34).

Así, la fachada transmite información sobre la actuación que se está realizando. Dentro de esta conceptualización de fachada, el *medio (setting)*, refiere a todos los elementos que constituyen el trasfondo escénico como el mobiliario, el decorado, los equipos y

otros (Goffman, 1989). Es decir: los medios y los espacios que proporcionan el “*escenario y utilería*” para las acciones humanas que se desarrollan ante, dentro o sobre él. Cabe destacar que tiende a permanecer fijo. Un ejemplo podría ser: la sala de estar de una casa. A su vez, el medio también comprende *las partes escénicas de la dotación expresiva, la fachada personal* que se identifica íntimamente con el actuante mismo (individuo). Como podrían ser, las insignias del cargo o rango, el vestido, el sexo, la edad, las características raciales, el tamaño y el aspecto, el porte, las pautas del lenguaje, las expresiones faciales, los gestos corporales, entre otros. En lo que refiere a estos vehículos transmisores de signos, algunos son para el individuo relativamente fijos, como por ejemplo las características raciales, es decir durante un periodo de tiempo no varían de una situación a la otra; mientras que existen otros vehículos de signos que, por lo contrario, son relativamente móviles o transitorios y pueden variar durante una actuación de un momento a otro.

En lo que refiere a los estímulos que componen la *fachada personal*, Goffman distingue *modales (manner)* de *apariencia (appearance)*. Los *modales* hacen referencia a aquellos estímulos que advierten al público acerca del rol de interacción que el actuante esperará desempeñar en la situación que se avecina. Mientras que por *apariencia* entiende a aquellos estímulos que informan al público sobre el status social del actuante y acerca del estado ritual temporario del individuo, es decir que tipo de actividad social ocupa en ese momento.

En esta concepción de Goffman, el individuo desempeña un papel y solicita a sus observadores que tomen en serio la impresión que desea transmitir, en otras palabras pide al auditorio o público que crean en los atributos que aparenta como actor.

Aplicando la teoría de Goffman a esta investigación, se puede decir que los profesionales de salud mental y los pacientes desarrollan actuaciones y se esmeran por generar impresiones en el resto de los presentes. Goffman propone, con su teoría, analizar las actuaciones del individuo, observando la propia confianza que tiene el mismo en las impresiones de la realidad que intenta engendrar en aquellos entre los que se encuentra. Un individuo al principio asume un rol o máscara sin creerlo y con el transcurrir del tiempo termina creyendo el sí mismo que asumió. En este sentido, sugiere dos extremos: un individuo que cree en sus propios actos y otro que es escéptico

acerca de sus actos. En un polo se encuentra el actuante que cree por completo en sus propios actos y que puede estar convencido de que la impresión de la realidad que pone en escena es la verdadera realidad, siempre y cuando su público también se convence de la representación que él ofrece. A este tipo de actor lo denomina *sincero*. En el otro polo está el actuante que no se engaña con su propia rutina, al que llama *cínico*. En los hospitales, el personal en general y los pacientes desarrollan *actuaciones* y se esmeran por generar impresiones en el auditorio o público que los observa.

**En síntesis**, Goffman fue retomado en esta investigación a partir de los trabajos: “*La presentación de la persona en la vida cotidiana*” (1989) para describir los dispositivos de salud en estudio, su organización y funcionamiento; y del libro “*Internados*” (1961) se retomó el concepto de *instituciones totales* -como un tipo ideal weberiano- para describir el modelo de internación de la sala de salud mental que sólo está presente en el hospital Maciel, ya que el Pasteur no tiene sala de internación para pacientes de salud mental. Así como también, se comparte la perspectiva de Foucault de analizar las instituciones de la modernidad- una de ellas el hospital- como instrumentos disciplinarios de los cuerpos, d que están encargadas de “hacer vivir, ya que se necesitan cuerpos dóciles, sanos y útiles para el trabajo. Este modelo se basa en la valoración de la razón, quienes no escogen este camino como los locos, criminales, ignorantes, deben ser enviados a instituciones disciplinarias, en las cuales se les hará reconocer su error para luego ser reintegrados a la sociedad. Además, Goffman en su texto “*Estigma*” (1963) sostiene que la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes o naturales, y las primeras apariencias ante un extraño nos permiten prever en qué categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su identidad social.

Por último, se comparte la apreciación de que el modelo de la medicina funciona como elemento disciplinario y en particular como propone María Noel Míguez utiliza la medicalización, como mecanismo medular para la concreción de estos procesos disciplinarios de las conductas no hegemónicas.

## **5. Metodología.**

La estrategia metodológica que se abordó para realizar el trabajo de campo se aparta de la tradición sociológica inaugurada por Durkheim, y que consiste en el estudio del suicidio mediante las tasas. Como veíamos, en Uruguay hay varias investigaciones basadas de este cohorte como lo son las de Pedro Robertt, Germán Busch y Víctor González. Se pretende con esta investigación contribuir a la problemática del suicidio de los jóvenes uruguayos desde una perspectiva cualitativa de carácter descriptivo, desde dentro de los dispositivos de salud y en interacción con los sujetos involucrados.

### ***5.1. Elección y fundamentación del paradigma: cualitativo.***

El diseño de investigación con el que se abordó el trabajo de campo y el análisis de la investigación está inscripto en el paradigma cualitativo, ya que no es la intención de este trabajo generalizar los resultados, sino rescatar lo concreto, es decir la realidad de los dispositivos de salud y de los profesionales de salud mental que trabajan en ellos, en la atención y prevención del suicidio de los jóvenes que asisten por realizar intentos de autoeliminación. Uno de los rasgos epistemológicos del diseño es que se intentó captar el punto de vista de los sujetos en estudio, en este caso el de los profesionales de la salud mental, los jóvenes que realizan IAE y sus familiares.

Otra característica del diseño metodológico es el carácter inductivo del trabajo de campo, por ejemplo su ruta metodológica se relacionó más con los descubrimiento y hallazgos que con la comprobación o verificación. Por esta razón fue sumamente relevante el trabajo de campo, pues de allí, se obtuvieron importantes aportes teóricos para el análisis, que en el inicio la investigación no contaba.

La validación de los resultados se logró a través de las interacciones y las vivencias en los dispositivos de salud, del diálogo que se entabló con los profesionales, los jóvenes y sus familiares y del ejercicio sostenido de la observación y la reflexión.

## ***5.2. Elección y fundamentación del diseño metodológico: etnográfico.***

El diseño metodológico elegido está comprendido dentro de la etnografía, que consiste en un proceso sistemático de aproximación a una situación social, considerada de manera global. El objetivo fundamental y el punto de partida que orienta todo este proceso de investigación, es la comprensión empática del fenómeno en estudio; en esta investigación: entender cómo actúan los dispositivos de la salud pública frente a los jóvenes con IAE. Dicho de otra forma, el interés está puesto en entender lo que las personas hacen, en cómo se comportan, cómo interactúan; en intentar descubrir sus creencias, sus valores y sus motivaciones.

Durante el trabajo de campo, la etnografía brindó insumos para observar las prácticas de los profesionales de salud mental con los jóvenes que realizaron IAE y con sus familiares. Fue el marco a partir del cual se participó en las distintas instancias, para contrastar lo que decían y hacían los sujetos en cuestión. La observación directa, en lo que refiere al quehacer cotidiano de los sujetos, permitió la recolección de minuciosos registros y la realización de entrevistas. El resultado que se obtuvo plasmó una fotografía de la temática estudiada.

## ***5.3. Selección de los casos***

Se aplicó un muestreo cualitativo, es decir se adoptó un conjunto de criterios no probabilísticos para seleccionar los casos y contextos posibles de ser observados. Las decisiones muestrales, implicaron seleccionar el contexto que fuera relevante para el problema de investigación, en este caso, los dispositivos de salud públicos que tuvieran relevancia en el área de salud mental para la investigación.

Se recorrieron varios dispositivos de salud públicos y privados, en la ciudad de Montevideo y en Tacuarembó, pero se seleccionaron el Hospital Maciel y el Hospital Pasteur para realizar la investigación. Esta elección se basó en la accesibilidad de los mismos: fueron los más receptivos y dispuestos a participar. Además, es necesario destacar que el Hospital Maciel presenta una sala de internación para pacientes de salud mental con un límite de veinte días, y en la sala trabajan distintas disciplinas

profesionales. El Hospital Pasteur carece de un modelo de internación para salud mental pero presenta un Servicio de Psiquiatría que nos permitió participar de sus actividades como la guardia de los residentes de psiquiatría donde se observaron y entrevistaron a dos jóvenes que ingresaron a la emergencia por realizar IAE.

