

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Licenciatura en Trabajo Social

**Estudio del actual comportamiento suicida
durante la etapa de la adolescencia en Uruguay**

Vanessa Josefina Quintela González
Tutora: Sandra Leopold

2014

Índice

1. Introducción.....	2
· Presentación del Tema, Justificación de su selección.....	2
· Objetivos del Estudio.....	5
· Estrategia metodológica.....	6
2. Capítulo I: El campo de la salud mental y su vínculo con la vida cotidiana.....	9
3. Capítulo II: El fenómeno del Suicidio: Una aproximación a su Conceptualización.....	14
· El escenario Latinoamericano de las últimas décadas.....	14
· Pensar el suicidio desde una perspectiva sociológica.....	21
· El concepto de suicidio.....	26
· Suicidio en Uruguay: Magnitud del fenómeno.....	28
4. Capítulo III: Suicidio adolescente en Uruguay.....	34
· Marco legal.....	34
· Las Nuevas Prestaciones de salud mental.....	38
· Factores Implicados en los comportamientos suicidas Durante el periodo de adolescencia.....	40
Factores de riesgo.....	40
Factores de Protección.....	41
Factores Precipitantes.....	42
5. Consideraciones Finales.....	47
6. Bibliografía.....	51
7. Anexo.....	56

Introducción

Presentación del Tema, Justificación de su selección.

El presente documento constituye la Monografía final de grado exigida en la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Con el mismo pretendemos exponer y analizar, el actual comportamiento suicida en adolescentes de nuestro país. Entendemos que el fenómeno que nos propusimos estudiar atraviesa un sin fin de dimensiones, al tiempo que se configura como una problemática social. Cuando nos propusimos estudiar el fenómeno, sabíamos que nos enfrentábamos a un desafío, ya que en nuestro país, la bibliografía disponible en relación al tema es escasa. Se carece en nuestro medio de estudios que den cuenta de los comportamientos suicidas específicamente en dicha etapa vital.

Pese a ello, las “escasas” estadísticas demuestran que la problemática alcanza tal magnitud, que merece ser estudiada. En este sentido, consideramos que su conocimiento, su comprensión, es el punto de partida poder implementar acciones que tiendan a enfrentarla e intentar reducir la problemática.

Uruguay tiene tasas altas de suicidio, que lo han llevado a colocar en el primer puesto de los países del continente junto con Cuba. La tasa promedio para el periodo 2004-2009 es de 17 cada 100.000 habitantes.¹ A nivel mundial, los motivos que conducen al suicidio han sido y están siendo profundamente discutidos. En este sentido, sostenemos que las peculiaridades del contexto dentro del cual las personas están inmersas, están estrechamente relacionadas con el comportamiento suicida. En otros términos, siguiendo a Bonaldi P (2006) reconocemos la existencia de condiciones sociales que favorecen o están asociadas con una mayor inclinación al suicidio. Específicamente en la adolescencia, los factores implicados son diversos y complejos, pero existe una constante: todos los autores de la bibliografía consultada en relación al fenómeno, identifican a la familia y a la sociedad como factores involucrados en el comportamiento suicida, durante dicha etapa vital.

¹ Fuente: Instituto Nacional de Estadística, en Plan Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS): Para Uruguay 2011-2015 “Un compromiso con la Vida” .MSP, MEC, MDI, MIDES.Pág:6

Por otra parte, el fenómeno ha ido ganando terreno de manera sorprendente, al colocarse como una de las principales causas de muerte en jóvenes y adolescentes. En jóvenes de 15 a 19 años de edad, figura como la segunda causa de muerte en el mundo (100 mil adolescentes mueren por esta causa cada año)². Y en algunos países, sólo le supera otro tipo de muerte violenta: los accidentes de tránsito. Además según la OMS (2004), la tendencia es a incrementarse.

Específicamente en nuestro país, según los datos presentados en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio para el periodo 2011-2015, el suicidio consumado ocurre con mayor frecuencia en población adulta, la tasa aumentaría a medida que aumenta la edad de los grupos, siendo la tasa más alta la de adultos mayores (mayores de 65 años).³ Pero es en la adolescencia donde se presentan tasas altas de intento de autoeliminación (IAE), uno de cada diez adolescentes uruguayos intento suicidarse el pasado año⁴ por lo cual dicho grupo etareo puede ser definido como de riesgo en lo que a esta problemática refiere.

Según la OMS (2001) a nivel mundial los datos estadísticos no reflejan exactamente la incidencia verdadera del fenómeno ya que muchos comportamientos suicidas no son reconocidos como tales. En este sentido afirma que *“la información sobre el comportamiento suicida en la adolescencia está por debajo de su ocurrencia, porque muchas muertes de este tipo se clasifican imprecisamente como no intencionales o accidentales.”*⁵ Es decir, que para la OMS (2001) existirían en la adolescencia ciertas conductas autodestructivas y de riesgo que terminan en muerte y que muchas veces son consideradas como no intencionales, o no accidentales, pero que en realidad pueden ser motivadas por el deseo del adolescente de no querer vivir más.

Todo lo antedicho demuestra que el suicidio adolescente constituye un problema vigente en la sociedad de suma importancia, tal situación ocasiona que se lo considere como un tema relevante e interesante para estudiar.