#### ***5.4. Técnicas de investigación.***

Una de las técnicas de investigación utilizadas fue la entrevista. Por un lado, se entrevistó a informantes calificados, especialistas en la temática del suicidio; por otro lado se realizaron entrevistas a los profesionales y técnicos de salud mental que trabajan en los dispositivos y finalmente se entrevistó a los jóvenes involucrados. Se realizaron un total de dieciocho entrevistas: cinco a informantes calificados: psicóloga docente de Facultad de Psicología y Servicio a la vejez, psiquiatra del Departamento del alumno de Secundaria, psiquiatra coordinador de psiquiatría en la policlínica adolescente de Tacuarembó, psicóloga del consultorio del niño y el adolescente del IMPASA, y psiquiatra del Hospital de Clínicas; ocho entrevistas a los profesionales y técnicos de salud mental que trabajan en los dispositivos de salud, una psicóloga, cuatro psiquiatras y un enfermero del Hospital Maciel y dos psiquiatras del Hospital Pasteur; y dos entrevistas a jóvenes que realizaron IAE y tres familiares también del Hospital Pasteur.

Otra técnica de investigación que se empleó fue la observación, tanto participante como no participante, utilizadas dependiendo de la circunstancias. Estos tipos de observación se caracterizan por ser un proceso abierto y flexible que se lleva adelante en un escenario natural. Ambas formas de observación permitieron conocer el trabajo de los profesionales con los jóvenes, Con estas técnicas se buscó observar e interactuar con los involucrados a través de compartir sus actividades. Por medio de estas participaciones se buscó sumar a la reconstrucción de la realidad, obtener “conocimiento de miembro” y comprender desde el punto de vista de los participantes en lo que refiere a sus vivencias en los dispositivos.

Se realizaron observaciones de las distintas actividades, algunas son: las guardias de los residentes de psiquiatría en emergencia, entrevistas de los profesionales (psiquiatras,

psicólogos, enfermeros) hacia el pacientes, en general las actividades en sala de salud mental del Maciel y servicio de Psiquiatría del Pasteur

La observación participante y no participante se empleó dependiendo de las actividades llevadas adelante en ambos dispositivos: interconsultas, emergencias, guardias de los residentes de psiquiatría. Y en particular de las actividades que sólo se realizan en la sala de internación del Hospital Maciel como son las *multifamiliares* y las *visitas de sala*.

Se observó el recorrido de los jóvenes que realizan IAE por los dispositivos de salud, desde que ingresan hasta que son dados de alta y regresan a sus hogares. Se interactuó con los actores, es decir los jóvenes que realizaron IAE, los familiares que los acompañan y los profesionales de salud mental que los atienden.

Por otro lado, se tuvo muy presente en la investigación, cierto cuidado en lo que refiere al análisis para no correr riesgo de que el mismo sea una mera reproducción de la perspectiva de los sujetos. Se tomaron decisiones que conformaron el camino por el que se obtuvieron ciertos resultados y no otros. A continuación se fundamentan cada una de estas decisiones tomadas.

### ***5.5. Credibilidad***

Para controlar las amenazas que atentan contra la investigación como el tiempo, espacio, historia, contextos, sujetos, y lograr una aproximación de los resultados de la investigación a la realidad; se tomaron diversas medidas para intentar captar la realidad tal cual se presentaba, y lograr así que este estudio tenga credibilidad. Para ello se recurrió a un conjunto de recursos técnicos: la regulación de la duración e intensidad de la observación participante en las diversas actividades en los hospitales, el registro en un cuaderno de campo de todo lo observado y la discusión con compañera de taller que presencié algunas de las observaciones participantes.

Para que las entrevistas recogieran información que represente la realidad de los sujetos en cuestión, fue imprescindible la capacitación en uno de los diez *decálogos del investigador cualitativo*: ser paciente y saber ganarse la confianza de los sujetos, para lograr superar, así, la dificultad que implica revivir para ellos esta situación.

En el desarrollo de las entrevistas, se trató de generar una comunicación espontánea y sincera que permitiera establecer *rapport* o confianza con el joven entrevistado. Se guió la entrevista con discreción sin interrumpir la conversación, sin saltar de un tema a otro sin antes intentar profundizar. Se pretendió claridad al preguntar, teniendo especial cuidado en no inducir las respuestas. Las entrevistas se extendieron mientras se mantuvo el interés y motivación del joven. Se trabajó para lidiar con las emociones y exabruptos para mantener el rol de entrevistador. Se buscó realizar las preguntas en un orden definido: estas fueron de las generales y fáciles a complejas, sensibles y de cierre.

### **5.6. Confiabilidad.**

La confiabilidad de la entrevista se basó en el registro de datos como fecha, lugar, hora; los datos del entrevistado como sexo, edad, etc. Se planteó desde el inicio el propósito de la entrevista, para asegurar la confidencialidad de la información develada por el entrevistado y para que se sintiera más cómodo al hablar. Se les pidió permiso para grabar y tomar nota de la conversación.

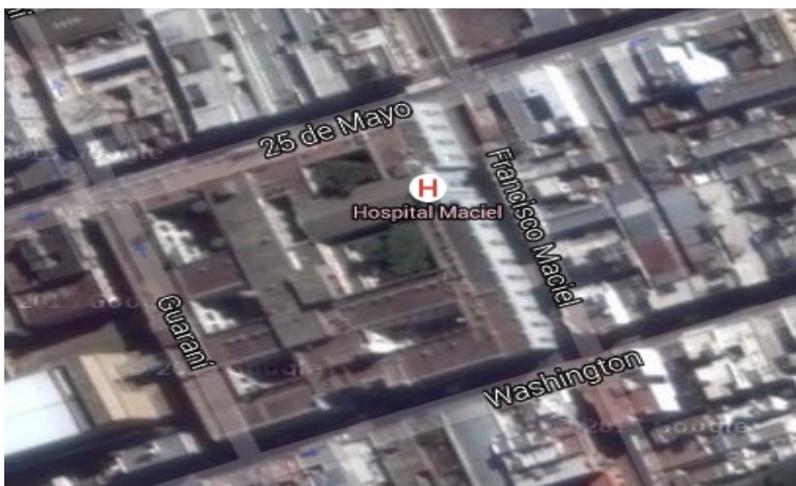
Después de cada entrevista se describió el contexto donde se desarrolló y su evolución: es decir interrupciones, funcionamiento de la guía, actitud del entrevistado, profundidad de las respuestas, niveles de intimidad logrados y reacciones emocionales del entrevistado en el caso de las entrevistas a los jóvenes con IAE.

A través de la observación participante se buscó rigurosidad en la investigación, esto es importante aunque de un modo distinto que en las investigaciones de tipo cuantitativas, pues se resolvieron los problemas de confiabilidad por las vías de la exhaustividad, es decir, mediante el análisis detallado y profundo, a través del consenso intersubjetivo, de la interpretación y del compartir de sentidos. Así se buscó conseguir precisión en las decisiones metodológicas: es decir lograr que posteriormente, aplicando el mismo método, para el mismo objeto de estudio y en condiciones semejantes, se obtienen resultados semejantes. Los procedimientos de muestreo cualitativo explicados anteriormente ayudaron a la confiabilidad de los resultados.

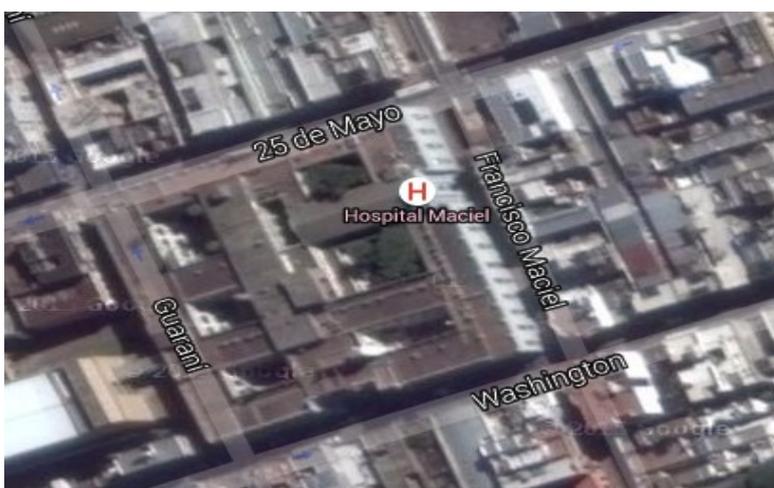
## 6. Análisis.

### 6.1. Organización de los dispositivos de salud pública.

El Hospital Pasteur está ubicado en la calle Larravide S/N entre Asilo y José Antonio Cabrera, en el barrio La Unión. El edificio es emblemático de la zona y forma parte del patrimonio histórico nacional.



Por su parte, el edificio del Maciel se levanta en la esquina delimitada por las calles Maciel, 25 de Mayo, Guarani y Washington, con entrada principal por 25 de Mayo 172, en Ciudad Vieja.



En términos generales, ambos dispositivos de salud tienen en común que son públicos y que se organizan en unidades que cumplen con distintas tareas relacionadas a su

funcionamiento. Por ejemplo, los médicos se dedican a la asistencia directa de los pacientes; el personal administrativo se encarga de conceder turnos, de controlar la admisión y dar de alta de los pacientes, el equipo de gerencia organiza el funcionamiento general de los dispositivos, etc.

La unidad (servicio o departamento) que interesó a los objetivos de esta investigación fue la de salud mental, donde trabajan principalmente psiquiatras y residentes de psiquiatría, pero además hay psicólogos, asistentes sociales y enfermeros, aunque en menor grado. Los psiquiatras en ambos dispositivos estudiados, además de dedicarse a la atención de pacientes, realizan investigaciones académicas y se dedican a la enseñanza en la Universidad de la República. Mientras que los estudiantes además de formarse, también trabajan allí en la atención de pacientes.

Se describe a continuación la *fachada social* (concepto de Goffman) mencionado anteriormente en el marco teórico; el ingreso a la Sala de Salud Mental del Maciel es por una puerta de vidrio, un cartel indica su nombre: Dámaso Larrañaga; al costado de la puerta, del lado interno de la sala, se encuentra un portero que controla el pasaje de la gente y brinda información a quién lo solicite. Del lado izquierdo de la entrada, hay ventanales grandes a lo largo y a lo ancho de todo el pasillo. Del lado derecho de la entrada, hay una puerta que conlleva a una habitación pequeña donde funciona el puesto de enfermería. El mobiliario consiste en: un escritorio, una silla, estantes con papeles de los pacientes y medicamentos. Hay un enfermero por turno para atender a los pacientes internados y colaborar con los demás profesionales que allí transitan. Siguiendo por el lado derecho, se visualizan dos habitaciones para la internación de los pacientes de salud mental, las cuales presentan un mobiliario constituido por cinco camas para hombres y cinco camas para mujeres. Sobre la izquierda al final del pasillo, se encuentra una habitación denominada "sala común" que posee ventanales amplios que le otorgan la característica de ser luminosa. El mobiliario aquí consiste en: una mesa grande, sillas, una televisión, paredes pintadas y escritas con frases realizadas a mano por los propios pacientes. A modo de contextualizar, se conoció que el objetivo de la "sala común" originalmente pretendía ser un medio terapéutico para trabajar algunos aspectos que tienen que ver con lo cotidiano del paciente. No obstante, dada la falta de profesionales

y de recursos destinados para estas actividades, por disposición de la institución no se siguió trabajando en este objetivo. Actualmente, los pacientes la usan como comedor, lugar de estar; para distraerse, mirar tele, tomar mate, compartir e interactuar entre ellos. Para los profesionales la "sala común" es el espacio que permite des-hospitalizar la internación.

Siguiendo con la descripción de la sala de salud mental, hay una puerta que da a un patio interno sin techo, que permite que los internados respiren aire libre, fumen, caminen, etc. Sobre el lado derecho hay una escalera que llega al piso de arriba, en donde hay dos habitaciones que cumplen, la función de consultorios para la atención de los pacientes y los familiares que los acompañan; generalmente se realizan aquí entrevistas. El mobiliario consiste en un escritorio, sillas a los dos lados del mismo, guardarropa para las túnicas blancas de los profesionales, computadora e impresora.

Al lado de los consultorios hay otra habitación que es el cuarto de guardia, en el que se encuentra una cama, una mesa de luz y una televisión. Aquí se quedan los residentes de psiquiatría cuando hacen guardias en la noche. La habitación más amplia es empleada para las reuniones entre los profesionales, las denominadas "visitas de sala". También en ella, se realizan reuniones grupales con los pacientes y sus familiares/acompañantes, para hacer terapia (multifamiliares), se dictan clases docentes para los residentes y se atiende grupalmente a los pacientes, y otros tipos de actividades. El mobiliario está conformado por tres bancos largos dispuestos en círculo, un pizarrón, un escritorio y sillas. Hay dos baños, uno para damas y otro para caballeros, con espejos y lavadero. En general, la Sala de Salud Mental Dámaso Larrañaga no presenta decoraciones, la pintura de las paredes no está en buen estado y el lugar no es agradable a la vista. Esto pasa también en el resto del Hospital, en el cual generalmente predomina el color gris y el mal estado, generando así la sensación de una infraestructura avejentada.

Esta es la primera sala de salud mental de Uruguay que tiene la calidad de internación y que además tiene un régimen de internación de carácter abierto, lo cual implica que si el paciente se quiere ir, puede hacerlo. Además no se admiten a pacientes sin acompañante permanente. El ingreso se hace a través de la Emergencia o del Comité de Asesoramiento y Recepción del sector de Adicciones.

Siguiendo las ideas de Foucault (1975), se puede interpretar del siguiente modo a la

estructura de la sala de internación de pacientes por salud mental: en ella todo está dispuesto de tal manera que la vigilancia y el control sean posibles. Hay ventanales grandes, un guardia cuidando la entrada a la sala y el puesto de enfermería también está a la entrada; estas disposiciones, entre otras, evidencian el concepto de *panóptico*: una técnica moderna de observación que trasciende y llega hasta la escuela, la fábrica, el hospital y el cuartel. El *panóptico* estructura y organiza el espacio físico y arquitectónico de tal manera que se pueda cumplir las tareas primordiales “vigilar y castigar” en la dualidad de ser visto sin poder ver a quién ve; tienen por finalidad controlar la subjetividad de los pacientes.

La *fachada personal* (Goffman 1989) de la Sala de Salud Mental del H. Maciel hace referencia a cada uno de los actores (recursos humanos) que se caracterizan por pertenecer a salud pública y de la Facultad de Medicina. Los Psiquiatras están abocados a la atención de los pacientes mediante la realización de entrevistas con la finalidad de conocer sus problemáticas, diagnosticarlos, evaluarlos, y fundamentalmente medicarlos. También, se dedican a la docencia dictando clases y guiando a los residentes de psiquiatría. Encontramos dos psiquiatras, que visten túnica blanca, se encargan de la jefatura de la sala y de la de la emergencia. Si bien hay representantes de ambos sexos, prima el sexo femenino. Sus edades superan los cuarenta años. Por otro lado, encontramos a los residentes son alumnos de psiquiatría que concurren a las clases que les dictan los psiquiatras; parte de su formación académica consiste en la atención de los pacientes que llegan a la emergencia y de los internados en sala de salud mental. Ellos también visten túnica blanca. Hay representantes de ambos sexos, pero prima nuevamente el sexo femenino. Sus edades en promedio es de 30 años. Otros actores son los enfermeros, que se encargan de atender a los pacientes internados en la sala de salud mental de manera cotidiana. Su función más que nada es cuidar a los pacientes, darles medicamentos e inyectables indicados por el psiquiatra o médico, etc. Al igual que psiquiatras y residentes, visten también túnica blanca y generalmente se encuentran en el puesto de enfermería. Finalmente, los psicólogos dirigen las multifamiliares o terapias grupales con los pacientes y sus familiares, dos veces a la semana; y por último, la asistente social asiste, de manera esporádica, a las visitas de sala, que tiene lugar una vez a la semana.

A continuación se describe la *fachada social* (Goffman; 1989) del Servicio de Psiquiatría del Hospital Pasteur, que consiste en una habitación amplia en donde se desarrollan las actividades de docencia dirigida a los residentes de psiquiatría, y la atención de pacientes. La habitación presenta un mobiliario compuesto por una mesa amplia rodeada de sillas, un mueble con cajones, sobre el cual hay un teléfono, en los cajones se guardan las historias de los pacientes que están siendo atendidos por el servicio. Hay una biblioteca con libros y una pizarra, en la cual se anotan las novedades, las actividades, nombres, edad y los medicamentos con sus respectivas cantidades, que hay que darle a los pacientes.

En la misma habitación hay dos divisiones: una es la cocina, en cuya entrada hay un ropero donde guardan sus túnicas blancas los psiquiatras y los residentes; la otra es una sala más pequeña, en la que hay un sillón, un escritorio y una computadora. En esta última se encuentran, generalmente, los psiquiatras de grados más altos.

En el Servicio de Psiquiatría se visualiza un trasfondo escénico, que consiste en un mobiliario en buenas condiciones que da la sensación de un ambiente agradable caracterizado por la luminosidad y la blancura.

Durante las guardias, los residentes de psiquiatría se hospedan en el cuarto de guardia, que se ubica en otro sector del hospital. El mobiliario está comprendido por una cama, mesa, sillón, televisión con cable, aire acondicionado, lámparas, cuadros, ropero, lockers, toallas, baño equipado; se nota que tiene las comodidades y la decoración buena y prolija.

Finalmente, también en otra parte del hospital, hay una habitación, con tan solo cuatro camas, para la internación de pacientes con problemas de salud mental. Esta habitación, que se encuentra alejada del servicio de psiquiatría, es definida como una sala transitoria, no presenta las condiciones adecuadas para una internación psiquiátrica, ya que es muy reducida y no cuenta con un local específico de enfermería.

En lo que respecta al Pasteur podemos concluir que el área de salud mental no se agrupa en un solo sector sino que está desperdigado por el dispositivo de salud.

Haremos referencia, ahora, a la *fachada personal* (Goffman 1989) del Servicio de Psiquiatría del H. Pasteur, comenzaremos describiendo a cada uno de los actores

(recursos humanos) de la sala de salud mental. En primer lugar, se encuentra el director del servicio de salud mental del Hospital Pasteur por parte de Salud Pública, quien además forma parte de la dirección del Hospital. En el escalafón docente de psiquiatras: hay un representante de grado cuatro, uno grado tres, uno grado dos y cinco residentes de psiquiatría, todos ellos tienen un cargo asistencial de Salud Pública, que también es formativo de la Facultad de Medicina.