Las interrogantes más frecuentes y que nos conciernen como propulsoras, del desarrollo de la temática irían por la siguiente línea: ¿Cuáles son los factores sociales, implicados en

² Información presentada por Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, resultado de una investigación llevada a cabo en setiembre de 2012, ver Anexo Página 57.

³ Ver anexo, tasas de suicidios por grupo de edad Página 59

⁴ Datos resultantes de la Encuesta Nacional de Salud Adolescente MSP, MIDES (2012), Uruguay

⁵ OMS (2001) Departamento de Salud Mental y Toxicomanías *“Prevención del Suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional”*, Ginebra. Pág:2

el comportamiento suicida durante la adolescencia, en Uruguay en la actualidad? ¿Cuáles son las variables que por lo general, actúan a modo de factores de protección respecto al suicidio? ¿Impactan las transformaciones sociales experimentadas en la región en las últimas décadas, en el fenómeno del suicidio adolescente?

Debido a que se pretende estudiar el fenómeno del suicidio, como se ha mencionado anteriormente, en los adolescente de nuestro país, se considera pertinente explicitar el concepto de adolescencia.

En una primera instancia decimos que él etimológicamente el término proviene del latín “adolescere”, que significa adolecer. Este verbo refiere entre otras cosas, a acciones como transición, cambios, crecimiento, falta de, etc.

Es de destacar, que si bien varios autores se han centrado en precisar el significado de dicha categoría, resulta difícil establecer una definición, que sea aceptada como universal, puesto que es una construcción socio-histórica. Por ende, no se la debe concebir “*como si fuera una categoría uniforme incambiada a través del tiempo, común a todos los distintos sectores sociales, invariable de una cultura a la otra*”.⁶

Por otra parte, un problema frecuente en las definiciones de adolescencia, es la fragmentación y/ o parcialidad de las mismas. La definición o conceptualización de dicha categoría, depende (como hemos mencionado) de la época, la cultura; así como también de la ciencia o disciplina que formula la definición. En este sentido Dabezies B. afirma que por lo general, no se realizan concepciones integrales del fenómeno “*que atiendan la multicausalidad y pluridimensionalidad de la manifestación de la adolescencia*”⁷ de lo contrario, siguiendo al autor, es común encontrarse con conceptualizaciones del tema, con fuerte sesgos hacia lo biológico, lo antropológico, lo psicológico, etc.

Para la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es una etapa vital que se desarrolla entre los 10 y los 19 años. En nuestro país, el artículo 1° del Código de la Niñez y la Adolescencia establece que se entiende por adolescente a los mayores de 13 años y menores de 18 años de edad.

La adolescencia constituye una etapa vital con características singulares. La misma supone una evolución en la cual se conjugan elementos sociales, psicológicos y culturales. Debe ser distinguida de la pubertad y de la juventud. Esta última según la OMS se da entre los

⁶ Dabezies Bernardo, (1993) Acercamiento a la temática de la Adolescencia en América Latina en “La Adolescencia” Portillo J. y otros, Ediciones de la Banda Oriental, Facultad de Medicina, Uruguay Pág:25

⁷ Idem.

10 y 24 años. La pubertad por su parte, se asocia a los cambios de carácter biológicos.

Se cree pertinente considerar el planteo de Barran (1990) en relación a la adolescencia, quien propone formularla como “*un descubrimiento de la modernidad*”, es decir que para él, la figura del adolescente surge alrededor del 1900; en el contexto económico social-económico-cultural, en el cual se desenvuelve la sensibilidad “civilizada”. Para el autor en la sociedad uruguaya hasta aproximadamente 1880 se puede hablar de pubertad pero no de adolescencia. Y hasta ese entonces, se pasaba directamente de la pubertad a la adultez; ya que por un lado, las mujeres se introducían en el mundo de los adultos mediante el casamiento temprano, mientras que los hombres lo hacían por lo general, mediante el acceso al mundo del trabajo.

A su vez, en la sociedad anterior al 900, a pesar de la brusquedad con que los padres trataban a sus hijos, no existían conflictos intergeneracionales.

En síntesis, la adolescencia debe ser considerada como una construcción sociohistórica, que trasciende el fundamento biológico, el cual sin embargo, resulta ser uno de sus aspectos constitutivos. La misma está determinada por pautas culturales, históricas y supone un proceso a partir del cual se realiza la identidad personal.

Objetivos del Estudio.

Con la realización del estudio se persiguen los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Contribuir a la comprensión de la problemática del suicidio adolescente en Uruguay.

Objetivos específicos:

- Indagar acerca de los motivos más frecuentes que originan el comportamiento suicida durante la adolescencia.
- Identificar los factores de protección del fenómeno del suicidio adolescente.
- Presentar los factores de riesgo del suicidio adolescente.

Estrategia metodológica.

Se realiza un estudio de carácter exploratorio y cualitativo. Con la realización del mismo se busca obtener información que permita analizar, categorizar y conocer el estado de situación del actual comportamiento suicida en adolescentes de nuestro país. El estudio exploratorio implica por un lado; recopilación bibliográfica-documental; revisión de bibliografía, documentos institucionales, publicaciones, artículos y datos cuantitativos que dan cuenta la dimensión del problema. Específicamente exploramos bibliografía de fines del siglo XX y comienzos del siglo XXI de la región. Los datos cuantitativos fueron tomados en su mayoría del Plan Nacional de Prevención del Suicidio de Uruguay para el periodo 2011-2015 y de la II Encuesta Nacional de Salud Adolescente llevada a cabo en el año 2012. También se han tomado datos del INE presentados en el año 2001.