Los Psiquiatras y también los residentes realizan diferentes actividades en sus rutinas diarias como guardias, interconsultas a pacientes que requieren atención psiquiátrica y a sus familiares, atención en la emergencia médico quirúrgica del hospital, en las policlínicas, y asistencia a actividades docentes. Al igual que en el Hospital Maciel, todos ellos utilizan túnica blanca.

**En conclusión**, la diferencia principal entre ambas *fachadas sociales* reside, en que la sala de salud mental del Maciel tiene internación para pacientes que consultan por salud mental, mientras que el Pasteur carece de una sala de internación. Por esta razón, esta investigación estudió el modelo de internación de la sala de salud mental del Maciel, y sólo el Servicio de Psiquiatría del Pasteur, que es donde se atiende principalmente a los jóvenes que realizaron IAE.

La diferencia en lo que refiere a la *fachada personal* (Goffman; 1989) recae en cómo se agrupan los recursos humanos, esto se observa ya desde sus denominaciones; por ejemplo, “Servicio de Psiquiatría” del Pasteur alude a un grupo de profesionales concretos y específicos, es decir los psiquiatras; mientras que “Sala de Salud Mental” es una denominación más general y abarcativa, que no se refiere específicamente a una sola disciplina sino que integra las diversas especialidades dentro de la salud mental, es decir psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales.

## **6.2. Funcionamiento del dispositivo de salud.**

En lo que refiere al funcionamiento de los dispositivos de salud, se encuentran semejanzas en cómo intervienen frente a los pacientes que realizan IAE; los profesionales utilizan un protocolo de salud mental para el abordaje del intento de autoeliminación. El mismo consiste en “(...) *pautas que no son obligatorias para los médicos (...) pautas de abordaje en la emergencia en los pacientes que consultan por intento de suicidio*” (Entrevista 8; psiquiatra).

En el protocolo se establece la internación del paciente que realizó un IAE, ya que debe permanecer en observación por un mínimo de tres días. De esta manera, se da tiempo al paciente para pensar y ratificar su acto suicida. También, se establece en el protocolo que cualquier IAE, sea leve o grave, debe tener un seguimiento de al menos un año, porque se estima que dentro de ese primer año, existe el mayor riesgo de volver a realizar un intento.

Además, recientemente se ha creado un Plan Nacional de Suicidio del MSP que en el período de tiempo 2011-2015 se propone como uno de sus objetivos, la implementación del Sistema de Registro y la notificación obligatoria de los IAE, para todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados, con la finalidad de disminuir la incidencia de los IAE y suicidios del país. Los profesionales que brindan asistencia en el servicio de salud que intervienen en primera instancia (puerta de la Emergencia, médicos de radio, de urgencia en domicilio, psiquiatras de guardia, profesionales de la salud en general, en las policlínica de la salud) deben completar las Fichas de Registro Obligatoria de IAE (Larrobla; 2012).

Se observó que las indicaciones del protocolo se realizan a medias por los profesionales, en cuanto el paciente es diagnosticado y se arrepiente de lo que hizo regresa a su hogar; esto se refleja en la siguiente cita: “*Normalmente lo ve un psiquiatra, que lo médica, pero después que se le pasa los primeros síntomas se vuelve a la casa porque no existe norma en la cual una persona que tiene intento de suicidio se le siga un seguimiento...*” (Entrevista 1; Psicóloga).

Consideramos como un primer obstáculo para el cumplimiento del protocolo, la falta de espacios en los hospitales públicos para atender los problemas de salud mental, tomando en cuenta la masa de usuarios. Un segundo obstáculo, es que frente al primero, se

priorizan los problemas de salud físicos que son considerados más urgentes, ya que está en riesgo la vida del cuerpo y se deja por consecuencia en un segundo plano las problemáticas de salud mental. Un tercer obstáculo, tiene que ver con los recursos humanos y la calidad de la atención. Se constata una disociación entre el discurso y la práctica de los profesionales,; por ejemplo, el trabajo intersectorial y el trabajo en red como se propone en teoría en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio del MSP está explícito en la teoría pero no se visualiza en la práctica de la institución.

Se describirá, a continuación, **el recorrido que realiza el joven que ingresa por Intento de Autoeliminación por el dispositivo de salud**; en primera instancia en ambas instituciones, el joven ingresa a la Emergencia, donde la prioridad es estabilizar sus funciones vitales del paciente: *“(...) lo primero que haces cuando te llega un intento es la atención médica (...) el soporte de las funciones vitales (...) La intervención del psiquiatra es a posteriori cuando el paciente está estabilizado, recién ahí interviene el psiquiatra”* (Entrevista 7; Psiquiatra).

*“(...) el paciente llega y se evalúa desde el punto médico, muchas veces por las consecuencias del intento de suicidio que tuvieron un impacto en algún órgano, herida de bala, cortes, todo eso requiere una evaluación y tratamiento médico. Junto con el tratamiento médico se hace la interconsulta psiquiátrica”* (Entrevista 8; Psiquiatra).

En una segunda instancia, interviene el psiquiatra o residente de psiquiatría que se encuentre de guardia: *“(...) habitualmente los pacientes que vemos por un IAE, se ven en emergencia o si llegan con una gravedad médica, que imposibilite la asistencia psiquiátrica en la emergencia, lo terminamos viendo en sala de internación de cirugía o medicina o en el CTI. En emergencias, habitualmente, sobre todo por un tema de horarios lo ve el residente que esté de guardia”* (Entrevista 10, Psiquiatra).

Entonces, el psiquiatra o el residente de psiquiatría realiza la interconsulta en la Emergencia, y si se requiere se desplazan hasta el Servicio de Psiquiatría en caso del Hospital Pasteur o la Sala de Salud Mental en el caso del Hospital Maciel. El psiquiatra, en el encuentro con el joven desarrolla un abordaje de la conducta suicida, que incluye una serie de preguntas que buscan identificar los síntomas que presenta el joven, y entender los factores de riesgo, las señales verbales y no verbales en torno a la

ratificación del acto suicida. También, pretende identificar quien es el adulto protector referente y los factores de protección con los que cuenta el joven.

En base a las observaciones llevadas a cabo en las interconsultas, se identificaron los elementos que usan los psiquiatras para el diagnóstico de la situación y la evaluación del riesgo suicida. Estos son: la intención suicida; las ideas al respecto y sus conductas; la ideación del plan del IAE, la disponibilidad de medios a los que tiene acceso; la gravedad del método empleado ( establecer si es potencialmente letal); si el acto suicida fue planeado o impulsivo; los planes a futuro que manifiesta el joven. Si en la entrevista el joven rectifica el acto suicida es decir se arrepiente y manifiesta que estuvo mal, generalmente se le da de alta y regresa a su casa. Por el contrario, si reafirma su intención de suicidio quedan internado, debido a que tiene alto riesgo de volver a realizar otro intento de autoeliminación.

Por otro lado, es obligatorio para todos los prestadores integrales de salud del Sistema Nacional Integrado de Salud, completar los datos de la ficha de registro y notificación del IAE. Esta ficha tiene que ser completada por el profesional que brindó la asistencia en el servicio de salud. Los datos que se registran son: el departamento de residencia; con quien vive la persona que realizó el IAE; ocupación; el método que utilizó para el IAE; si el joven ha recibido atención por problemas de salud mental; si ha tenido IAE previos; si se le ha diagnosticado trastornos mentales, y/o enfermedades físicas, y además se explicitan los factores de protección. También, se debe especificar cuál fue el servicio que tuvo el primer contacto con el usuario y el servicio o equipo de salud mental que lo asiste. Finalmente, los prestadores integrales de salud deberán enviar mensualmente una planilla con todos los casos de IAE ocurridos por mes.

Volvemos a mencionar a modo de cierre de este apartado, que teóricamente las condiciones de cómo atender un IAE están implícitas o sugeridas, pero los profesionales no llevan a cabo de manera adecuada la intervención y el tratamiento de los IAE por las razones mencionadas.

### ***6.3. Modelo de internación de sala de salud mental del Hospital Maciel.***

Siguiendo con la descripción del recorrido que realiza el paciente con IAE por el dispositivo de salud, ahora nos vamos a centrar en el modelo de internación del Hospital Maciel, dejando de lado al Hospital Pasteur porque carece de una sala de internación para salud mental y de actividades como las *multifamiliares* o *visitas de sala que se describen en este apartado*. Además, el Hospital Pasteur tampoco cuenta con un equipo conformado por distintos profesionales que trabajen desde la multidisciplina.

El Hospital Maciel tiene la posibilidad de internación en la sala de salud mental por problemáticas graves, así, si el paciente y la familia están de acuerdo se lo interna por 20 días. Dicha internación debe ser voluntaria y a su vez, el joven debe estar acompañado por un familiar u otra persona que esté las 24 horas presente. Atenderemos, ahora, a este modelo de internación de la sala de salud mental.

*“Es el único hospital público, bueno el primero porque ahora el Hospital Pasteur tiene una salita con dos camas nada más, nosotros tenemos cinco camas de hombres y cinco camas de mujeres, dos salas que están dentro del área de psiquiatría, que se encuentran en el Hospital, que tienen sala enfermería, un área de recreación, y acá en el piso de arriba tiene un área de clases, dos consultorios y los baños. Las entrevistas con los pacientes y familiares es en el salón de clase”* (Entrevista 8, Psiquiatra).

El hospital se convierte en un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente, como veíamos en la definición de *institución total* de Goffman (1994).

De todas formas, y como ya lo aclarábamos, los hospitales en estudio en ningún sentido son una *institución total* a rajatabla, ya que no obstaculizan el contacto con el mundo exterior y los acompañantes de los pacientes sí interactúan con el afuera. La sala de salud mental del Hospital Maciel comparte con el concepto de *institución total*, que las actividades diarias son obligatorias y están estrictamente programadas para el logro de los objetivos propios de la institución, de modo que una actividad conduce en un momento prefijado a la siguiente, y toda la secuencia de actividades se impone desde arriba mediante un sistema de normas explícitas y un cuerpo de funcionarios a los

pacientes internados. Estos últimos desarrollan todos los aspectos de sus vidas en un mismo lugar, en la compañía inmediata de un gran número de otros y bajo una autoridad que los vigila. Los enfermeros se encargan de la vigilancia de la sala de internación y de que todos hagan lo que se les ha pedido; así como también controlan que se tome la medicación establecida por los psiquiatras.

La sala funciona en base a varios elementos: medicación al paciente, abordaje psicoterapéutico en una instancia denominada “multifamiliares”, donde asiste el paciente y su familia; reuniones entre los profesionales de la salud mental que conforman el equipo de trabajo de la sala; interconsultas de los psiquiatras con el pacientes y sus familiares.

*“El abordaje acá incluye herramientas farmacológicas, que puede ser, si amerita electroshock en el Vilardebó en donde el paciente va y viene, y abordaje psicoterapéutico en sala, invitamos a los pacientes con sus familiares a las multifamiliares que son tres veces por semana, martes, miércoles y jueves, acá arriba por una hora. Tenemos reuniones de sala una vez a la semana con el equipo de trabajo”* (Entrevista 8, Psiquiatra).

La visita de sala es entonces una reunión una vez a la semana entre el equipo de trabajo, conformado, como ya lo reseñábamos, por distintas disciplinas de salud mental. La finalidad de estas reuniones es diagnosticar y evaluar el estado y progreso de los pacientes. *“La visita de sala es una instancia que se ha mantenido durante el paso de los años y que tiene que ver con presentar a los pacientes, evaluarlos y discutirlos desde todos los técnicos que trabajan en el sector, médicos, psicólogos, asistentes sociales, enfermeros. Y porque cada uno tiene visiones distintas sobre el paciente. Lo ven en actitudes distintas, situaciones distintas, lo ve funcionando de modo distinto. Y eso hace que la visión final que se tenga del paciente sea mucho más rica y mucho más total. Porque hay cosas que le dice al médico que no se las dice al asistente social. Hay funcionamientos que los manifiesta frente a enfermería y no hacia el equipo médico. Entonces eso hace que la interacción desde esas visiones reditúe en un beneficio para el tratamiento del paciente”* (Entrevista 12; Enfermero).

El párrafo anterior, nos da cuenta de la importancia del trabajo multidisciplinario en la sala de salud mental, que permite que profesionales que tienen diversas formaciones

académicas, pueden aportar distintas perspectivas y enfoques sobre una misma realidad. A raíz del trabajo multidisciplinario, la visión final que se obtiene sobre el paciente, es más rica y completa. Se considera positivo el trabajo desde la multidisciplina pues la interacción entre las diversas miradas de los profesionales reditúa en un enfoque más total del paciente y en un beneficio mayor para el conocimiento de la problemática y su tratamiento.

En base a las observaciones que se realizaron de las *visitas de sala*, se constató que los psiquiatras y los residentes son la disciplina más numerosa en las reuniones, que participan siempre y que tienen un papel preponderante en el área de salud mental. El número de psicólogos y asistentes sociales es menor: los primeros, van de vez en cuando, y la asistente social es una sola y participa sólo si el paciente requiere ayuda social, es decir si, por ejemplo, no tiene donde vivir y se necesita un hogar. Los enfermeros adquieren un papel importante pues atienden a los pacientes internados en sala todos los días, por lo cual tienen información de la cotidianidad de los pacientes y de la dinámica de la familia que está con él o lo va a visitar.

En las *visitas de sala* tiene mucha importancia la parte farmacológica, por ejemplo, establecer si la medicación ha tenido los resultados deseados o si hay que ajustarla. En referencia a esto, es fundamental aclarar, que no se puede obviar la importancia que le dan todos los profesionales de salud mental, y especialmente, los psiquiatras a los fármacos. Se pudo constatar que las conversaciones de los psiquiatras casi siempre se centran en la medicación: si está haciendo el efecto esperado, si tuvo aceptación por el paciente, si hay que aumentar la dosis o reducirla.

En lo que respecta al funcionamiento interno de las reuniones, se vió que los psiquiatras de mayor grado, desempeñan el rol de moderadores: piden silencio, toman la palabra. Esto manifiesta el status más elevado que los caracteriza y su lugar en la jerarquía. Los residentes de psiquiatría son los encargados de leer las fichas de los pacientes que tienen a su cargo, contar su situación y evolución. Posterior a la lectura de cada diagnóstico, todos los presentes pueden agregar datos o sugerencias del estado del paciente. Finalmente, entre todos discuten, desde la multidisciplina, el tratamiento más adecuado para cada interno.

Retomando a Goffman (1989), veíamos que de acuerdo a su concepción, un individuo

puede asumir un rol o máscara sin creerlo al principio, o sea siendo un *cínico*, y posteriormente puede terminar siendo *sincero* al creerse el sí mismo que asumió. Se encuentran dos extremos: un individuo que cree en sus propios actos y otro que es escéptico acerca de ellos. El primero se lo califica de *sincero* porque cree en la impresión que fomenta su actuación y el segundo *cínico*, el individuo no deposita confianza en sus actos, ni le interesa las creencias del público. En el extremo de los sinceros, se encuentran los actuantes que creen por completo en sus propios actos y que puede convencerse de que la impresión de la realidad que ponen en escena es la verdadera realidad; en este extremo ubicamos a los psiquiatras. Mientras que en el extremo de los cínicos, están los actuantes que no se engañan con su propia rutina, podemos ubicar a los residentes de psiquiatría, que con el transcurrir de los años de la práctica de la profesión probablemente terminen en el otro extremo.

Como ya lo veíamos, en las observaciones se notó cierta jerarquía y palabra mayor de los psiquiatras de mayor grado, que en algunas oportunidades encabezaron discusiones sobre por ejemplo, qué tipo de medicación era más conveniente para el paciente en cuestión y para ello se destacan desplegando sus argumentos y contra-argumentos. Sin embargo, fuera de las formalidades de las reuniones de *visita de sala*, donde se mantienen las formas, pudimos comprobar, a partir de conversaciones casuales, la valoración del punto de vista de uno de los enfermeros. Éste trabaja en la sala de salud mental desde hace años, y es muy apreciado por los profesionales, por ser una fuente de conocimiento acertado, por su responsabilidad y dedicación diaria a la sala, lo que lo coloca en un lugar muy respetado, que rompe con el orden jerárquico institucional. No obstante, el enfermero en la *visita de sala* no puede pasar por encima del rol o máscara que le corresponde a los psiquiatras, debiendo amoldarse a su rol y a su status de inferioridad en formación académica. Aún así, es evidente que sus apreciaciones son tomadas en cuenta al mismo nivel que la de los psiquiatras, tanto por los residentes de psiquiatría como los demás profesionales. Por ejemplo, las psicólogas en una ocasión hablando con el enfermero, le preguntaban su punto de vista sobre uno de los pacientes, luego que él se va, las psicólogas expresan algo así como “*él sabe más que todos acá, con sólo mirar a un paciente ya sabe la patología que presenta*”. Esto se debe a que el enfermero se involucra con los pacientes, a diferencia del resto del personal, que

pareciera que estigmatizan a la población pobre que asiste al hospital. La razón es que los jóvenes que asisten provienen de contexto de precariedad, en distintos niveles y vulnerabilidad social, y esto pareciera generar en los profesionales la idea de que invertir tiempos y recursos en restos paciente no tiene sentido ya que su situación no va a cambiar. Entienden que si no cambia su trasfondo de riesgo, que es la pobreza y la falta de soportes sociales, la situación no podrá revertirse. El acercarse a sus pacientes, sin desde un lugar más esperanzador y humano, le permite al enfermero un conocimiento de los jóvenes atendidos que es valorado por los demás y lo jerarquiza entre sus compañeros.