Por otro lado, se realizan entrevistas pautadas, focalizadas, a dos actores sociales especializados en la temática: una representante del MSP encargada del área Programa Nacional de Salud Adolescente de la Dirección General de la Salud, y otro de la ONG Último Recurso. Se espera obtener información y las representaciones sociales acerca del tema de estudio, de figuras claves que intervienen en distintos ámbitos de actividad: el público o estatal y el privado.⁸ De este modo, buscamos comprender el fenómeno desde la perspectiva de las instituciones.

Se entrevista a un miembro de la ONG Último Recurso pero en nuestro país existen también otras ONGs especializadas en la temática suicidio, ellas son: PróVida, y Cazabajones. A su vez, existen otras, cuya tarea no se centra específicamente en la prevención del suicidio, pero llevan a cabo (entre otras cosas) algunas actividades específicas con tal propósito. Podemos mencionar una de ellas: ONG ANDAR.

Los criterios de selección de la ONG son accesibilidad y representatividad. En este sentido, desde Último Recurso, se han impulsado y llevado a cabo acciones tanto de alcance nacional, como por ejemplo la co-participación en la elaboración de la Ley 18.097 que declara el 17 de Julio como Día Nacional para la Prevención del Suicidio, como Internacional. Su directora (actor social entrevistado) fue Presidenta del Comité Organizador y Científico del XXV Congreso Mundial de International Association Suicide Prevention (IASP) que se llevó a cabo en Montevideo en Octubre 2009 y Ex-

⁸ Se coloca en el anexo las pautas de entrevistas utilizadas. Páginas:64-66

Presidenta de la Asociación de Suicidología de Latino América y Caribe (ASULAC).

Por otra parte, como hemos mencionado con anterioridad, se ha entrevistado a un funcionario del MSP encargado de la división que elaboró el Plan Nacional de Prevención del Suicidio para el periodo 2011-2015: área de salud mental. Tal entrevistado se considera un actor clave a la hora de entender el fenómeno desde el ámbito estatal-público.

Cabe destacar, que si bien a la hora de realizar las entrevistas se considera al ámbito público y el privado como distintos, separados (en la medida que se entrevista a un representante de cada uno), en la práctica, (campo de intervención-acción de cada ámbito), no es posible realizar una separación tan clara, ya que *“el Estado interviene como actor político cultural, social y económico en la vida social y los actores sociales responden más a las intervenciones del estado que a las iniciativas de otros actores sociales”*.⁹ En este sentido, Gramsci (1991) analiza la sociedad civil y el estado por separado, ya que cada contexto se encuentra delimitado por caracteres propios, pero no es posible encontrarlos aislados en su convivencia. Por ejemplo en nuestro país, como hemos mencionado con anterioridad, la ONG Último recurso, ha impulsado y participado en la redacción de la ley 18.097 que conmemora el 17 de julio como día Nacional de Prevención del Suicidio y ha promovido y llevado a cabo actividades para la celebración del mismo.

Refiriéndonos al orden del presente trabajo, el mismo está conformado por tres capítulos. En el primero precisamos e interpelamos la categoría teórica que nuclea a nuestro objeto de estudio: Salud Mental. En este sentido, (debido a la incidencia que consideramos tiene la sociedad en el fenómeno) analizamos tal categoría desde una perspectiva que vincula estrechamente al individuo con la vida social y comunitaria. Entendiendo que su objeto no es solamente el individuo, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente a este con la comunidad.

Partiendo de esta idea, introducimos en el análisis a la categoría vida cotidiana, ya que esta constituye el escenario donde los individuos producen y reproducen su vida, construyen su subjetividad en relación con el medio que los rodea.

El segundo capítulo tiene como propósito precisar el concepto de suicidio con el objetivo de llegar a definir y analizar (en el tercer capítulo) el tema que nos concierne: suicidio adolescente en Uruguay. Con esta finalidad comenzamos por mencionar las transformaciones que han experimentado Latinoamérica y en especial Uruguay, en las

⁹ Touraine (1985), Actores Sociales y sistemas políticos en América Latina. Preale, Santiago Pág:38

últimas décadas, y su impacto en el fenómeno suicidio, (análisis del contexto). En este sentido, hacemos énfasis en las transformaciones de la institución familia, dada la íntima relación que mantiene la misma con nuestro tema de estudio.

A continuación analizamos la incidencia de “lo social”, tomando como referencia los aportes de Durkheim. Al finalizar el capítulo presentamos a grandes rasgos las características del suicidio en nuestro país.

En el tercer capítulo nos enfocamos en el fenómeno de nuestro interés. Analizamos el marco legal en el cual el mismo se desarrolla, los factores de riesgo, de protección. Incluimos en el análisis el discurso de los actores sociales entrevistados (ONG Último Recurso y MSP).

Al finalizar el documento presentamos las conclusiones de aquellos aspectos y cuestiones que han sido abordadas y analizadas a lo largo del presente trabajo.

En suma, a lo largo de la presente introducción hemos mencionado a grandes rasgos los motivos o razones por las cuales consideramos importante estudiar y analizar el actual comportamiento suicida en adolescentes de nuestro país; tales razones, permiten pensar al fenómeno como un problema social vigente. En este sentido, creemos que el Trabajo Social puede aportar a la prevención del suicidio; tanto en el diseño, planificación de acciones tendientes a reducir la problemática, como en la ejecución de las mismas.

Para ello, el paso previo debe ser el conocer y comprender el fenómeno. De ahí la importancia de estudiarlo e investigarlo. Al finalizar el trabajo reflexionaremos sobre cuáles podrían ser las intervenciones que podrían llevarse a cabo desde el Trabajo Social, con el objetivo de prevenir e intentar reducir la problemática aquí en cuestión.

Capítulo I:

El campo de la salud mental y su vínculo con la Vida Cotidiana

Este capítulo tiene como principal objetivo precisar e interpelar la categoría Salud Mental y su relación con la Vida Cotidiana. Como ya hemos mencionado en la introducción del presente trabajo, la misma nuclea a nuestro objeto de estudio.

Con tal propósito, comenzamos por explicitar la transición paradigmática, mediante la cual se pretende comprender o estudiar el sujeto en su integralidad, superando la tendencia reduccionista para la comprensión de los fenómenos sociales, con la cual se fragmentaba, sucesivamente sus componentes. Particularmente en el caso de la salud separando lo físico de lo mental, centrándose en la atención de la enfermedad dejando de lado la prevención y promoción de la salud.

Ahora bien, la perspectiva actual concibe al hombre como una unidad bio-psico- social cultural, desde un enfoque totalizador de los problemas. Desde esta línea de pensamiento, resulta pertinente exponer el concepto de Fernandez B (2008) quien retomando a Pichon Riviere sostiene una visión integrativa del concepto salud, incorpora dentro del mismo la salud física, mental y social.

Ya desde 1946 la OMS establece que la salud no solo significa la ausencia de enfermedad (definición pasiva del concepto), sino también el bienestar; las áreas físicas, mental y social (definición activa).

Sucede que esta última definición parece poco operativizable, puesto que el bienestar mental, social y físico presenta algunas dificultades para su medición. Pareciera proponer un objetivo muy ambicioso de alcanzar: “El completo bienestar...” No obstante, la definición parece adecuada por su sentido programático.

Por otra parte, constituye una definición innovadora respecto a las anteriores, ya que significa una concepción más subjetiva y menos normativa de entender al concepto. Abarca todos los aspectos relevantes de la vida y no solo la define de manera negativa, por la *ausencia de enfermedad*.

Como hemos mencionado, adherimos al concepto de salud que la entiende desde al menos tres dimensiones: física, social y mental, todas ellas se encuentran estrechamente relacionadas, todas son constitutivas del concepto, no se puede comprender una sin la otra.

La primera, se manifiesta en el cuerpo de cualquier individuo.

La segunda desde el punto de vista social, puede definirse como: *“la buena interacción del individuo (cuerpo y mente) con el ambiente que le rodea, tanto cercano como lejano. Es decir, factores externos que influyen en el individuo, propiciando la buena interacción con la gente y con el entorno cercano”*¹⁰.

La salud mental aparecerá concebida como *“el estado de relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del hombre como sujeto de la cultura. En dicho estado las personas o grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social. Este equilibrio e integración es permanente con crisis previsibles e imprevisibles registrable subjetiva u objetivamente”*¹¹. Por ende, el objeto de la salud mental no es solamente el individuo, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente a este con su comunidad, puesto que el individuo está sujeto a una cultura y en consecuencia también condicionado por esta.

Como hemos mencionado con anterioridad entendemos a la salud desde una perspectiva de totalidad, en oposición a una reduccionista que fragmenta sus componentes¹² De este modo, la salud mental está estrechamente relacionada con el bienestar, las áreas físico, social y mental.

En este sentido, el campo de la salud mental, no se restringe a la consideración de procesos individuales, sino a la interacción individuo-sociedad. Esta *“se asocia a la vivencia de satisfacción tanto material como simbólica, y se evidencia en la construcción de vínculos sanos, creativos y solidarios; en la participación real en las decisiones que afectan la vida cotidiana de los sujetos; en la posibilidad de pertenencia, integración y construcción de sus proyectos. En la práctica cotidiana ello implica un sujeto crítico, reflexivo, pensante, flexible y creativo que sepa construir las estrategias y las herramientas posibles necesarias para enfrentar los procesos y situaciones en forma constructiva y colectiva”*¹³ De este modo, la vida cotidiana se convierte en el escenario privilegiado de la Salud Mental, ya que constituye el espacio donde los sujetos producen y reproducen socialmente su vida. Allí es donde se plasman y entran en juego las subjetividades del

¹⁰ Idem.

¹¹ Galli en Rodríguez M. (1990) “Experiencias en Salud Mental Comunitaria”. Ed: Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay, pág: 115.

¹² Perspectiva que la entiende como ausencia de enfermedad

¹³ Custo, E. (2008). Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social. Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina., Pág.; 21.

individuo, las formas de cómo vive, se percibe así mismo y a su entorno.

De esta forma, estamos considerando los aportes de las perspectivas que incluyen la subjetividad en la concepción de la salud, incorporamos en ella lo cotidiano, en otros términos, la cultura, las creencias, etc. Por ende, nos apartamos de la definición (como ya hemos mencionado) que la entiende simplemente como la ausencia de enfermedad.