Por otro lado, encontramos las reuniones multifamiliares, que consisten en “*abordajes psicoterapéuticos*” que incluyen “*(...) técnicos que guían el trabajo socio - terapéutico. Lo que intenta hacer a grandes rasgos, es que el paciente contacte con su conflictiva, tener un medio seguro y continentador en donde poder expresar su sufrimiento y en lo posible empezar a hacer algo con ese sufrimiento que lo llevó a tomar una medida drástica. Ese proceso lleva mucho tiempo, acá se trata de que se inicie por lo menos y se incluye a la familia*” (Entrevista 8, Psiquiatra).

Así, las multifamiliares consisten en un abordaje familiar, siendo lo novedoso que asisten muchas familias que interactúan en una situación terapéutica y donde, al funcionar como grupo, el grupo los contiene. Así, más allá de que el motivo por el cual está ahí una familia sea muy distinto al de las demás, lo que una familia pone en palabras, lo que cuenta de su pasado, funciona a modo de un espejo y repercute en las demás familias presentes. Esto es posible porque las historias y las formas de vincularse unos con otros dentro de una familia en general se repiten. En las multifamiliares se expresa la conflictividad entre los pacientes y sus familiares, reclamos, discusiones, odios, amor, irracionalidad, un sinfín de sentimientos. Los que allí asisten dicen cómo se sienten, que los hace sufrir, que les provoca dolor.

“*(...) una cosa bastante común son problemas familiares. Eso es como que bastante conocido por nosotros, osea cuando uno entrevista a un adolescente que hizo intento de autoeliminación en general los problemas vinculares con la familia (...)*” (Entrevista 13; Psiquiatra).

#### **6.4. ¿Qué soportes que ofrecen los profesionales?**

Para responder esta pregunta, se describirá qué soportes ofrecen los profesionales de salud mental a los jóvenes que realizaron IAE.

Los soportes que ofrecen los profesionales de salud mental, estos se traducen en distintos mecanismos que pretenden asegurar que el joven supere la intención de quitarse la vida. Por ejemplo, la interconsulta funciona como un primer soporte, como ya lo veíamos, en la misma el psiquiatra le realiza una serie de preguntas al paciente con la intención de identificar los factores que ponen en riesgo su vida. Un diagnóstico de la situación y una evaluación del riesgo suicida acertado, es el primer soporte que se le ofrece al paciente. Veíamos también, la importancia de que el psiquiatra identifique en la interconsulta quien es el adulto protector referente y los factores de protección que cuenta el joven, en su medio ambiente familiar cercano o en las instituciones a las que está integrado. La entrevista con los familiares tiene este mismo fin y constituye un aporte para que el psiquiatra complemente la información para el diagnóstico y la evaluación del riesgo suicida.

Esta cita refleja la tarea del psiquiatra: *“Por supuesto que el psiquiatra no es sólo fármacos (...) hay un abordaje psiquiátrico. El medio para conocer a un paciente, de saber sus síntomas y conocer su historia es mediante la entrevista psiquiátrica. Una entrevista amplia que incluye síntomas, una ficha pantomímica, patología, el motivo de consulta actual, incluye la investigación de su historia clínica a lo largo del tiempo, incluye también la historia de su vida y la historia familiar. La evaluación con el paciente pero también con terceros del medio en el que está. Entonces eso se hace con datos del paciente, con datos de terceros, con datos de historia clínica previa y a veces varias cosas, paraclínicas que quiere decir exámenes, lo que no es clínico”* (Entrevista 8, Psiquiatra).

Otro soporte es el seguimiento médico de la trayectoria del paciente que realiza un intento de suicidio. El seguimiento consiste en mantener encuentros con el paciente durante al menos un año, ya que se considera que es donde el paciente tiene mayor riesgo de reintentar un IAE. Aquí, el psiquiatra se transforma en el referente protector, pues en el diálogo con el paciente trata de cambiar las ideas y conceptualizar nuevas

para resolver las problemáticas, erosionando la visión *túnel* del paciente, en donde los problemas no tienen otra salida que el suicidio.

Analizando si estos soportes bastan para estos jóvenes que se caracterizan por provenir de contextos de precariedad en diferentes niveles, y pertenecer a *zonas de vulnerabilidad social*, la cuestión que surge es que cuando los psiquiatras indagan en las interconsultas todas estas cuestiones que ponen en riesgo la vida del paciente, y tienen que generar mecanismos subjetivos para que el joven no vuelva a repetir el IAE, los mismos hechos son los que los llevan a categorizar a los jóvenes, he ahí cuando surgen los estigmas (Goffman 1993), que actúan de manera negativa para la relación paciente psiquiatra, ya que estos últimos consideran que ese trasfondo de riesgo que está por detrás de los jóvenes les impide salir de esa situación y se convencen que ellos no pueden hacer nada al respecto, que el joven va inevitablemente a volver a la violencia del barrio, a la droga, a la falta de soportes familiares, al conflicto con el centro educativo, a insertarse en trabajos precarios e inestables.

Otro soporte empleado por los profesionales de gran importancia para ellos, es la medicalización; que es esencial para ayudar al paciente con su "*cuadro psiquiátrico*", es decir con la depresión, la psicosis, abstinencia a las drogas, la ansiedad entre otros. Para el tratamiento de estas patologías los fármacos representan para los psiquiatras, la base para mejorar el cuadro psiquiátrico que sostiene el suicidio, por eso no se trata primordialmente del intento de suicidio sino de ver que sostiene al mismo (retomando idea de psiquiatra en Entrevista 8).

Ésta importancia de la medicación atribuida por los psiquiatras, se observó repetidamente en las diversas instancias que se participó, principalmente en las *visitas de sala* donde se desataron todo el tiempo discusiones entorno a la medicación.

En particular, en el caso del Hospital Maciel además de los soportes mencionados anteriormente, se cuenta con otro soporte, la internación en la Sala de Salud Mental "Dámaso Larrañaga", en donde los pacientes asisten a las multifamiliares y el equipo de profesionales trabaja desde la multidisciplina es decir, de manera integral la problemática que los aqueja. El trabajo multidisciplinario funciona como soporte, ya

que se complementan las diversas visiones que tienen los diferentes profesionales, por ejemplo de la medicalización se encarga el psiquiatra, de la terapia familiar el psicólogo, de los problemas sociales como conseguir un lugar para vivir la trabajadora social, el enfermero está presente en la cotidianidad del paciente, compartiendo el día a día. Esta complementariedad de tareas y diferentes abordajes del paciente reeditúan en un soporte más relevante.

Las multifamiliares funcionan como soporte para los pacientes, en la medida que le proporcionan un medio seguro y contenedor, en donde pueden expresar sus problemáticas. Estos espacios son dirigidos principalmente por psicólogos y con intervenciones de psiquiatras. Además, al ser un abordaje familiar se contiene a la familia. Como ya se mencionó, para los profesionales los adolescentes y jóvenes son emergentes de toda una situación del entorno, es decir constituyen expresiones de una disfunción familiar. Son parte de un círculo vicioso en donde el entorno daña al adolescente y que a su vez eso daña al entorno. En resumen, el problema no es el niño sino de toda la familia. Entonces las multifamiliares funcionan como soporte para toda la familia y no solo para el joven.

Hemos visto que la familia es un actor fundamental, participa desde el principio en la situación del IAE. Los profesionales de salud consideran una unidad al paciente/familia y se busca identificar al referente protector (ARP) en las entrevistas con los familiares que los acompañan y las *multifamiliares*. La familia tiene un papel relevante para los jóvenes (...) *en el proceso de crecer (...) lo que significa ingresar en un mundo adulto (...) Este proceso (...) no es unilateral sino bilateral, entre los jóvenes y los adultos (...)* Cada movimiento o transformación producido en los primeros produce su impacto y necesita un ajuste por parte de los segundos (...). Entonces, las dificultades de los jóvenes hay que considerarlas como producto de una relación bidimensional. (Garbarino, Maggio;1990:s/n).

Para los profesionales, los intentos de autoeliminación son tomados como emergentes de toda la situación del entorno, son expresiones de las disfunciones del entorno, que daña al adolescente y daña al entorno a modo de un círculo vicioso. Según los profesionales entrevistados son pocas las familias que logran asumir que su el joven es un emergente de todo, la punta del iceberg, el problema no es sólo el joven sino la

familia en su totalidad. Entonces, si la familia logra hacerse cargo de la problemática familiar, se puede encontrar contención para los jóvenes constituyen un soporte beneficioso.

**Concluyendo**, la internación en la Sala de Salud Mental del Hospital Maciel es una instancia muy buena para que el paciente resuelva su problemática, ya que además de la medicalización del cuadro psiquiátrico, hay un abordaje psicoterapéutico; sumado a esto, el abordaje psicoterapéutico es desde la totalidad de la familia, se considera que el joven es la punta del ice berg de una problemática que engloba a toda la familia; y otra característica novedosa, es que la psicoterapia se hace en interacción con otras familias. Por otro lado, la dinámica del trabajo de la sala de salud mental, se realiza desde la multidisciplina, ya que trabajan en conjunto psiquiatras, psicólogos, enfermeros, médicos, asistentes sociales. Esto resulta beneficioso para el paciente ya que se trata su problemática desde diferentes perspectivas.