Del mismo modo, *“la enfermedad no es un hecho aislado, fruto de una dinámica propia, interna, del individuo que la padece; sino un emergente del interjuego de complejas estructuras biológicas, psicológicas y sociales...”*¹⁴

Lo anteriormente expuesto demuestra la pertinencia e importancia que tiene considerar la categoría vida cotidiana como transversal a nuestro objeto de estudio.

A su vez, las conductas suicidas implican un quiebre, una fractura con la misma y esto constituye otro argumento válido para considerarla como central. En este sentido, Fernandez B. (2008) retomando a Pichon Riviere establece que *“la Salud Mental sería visualización y resolución de contradicciones internas que surgen en el escenario de la vida Cotidiana.”*¹⁵ En otros términos, contradicciones que surgen en la relación del individuo con la sociedad.

Consideramos continuando con el planteo de Pichon- Rivière E. (1993), que el hombre es una unidad bio-psico-social, cuyo conocimiento objetivo requiere entre otras cosas, el análisis de los sujetos *en su “realidad inmediata, en sus condiciones concretas de existencia, en su cotidianidad”*¹⁶. Por ende, para comprender al sujeto desde el punto de vista de la totalidad, es necesario entender, ese espacio donde se expresan de forma inmediata las complejas relaciones de este y de los demás sujetos, esto es, la vida cotidiana. *“La vida cotidiana es la vida del hombre entero, o sea: el hombre participa en la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad”*,¹⁷ en ella, manipula las cosas, pone de manifiesto sus ideas, sus necesidades, pasiones; es ser afectivo y ser racional; lo cual no significa que viva todo esto con total intensidad. Según Pichon-Rivière E. (1993), en la cotidianidad se instala un mecanismo irreflexivo, es decir que los hombres no examinan los hechos, ni concientizan las acciones.

¹⁴ Fernandez B.(2008) Complejidad Social y Salud Mental, Universidad de la República, FCS Departamento de Trabajo Social ,Montevideo Uruguay, Pág23

¹⁵ Idem.

¹⁶ Pichon- Rivière E., Pampliega de Quiroga A. (1993), “ Psicología de la Vida Cotidiana”, Ed: Nueva Visión, Bs As,Argentina, Pág: 9

¹⁷ Heller A. (1985) “ Historia y vida cotidiana” ,Ed: Grijalbo, México, Pág:39

Según Heller A. (1985) la vida cotidiana es heterogénea y jerárquica. Es heterogénea, porque incluye casi todas las esferas de nuestra vida: trabajo, esparcimiento, entre otras; y al mismo tiempo es jerárquica, porque cada grupo, familia y hasta cada época histórica, establece una jerarquización de las actividades cotidianas; esa jerarquía es espontánea, el hombre no es consciente de ella. En este sentido Batthyany K (2004) afirma que en *“la cotidianeidad, las personas actúan de manera espontánea, sobre la base de la probabilidad, sin posibilidad de cálculo o de previsión, se encuentran siempre delante de la alternativa y la necesidad de elegir.”*¹⁸

Las acciones y comportamientos particulares, que se desarrollan en la cotidianidad son a su vez resultados de una época socio-histórica, y por tanto se encuentran determinados en parte, por la totalidad social. Por ende, *“a cada época histórica y a cada organización social corresponde un tipo de vida cotidiana ya, que en cada época histórica y en cada organización social se da distinto tipo de relaciones con la naturaleza y los otros hombres”*¹⁹ Sin embargo, si bien todos los hombres que están insertos en la vida cotidiana no son independientes de las determinantes socio-históricas, la vida cotidiana refiere a la reproducción particular de cada individuo, la cual posibilita la reproducción social (relación individuo-sociedad). Es decir, que las sociedades se reproducen por esa continua reproducción particular y a su vez todo individuo necesita reproducirse. De esta manera, se hace alusión al carácter dialéctico de la vida cotidiana; es particular, pero es resultado y productora de la reproducción social, y por lo tanto tiene un componente genérico.

A su vez, *“la vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo que yo experimento, pero a la vez, es un mundo intersubjetivo, social, compartido. Para cada uno de nosotros mi mundo, es un mundo que vivo con otros”*¹⁸

Como hemos mencionado anteriormente, la vida cotidiana constituye el espacio donde se expresan de forma inmediata las relaciones de los sujetos, ahora bien, es necesario hacer alusión al papel protagónico de la familia en ese espacio de relaciones. Pues ella constituye lo que Heller A. (1985) denominó un grupo *“face to face”*. Estos grupos le transmiten al individuo en la niñez, la adolescencia, normas y costumbres, pero llegada la adultez el

¹⁸ Batthyány K. (2004) “Cuidado infantil y trabajo. ¿Un desafío exclusivamente femenino?,CápIV” Familias y ciudadanía Social” CINTENFOR, Montevideo, Pág:59

¹⁹ Pichon- Rivière E., Pampliega de Quiroga A. (1993), “ Psicología de la Vida Cotidiana”, Ed: Nueva Visión, Bs As, Argentina, Pág:12

¹⁸ Eroles C. (1998): “Familia y Trabajo Social: Un enfoque crítico e interdisciplinario de la intervención profesional”, Ed Espacio, Bs. As, Argentina , Pág :38

individuo debe ser capaz de vivir su propia cotidianidad. Es decir, que existe un proceso para aprender a dominar, manipular, la vida; en el cual la familia tiene un papel primordial. Por otra lado, la importancia de la familia radica en que la misma constituye una de las instituciones de referencia más importantes de la vida de los sujetos” *tanto en sus biografías como proyectos de vida, así como uno de los tópicos presentes en las mayoría de los discursos*”¹⁹ incluso se la puede considerar como un factor explicativo del comportamiento individual. En este sentido, cuando se analizan las causas del suicidio durante la adolescencia, varios autores coinciden en adjudicarle gran peso al entorno social y familiar. *“En niños y jóvenes, los impactos estresantes vinculados a la familia, los cambios personales, la soledad y la falta de apoyo social, favorecen la aparición de conductas suicidas diversas.”*²⁰

Lo antedicho, demuestra la pertinencia que tiene introducir en el análisis a la categoría familia. En esto aspecto nos centraremos en el próximo capítulo ya que resulta fundamental definir tal categoría para comprender nuestro tema de estudio.

¹⁹ Arriagada I. (2007) “Familias y Políticas Públicas en América Latina”, Ed CEPAL, Pág.23.

²⁰ MSP (2012) “Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas Suicidas”, Programa Nacional de Salud Mental. Pág.: 2

Capítulo II:

El fenómeno del Suicidio: Una aproximación a su conceptualización

Como ya hemos mencionado al comienzo del presente trabajo, para poder analizar el fenómeno del suicidio adolescente, es necesario previamente precisar el concepto de suicidio, esto constituye el propósito principal del presente capítulo.

1. El escenario Latinoamericano de las últimas décadas.

Nuestro análisis parte por realizar una distinción entre el modelo económico, social cultural actual de nuestro país (fines de la primera década del siglo XXI y comienzos de la segunda), y el modelo económico, cultural social que había estado presente en décadas anteriores. En este sentido *“La oleada de gobiernos de izquierda y/o progresistas que tuvo lugar entre fines del siglo XX e inicio del XXI en América Latina puso de manifiesto la necesidad de reconsiderar las formas de conducción política, en particular las relacionadas con el tratamiento de los costos sociales vinculados a la puesta en práctica del nuevo modelo de desarrollo”*.²¹

En nuestro país en la última década se han producido una serie de avances en relación al fenómeno suicidio. Podemos considerar al Plan Nacional de Prevención del Suicidio para el periodo 2011-2015 y a la Ley 18.097, que reconoce el 17 de julio como Día Nacional de Prevención del Suicidio, como innovaciones en la temática dentro de un escenario de transformaciones políticas, económicas, sociales.

Pero, debemos aclarar que si solo se haría referencia la realidad de los últimos años nuestro estudio quedaría incompleto, ya que no se tomaría en cuenta la evolución del fenómeno en relación al contexto. De este modo, nuestro análisis se remonta décadas atrás.

Principalmente durante la década de 70', 80' 90' del siglo XX se dio un cambio sustantivo en las Sociedades Latinoamericanas, en un mundo que también se había transformado radicalmente. Específicamente en nuestro país, para Olesker (2004), dichos

²¹ Midaglia y Antia (2007), La izquierda en el Gobierno: ¿Cambio o continuidad en las políticas de bienestar Social? En Revista Uruguaya de Ciencia política Pág.: 131-157.Uruguay.

cambios posibilitaron sacar al mismo del estancamiento económico que había experimentado durante los años sesenta y aumentaron la riqueza casi al doble de la existente.

Sin embargo al mismo tiempo que se pasa a disponer de mayor riqueza nacional, según Olesker, D (2004) varias personas viven bajo la línea de pobreza. Siguiendo al autor, esta situación paradójica es el resultado natural del funcionamiento del capitalismo *“agravado por ser un país dependiente y por las políticas económicas de apertura y liberación que caracterizan esta fase actual de la acumulación capitalista mundial. Es el propio crecimiento lo que explica la existencia de una exclusión económica social y política sin precedentes en la región”*.²² Esto no significa que no sea posible crecimiento sin exclusión, sino que para el autor, la posibilidad de crecimiento sin exclusión exigiría cambios estructurales en el modelo económico vigente.

Cabe destacar, que como ya hemos mencionado al comienzo del presente apartado, principalmente a finales de la primera década del siglo XXI y comienzos de la segunda, impulsado por los gobiernos de izquierda en nuestro país se han producido una serie de transformaciones en el contexto económico, social, cultural, político al punto puede hablarse siguiendo a Midaglia y Antia (2007), de la posibilidad de una actual matriz de políticas de bienestar. Pero como hemos dicho con anterioridad, es pertinente para nuestro trabajo, analizar el contexto de décadas atrás.

En este sentido, según Pucci (2003) durante aproximadamente las tres décadas anteriores se dieron una serie de modificaciones especialmente en el mundo del trabajo, que impactan en el plano social político y cultural. Pero para el autor, las mismas no pueden ser remitidas únicamente a la aplicación de un modelo de desarrollo específico, es decir que no responden a la aplicación de políticas de corte neoliberal en el marco de la globalización, sino que han ido evolucionando. *“Están inscriptas en modificaciones estructurales de largo plazo”*²³ Por ende, *“son transformaciones profundas y duraderas de la sociedad”*.²⁴ Con frecuencia se las suele asociar a los procesos de globalización, empero esta, *“no opera como causa de los fenómenos de transformación de los procesos*

²² Idem.