No obstante, la internación en la sala de salud mental es por un periodo de tiempo muy breve, dura sólo unos veinte días y el paciente vuelve a su realidad cotidiana, con las implicancias que esto representa.

## 6.5. ¿Estos soportes bastan para los jóvenes?

En lo que respecta a la pregunta de si los soportes que ofrecen los dispositivos de salud son suficientes para estos jóvenes que se caracterizan por provenir de contextos de precariedad surge antes la cuestión de si los profesionales son conscientes de esa vulnerabilidad. Así, volvemos a preguntarnos ¿funcionan como mecanismos de integración, ofreciendo soportes sociales que permitan a los jóvenes salir de esta situación, encontrando salidas y soluciones? ¿o por el contrario reafirman la exclusión? Esta cita refleja cómo vivencian esta relación los profesionales: “*La relación es compleja, es difícil e implica mucho cuidado, ¿Qué cosa hacemos? ¿Cómo lo hacemos? ¿Qué decimos? y ¿Cómo lo decimos? Porque son pacientes, personas que viven una gran vulnerabilidad (...)*” (Entrevista 12, enfermero)

Primero que nada, es una realidad que la falta de espacios en los dispositivos de salud para realizar las interconsultas de manera adecuada a los pacientes es la primera dificultad; y que para superar esto debe destinarse mayores recursos a la edificación de espacios destinados a la atención de la salud mental, y deben mejorarse los servicios para que los pacientes sean mejor atendidos y contenidos por los profesionales. A su vez, los profesionales tienen limitaciones en su formación y limitaciones en la propia dinámica institucional. Por ejemplo con el funcionamiento del dispositivo de salud, que está pensado para trabajar en red cuando esto no se da en la práctica. A su vez, el inconveniente no es solo la lógica institucional sino que también las subjetividades que se adaptan sin transformarla. En los residentes de psiquiatría (estudiantes) se nota mayor sensibilidad para con la población vulnerable con la que trabajan, y aún así tienen límites que son impuestos por los otros profesionales. Aunque propongan trabajar en red, los propios colegas más alto en la cúspide les cortan las ganas de hacer las cosas distintas. También, se visualiza en el enfermero de la sala de internación salud mental el compromiso con la población a la que atiende.

En términos generales, no hay comprensión adecuada del mundo social que porta el joven por parte de los profesionales, hay prejuicios y estigmatización de esa juventud. En palabras del sociólogo Pierre Bourdieu, hay que hablar de las *juventudes* y no de la juventud, porque, por ejemplo, las características de la etapa de la juventud de un joven

que pertenece a un contexto socio económica bajo, no es la misma que la etapa de la juventud de un joven de contexto socioeconómico alto. La juventud que asiste a estos dos hospitales públicos se diferencian de otros jóvenes, ya que presentan su propio universo social que los determina, no se puede colocar a todos los jóvenes bajo un mismo concepto de juventud. En este caso, estos jóvenes pertenecen a un contexto socioeconómico bajo y su universo social es distinto al de otros jóvenes.

Esto es lo que deberían tener siempre en cuenta los profesionales de la salud mental, es decir deberían siempre actuar de acorde a la juventud que se tiene enfrente, teniendo presente su universo social, donde la violencia está más presente y naturalizada y la vulnerabilidad está a flor de piel.

La integración social a las diversas instituciones es dificultosa para estos jóvenes. Ingresar y mantenerse en el mundo laboral, en puestos de trabajos precarios, que pueden acceder son desmotivantes. Mantenerse en el sistema educativo conlleva muchos apoyos económicos y familiares que el joven no cuenta. Además, presentan mala conducta con en el centro educativo, dificultades de aprendizaje o comprensión de los contenidos. El sistema educativo debe realizar cambios profundos para que realmente se logre una inclusión de esta población adolescente, vulnerable y desafilada.

Para los profesionales de salud mental lo que lleva a que el joven realice un IAE, se explica en la siguiente cita: *“Y en el adolescente, incide mucho la falta de perspectiva pero incide también las pequeñas frustraciones que no puede resolver; el paso al acto es algo habitual en la adolescencia y esto de responder sin mediatizar a nivel de la palabra las situaciones. Este muchas veces intenta también decir el sentimiento de soledad que tiene el adolescente. La adolescencia en sí cruza por un toque depresivo por todos los duelos que tiene que hace el adolescente, osea que siempre hay un cierto malestar; el resolver todo durmiendo. La mayor parte de las veces en realidad no se busca la muerte. El adolescente lo que quería era dormir, escapar porque no ve una salida, eso tiene que ver con la propia etapa de la vida en que esta”* (entrevista 7, Psiquiatra).

Consideramos que la medicalización como soporte no basta, no logra tratar el trasfondo de vulnerabilidad y precariedad en diferentes niveles de los jóvenes sino que solo apaciguan momentáneamente los problemas. Veíamos, de la mano de María Noel

Míguez, la idea de que la medicación con psicofármacos resulta una manifestación del modelo disciplinario de la modernidad contemporánea, siendo utilizada por el poder médico para el disciplinamiento de conductas no hegemónicas (individuos inadaptados, anormales, etc). Veíamos también con Barrán el ejemplo de cómo a través de la medicina y la higiene se moralizaba las conductas y maneras de sentir y pensar de la población en el Uruguay del novecientos.

Los psicofármacos no cambian el problema de fondo para estos jóvenes, que es más profundo y complejo, que incluye a la familia, el sistema educativo, a la sociedad en su conjunto, al Estado y a las políticas públicas que les permita superar la precariedad en la que viven y que los hace vulnerables, fragmentados, excluidos, marginados, supernumerarios, inútiles para el mundo en términos de Castel (1997).

**En síntesis**, los profesionales ven que la falta de contención familiar, los escasos lazos sociales y pertenencia a instituciones como las educativas, posicionan a estos jóvenes en *zonas de vulnerabilidad social*, y frente a esta realidad no escapan a de la lógica de medicarlos y devolverlos a sus casas nuevamente. Así, frente a un joven que realiza un IAE y presenta las características mencionadas anteriormente, no ponen en marcha el trabajo en red, ni el compromiso para hacer un seguimiento de al menos un año, ni lo derivan a una psicoterapia, porque consideran que el trasfondo de riesgo les impedirá salir realmente de esta situación. Dicho en otras palabras, estigmatizan la pobreza como un obstáculo para que estos jóvenes superen su trasfondo de riesgo.

Consideramos que la medicina tradicional uruguaya no está preparada para prevenir las enfermedades, sino para tratarlas cuando ya se aferraron al cuerpo y se ven empíricamente. El dolor que proviene de lo mental no es verificable físicamente y por lo tanto, no es prioridad para la medicina; tampoco para el dispositivo de salud que por diversas razones a los pacientes que consultan por dolencias que residen en lo mental, los mandan para sus hogares con una receta de pastillas tranquilizantes para la depresión, la angustia o la ansiedad.

La problemática del suicidio excede al dispositivo de salud pública; es una cuestión de políticas de salud mental, pero también de políticas sociales dirigidas hacia la juventud. Una política de juventud es, en primer lugar, un conjunto de propuestas relativas a las

mejores formas de lograr el desarrollo de diferentes grupos de jóvenes, de manera sistemática, coherente, planificada y concertada en equidad y en democracia, garantizando su integración y participación en la sociedad. En segundo lugar, una política de juventud se centra en el análisis de situaciones y problemas de la juventud en un momento y contexto social dado. Además, es fundamental para el desarrollo de políticas públicas de juventud la diferenciación del grupo-objetivo al que van dirigidas, no es posible hablar de “la” juventud sino de las “juventudes” tampoco será posible postular “una” política de juventud sino que es necesario pensar en términos de políticas de juventud, que den respuesta a distintos problemas y desafíos originados en diferentes condiciones y situaciones de la vida de los jóvenes también diferentes. La existencia de distintos factores, situaciones y procesos configuran a su vez distintos tipos de jóvenes, con problemas particulares.

## ***7. Reflexiones finales.***

Los adolescentes y jóvenes que asisten a los dispositivos de salud públicos estudiados presentan precariedad en distintos niveles y están en *zonas de vulnerabilidad social*: provienen de barrios carenciados, no llevan adelante una emancipación de la casa de sus padres, sus viviendas tienen carencias, presentan conflictos centrados en escasos recursos económicos, sociales y culturales. Se constata, también, la falta de acceso a instituciones proveedoras de integración social y lazos sociales sólidos, lo cual se refleja en el abandono o ausencia de concurrencia a centros educativos, la no inserción al mercado de trabajo o la obtención de trabajos precarios, inestables, y de corta duración.