²³ Pucci F (2003) Sociedades de riesgo y mundo del trabajo en el Uruguay contemporáneo. En: El Uruguay desde la sociología. Integración, desigualdades sociales, trabajo y educación. Montevideo: Departamento de Sociología, F.C.S., Universidad de la República. Pág256

²⁴ Pucci. F (2007).”Inercias y transformaciones en las relaciones laborales del Uruguay, Cuaderno CRH, Salvador.

*productivos, sino que constituye un nuevo escenario que modifica los datos del contexto, sin necesariamente constituirse en la variable explicativa fundamental.”*²⁵. Por ende, siguiendo a Pucci (2003), el hecho de que la globalización constituya el escenario de tales transformaciones, no significa que sea su causa. Afirma que las mismas estarían vinculadas a los cambios en las relaciones sociales que se dan en la modernidad avanzada. Es pertinente mencionar uno de estos cambios: la creciente individualización, como un componente presente en las relaciones sociales. Según el autor, el individuo adquiere más autonomía y libertad a la vez que aumenta la incertidumbre y el riesgo derivado de las decisiones que toma, lo cual es paradójico; además tanto la incertidumbre como el riesgo se transforman en elementos de las relaciones sociales, que se expresan en la vida laboral, familiar, en los estilos de vida, etc.²⁶

Por otra parte, recientemente mencionábamos que el contexto social, económico y cultural actual (finales de la primera década del siglo XXI y comienzos de la segunda) Latinoamericano y en especial de nuestro país, es muy diferente respecto al de décadas anteriores. Según Midaglia y Antia (2007) se produjo un cambio de orientación y operativa de las principales políticas sociales, lo cual puede traducirse como la formulación del sistema de bienestar que había estado vigente hasta ese entonces en el país. Hoy podríamos hablar de un *“sistema institucionalizado de políticas sociales de carácter universalista y de amplia cobertura en el campo educativo, laboral y de salud.”*²⁷

En esta nueva realidad contextual, las tasas de suicidio siguen siendo altas. Como hemos mencionado al inicio del presente trabajo, la tasa promedio para el periodo 2004-2009 es de 17 cada 100.000 habitantes. En este sentido, nos surgen ciertas interrogantes: ¿La cantidad de suicidios se asocian con un modelo de desarrollo específico? ¿Con descomposición o fragmentación social O con valores individualistas que se encuentran presentes en la sociedad independientemente del modelo económico que exista? En relación a esto Robertt P.(2000) afirma que *“Tal vez lo que deberá comenzar a evaluarse es entonces un proceso civilizatorio en el cual valores individualistas, aislamiento, soledad e incomunicación pasan a ser dominantes.”*²⁸

²⁵ Idem.

²⁶ Robertt P (2000) “Cinco tesis sociológicas sobre el suicidio “, Terceras Jornadas de Suicidología del Mercosur.: Encuentro Nacional de prevención del Suicidio. Montevideo. Pág:8

²⁷ Midaglia y Antia 2007, La izquierda en el Gobierno: ¿Cambio o continuidad en las políticas de bienestar Social? En Revista Uruguaya de Ciencia política Pág: 132 Uruguay.

²⁸ Robertt P (2000) “Cinco tesis sociológicas sobre el suicidio “, Terceras Jornadas de Suicidología del

Lo anteriormente mencionado da cuenta de la dificultad que tiene analizar en Uruguay, la incidencia del contexto (político, social, cultural) en el fenómeno del suicidio y de los comportamientos suicidas en general. Por un lado, sabemos que aunque el contexto socioeconómico de principalmente esta última década es muy diferente al de décadas anteriores, las tasas de suicidios continúan siendo altas. Por otro lado, también sucede que en nuestro país los picos en el aumento de suicidios se corresponden con sucesos, ciertos eventos; económicos, políticos, culturales.²⁹ De este modo, podríamos pensar que el contexto económico, político y social, si influye en el fenómeno, pero tal influencia podría no obedecer a un modelo de desarrollo específico. En este sentido, Dajas F. (1990) afirma que, *“numerosos estudios han destacado la importancia de determinantes conyunturales, eventos vitales desencadenantes en la causalidad del acto suicida.”*³⁰ Dicho autor entiende que el “cambio socioeconómico” es un factor determinante, más que la situación socioeconómica en sí. Argumenta que en la década del 90 del siglo XX el suicidio se presentó en Uruguay predominantemente en la población de más edad, que es la que ha sufrido en forma más acentuada el cambio socioeconómico vivenciado en el país.

Pero en la adolescencia se presentan en la actualidad altas tasas de intento de autoeliminación (IAE), uno de cada diez adolescentes uruguayos intento suicidarse el pasado año³¹ por lo cual dicho grupo etario puede ser definido como de riesgo en lo que a esta problemática refiere. En el próximo capítulo profundizamos este aspecto.

Por su parte en nuestro país, el MSP, también analiza la incidencia del contexto sociocultural, económico en los comportamientos suicidas. En este sentido afirma que *“el incremento de 40% de los suicidios en nuestro país, se corresponde con un periodo histórico caracterizado por el grave deterioro de las condiciones sociales y culturales con notorio sufrimiento subjetivo y mortificación espiritual de personas y grupos humanos. El padecimiento de los individuos, sus familias y las comunidades incluye un conjunto de eventos adversos y penosos permanentes que interactúan multiplicando sus efectos y expandiendo la desesperanza.”*³²

Mercosur.: Encuentro Nacional de prevención del Suicidio. Montevideo. Pág:6

²⁹ Al finalizar el capítulo se presentan datos cuantitativos que demuestran tal afirmación.