Los psiquiatras no pueden tratar este trasfondo de riesgo y se limitan a medicar a los pacientes con la finalidad de tratar el cuadro que hay por detrás la depresión, la ansiedad, la angustia. No obstante, no pueden actuar sobre las problemáticas de fondo, la precariedad y vulnerabilidad, los lazos familiares conflictivos, la desintegración, la desafiliación educativa, la no participación en el mercado laboral, entre otros tantos mecanismos que integrarían a los jóvenes, dándoles soportes como individuos. Cabe cuestionar si en el caso de que las políticas que existen, centradas en la práctica de atención psiquiátrica, se centraran en una perspectiva psicológica, si se obtendrían mejores resultados. Respecto del protocolo de salud mental establecido en la Guía de 2008 y más allá de la valoración del mismo, por falta de recursos económicos destinados al área de salud mental y al los hospitales en general, no se cumple de manera apropiada. Es decir, la internación de al menos 48 horas del paciente que realizó IAE por falta de camas y por incumplimiento de los profesionales en general no tiene lugar. Así como también, el seguimiento de al menos seis meses también se hace dificultoso debido a la sobrepoblación en los dispositivos de salud y al escaso trabajo en red que realizan los profesionales.

Los psiquiatras limitan su rol a una función disciplinadora mediante la utilización de psicofármacos como recurso para el disciplinamiento de conductas no hegemónicas como plantea Míguez. Sumado a esto, consideramos que no se soluciona el trasfondo de riesgo que presenta el adolescente, ya que es la punta del iceberg de una problemática que engloba el contexto familiar, educacional, social, etc.

Esta problemática no se soluciona solamente a base de psicofármacos sino que necesita de un tratamiento que incluya la multidisciplinariedad profesional (presencia de trabajadores sociales, psicólogos, educadores, entre otros) y un trabajo psicoterapéutico prolongado en el tiempo que le permita de alguna manera al paciente reflexionar y comprender críticamente su problemática. Esto como alternativa del actual modelo disciplinario de psicofármacos llevados adelante en los dispositivos de salud, el escaso trabajo en red y al incumplimiento de protocolos, más allá de la valoración de los mismos.

El dispositivo de salud en teoría está pensado para trabajar en red, esto no sucede entre los profesionales. Los residentes de psiquiatría, estudiantes que recién inician tienen mayor sensibilidad para con la población vulnerable con la que trabajan pero se le ofrecen límites desde los otros profesionales.

Compartimos con Giddens (1995) la idea de que las sociedades modernas están libradas al desarrollo de la reflexividad en las instituciones porque las tradiciones de la modernidad ya no nos amparan para resolver problemas. Existen nuevos mecanismos de identidad del yo, moldeados por las instituciones de la modernidad que ya no los contienen. En consecuencia el yo no es una entidad pasiva determinada por influjos externos. Por lo que, una reflexión y comprensión del funcionamiento de los dispositivos de salud desde los sujetos pensantes podrían contribuir a transformarlos, desarrollando a su vez los soportes sociales e institucionales que le permitan a los adolescentes vulnerables un desarrollo personal sostenible en contexto de carencia. La psiquiatría tendría que repensar en profundidad y con compromisos su rol social frente a éstas problemáticas para resolver los dilemas morales como es la atención de jóvenes vulnerables, que la modernidad ha excluido de sus instituciones.

En investigaciones posteriores quisiéramos seguir estudiando las causas de las prácticas medicalizantes en psiquiatría sin la debida atención, ya que pensamos que es una problemática compleja que precisa ser tratada desde las distintas disciplinas y actores políticos.

## 9. Bibliografía.

- Aron, Raymond. (2004). *Las etapas del pensamiento sociológico*. Editorial Tecnos.
- Barrán, Pedro. (1999) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*. Tomo 1, 2 y 3. Ediciones de la Banda Oriental.
- Bonaldi, P. (2000) “*Comportamientos suicida en la adolescencia*”. Lugar Ediciones. Bs. As, Argentina.
- Castel, R. (1995) “*La Metamorfosis de la Cuestión Social*”. Paidós. Buenos Aires - Barcelona - México.
- Coser, L. (1961) “*Las funciones del conflicto social*”. México: Fondo de Cultura Económico.
- Cuadernos de ciencias sociales y políticas sociales (2015) Facultad de Ciencias Sociales, Mides. Montevideo, Uruguay.
- Durkheim, E. (1897). *El Suicidio*, akal ediciones.
- Fernández, T., Boado, M., Bucheli, Cardozo, Casacuberta, Custodio, Pereda, Verocai (2010). *La desafiliación en la educación media y superior de Uruguay. Conceptos, estudios y políticas*. Fondo Universitario. Colección Art.2
- Foucault, M. (2008) *Vigilar y castigar : nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Giddens, Anthony. (1995) *La modernidad e identidad del yo*. Península. Barcelona.
- Goffman, E (1963 /1993) *Estigma*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Goffman, E. (1961/ 1994) *Internados*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Goffman, E. (1959 / 1989) *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Amorrortu, Bs. Aires.
- Larrobla, C., Canetti, A., Hein, P., Novoa, G., Durán, M. (2012) *Prevención de la conducta suicida en adolescentes: Guía para los sectores Educación y Salud*. Fondo Universitario. Colección Art. 2
- Mendizábal, N. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: Estrategias de investigación cualitativa (Vasilahis de Gialdino,

coord.). GEDISA Editorial.

- Miguez, Maria Noel. *La sujeción de los cuerpos dóciles: medicación abusiva con psicofármacos en la niñez uruguaya*. Buenos Aires : Estudios Sociológicos Editora, 2012 (Colección Tesis).
- Perdomo, R., Giordano, G.,(1998) “Los adolescentes uruguayos hoy”. Fundación de la Cultura Universitari
- Robertt, Pedro (2000) Informe: el suicidio en Uruguay: un análisis histórico.
- Ruiz Olabénaga, José. Metodología de la investigación cualitativa. Cap. 1. La investigación cualitativa. Univ. Deusto, B
- Valles, M. Diseño y estrategias metodológicas en estudios cualitativos. (Capítulo III) En: Técnicas cualitativas de la investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional. Síntesis Sociológica, 1997.

#### Tesis:

- Bûsch Bensich, Germán Adolfo El suicidio en Uruguay, análisis y reflexiones desde la sociología / 2012 (tesis) TS 470.

#### Artículos:

- Bailador P; Viscardi N, Dajas F. Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes en Montevideo. Rev Med Uruguay 1997; 13: 231-223.
- Bourdieu, P. (2002) *La juventud no es más que una palabra* En Sociología y Cultura (pp. 163-173) México Grijalbo, Conaculta.

<http://es.scribd.com/doc/90375592/Bourdieu-La-Juventud-No-Es-Mas-Que-Una-Palabra#scribd>

- Ciganda, D. (2008) “Jóvenes en transición hacia la vida adulta, el orden de los factores ¿no altera el resultado?” en Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del Siglo XXI. Carmen Varela (Coord.) Montevideo: UNFPA - Programa de Población-Unidad de Multidisciplinaria-FCS-UdelaR.

- Comisión Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015) Un compromiso con la vida. Plan Nacional de prevención del Suicidio Ministerio de Desarrollo Social. Ministerio de Salud Pública,. Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura .Recuperado de [http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan\\_nacional\\_de\\_preencion\\_del\\_suicidio.pdf](http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_preencion_del_suicidio.pdf)
- Dajas, F. Alta tasa de suicidio en Uruguay, IV: La situación epidemiológica actual en Revista Médica del Uruguay, Abril 2001.
- Dajas, F. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Vol.66 N° 2 pág 163. Dic 2002.
- Encuesta Nacional de Juventud (2009) Uruguay: jóvenes y adolescentes dicen. Programa Infamilia Mides/Inju. [http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/9786/1/enaj\\_informe\\_preliminar.pdf](http://www.inju.gub.uy/innovaportal/file/9786/1/enaj_informe_preliminar.pdf)
- Giorgi, V. (2009) Los adolescentes de hoy y el adolecer de las instituciones educativas. [http://ipes.anep.edu.uy/documentos/noticias\\_portada/vinculo\\_abajo/dir\\_ces/pedagogica/georgi\\_cesar.pdf](http://ipes.anep.edu.uy/documentos/noticias_portada/vinculo_abajo/dir_ces/pedagogica/georgi_cesar.pdf)
- Guía de Prevención del suicidio (2008) Ministerio de Salud Pública, Uruguay.
- González, Víctor Hugo. (2012) *Suicidio y precariedad en Uruguay*. En: Inseguridad, delito y Estado (pp. 230-242). Uruguay. Ed. Trilce.
- González, Víctor Hugo (2010) “Ni siquiera las flores”: los suicidios en el Uruguay. [http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa\\_9\\_V.%20Gonz%C3%A1lez.pdf](http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_9_V.%20Gonz%C3%A1lez.pdf)
- Lucero Abreu, R. Suicidios en Uruguay: su relación con la economía nacional (1972 a 1992) en Revista Médica Uruguay. Pág. 236-247. Dic. 1998.
- Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública, Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura, (2014). 17 de julio. Día nacional de prevención del suicidio. “Un 30 compromiso con la vida”. Todos podemos ayudar. Recuperado de [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos\\_adjuntos/1%2017%20de](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/1%2017%20de)

[%20Julio%202014%20Plan%20Nacional%20Prev%20Suicidio.pdf](#)

- Viscardi, N; Dajas F; Hor, “Altas tasas de suicidio en Uruguay. Evaluación de la desesperanza de los adolescentes” Revista Médica del Uruguay, 10, 79-91.  
Recuperado de <http://www.rmu.org.uy/revista/10/2/2/es/1/>