³⁰ Dajas F. (1990) Alta tasa de suicidio en Uruguay. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev Med Uruguay

³¹ Datos resultantes de la Encuesta Nacional de Salud Adolescente MSP, MIDES (2012), Uruguay.

³² MSP(2011) Dirección General de Salud “Guías de prevención y detención de factores de riesgo de conductas suicidas, Programa Nacional de Salud Mental, Uruguay .Pág. 30

Por otro lado, el análisis del contexto, escenario Latinoamericano no quedaría completo si no mencionáramos los cambios que ha experimentado la institución familia en aproximadamente en las últimas tres décadas. Ya en los anteriores apartados, hemos justificado la pertinencia de introducir dicha categoría; en nuestro análisis. En este sentido, para analizar las transformaciones de la familia y posteriormente articularlas con los profundos cambios que experimentan nuestras sociedades en el plano material y en la construcción de subjetividades, es necesario previamente definirla.

De este modo, comenzamos el análisis retomando un concepto clásico de familia, el cual partiendo de un sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación, *“concibe a la familia como institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades. Incluye también la convivencia cotidiana, expresada en la idea del hogar y el techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, junto a la sexualidad ‘legítima’ y la procreación”*³³ Por ende el, concepto clásico de familia, considera a la familia conformada por tres dimensiones: sexualidad, procreación y convivencia.

Es decir, siguiendo la definición clásica de Jelin E. (1998), las organizaciones familiares varían entre las sociedades, dependiendo de las características y condicionamientos de las mismas, pero sus diversas estructuras de parentesco comparten algo en común: se refieren siempre a cómo organizan la convivencia, la sexualidad y la procreación. Por ende, las organizaciones sociales partiendo de diferentes condicionamientos, políticos, culturales y sociales han ido formando diferentes organizaciones familiares a lo largo de la historia, pero siempre en relación a la convivencia, a la sexualidad y a la procreación. Ahora bien, actualmente, las tres dimensiones planteadas que conforman la definición clásica de familia, han experimentado según Batthyány K. (2004) grandes transformaciones. El modelo tradicional de familia en la cual el hombre desempeña el papel de proveedor en términos económicos (ámbito público) y la mujer se ocupa del ámbito privado (crianza, cuidado de los hijos y la realización de las tareas domésticas); pierde protagonismo en las sociedades actuales, principalmente en las latinoamericanas, dando lugar a una gran diversidad de arreglos familiares y formas de convivencia que muchos consideran como una crisis de la familia. *“Pero que sin embargo pueden verse también como parte de los procesos de transformación y extensión del derecho a tener derechos, principalmente por*

³³ Jelin E. (1998) “Pan y afectos, La transformación de las familias”, FCE, Bs. As, Argentina, Pág: sd.

parte de las mujeres integrantes de esos arreglos familiares".³⁴

Según Jelin E. (2005) a partir de la década de los 90' del siglo XX, se observa una serie de tendencias en los procesos de formación y disolución de uniones, en los patrones reproductivos, en las relaciones de género, en la conformación de hogares y en las responsabilidades basadas en los lazos de parentesco. Tales tendencias reflejan el panorama de la institución familia en la actualidad.

Según Paredes M. (2003) hoy en día se puede hablar de diversas configuraciones familiares en función de: la pauta de co-residencia, la presencia o no de hijos y la presencia de otros parientes o no. A partir de esos criterios la tipología de hogares se podría establecer de la siguiente manera: hogar unipersonal, nuclear (ambos conyuges, ambos conyuges e hijos o una persona con sus hijos), extendido (hogar nuclear más otros parientes) compuesto (hogar nuclear o extendido más otras personas que no son parientes).

Por otro lado, no quedaría establecido el concepto de familia de Jelin E. (2005) sin hacer referencia al rol del estado. En este sentido, establece que el mismo debe *"legislar en dirección a promover las capacidades humanas de elegir los vínculos familiares que mejor acuerden con sus subjetividades y sus marcos culturales. Evitar violencias y sufrimientos, aumentar la igualdad y la democracia intrafamiliar."*³⁵ A su vez, siguiendo a la autora, el estado debe promover políticas públicas que se adapten a las circunstancias actuales de las familias, reconociendo las transformaciones familiares. Es decir, a la hora de diseñar o implementar acciones, no debe partir de la supuesta vigencia de un modelo familiar único (la familia nuclear). Así, de esta forma se maximizaría los efectos de esas políticas y las decisiones tomadas no estigmatizarían o penalizarían a algunos sectores sociales.

Pensar, tomar conciencia de tales transformaciones, debe ser un paso previo para poder diseñar, ejecutar, políticas que se ajusten a la realidad social.

Luego de desarrollar el concepto de familia nos surge una interrogante ¿Han impactado las transformaciones del plano familiar en el suicidio adolescente? Buendía José (2004),

³⁴ Batthyány K. (2004) "Cuidado infantil y trabajo. ¿Un desafío exclusivamente femenino?,CápIV" Familias y ciudadanía Social",CINTENFOR, Montevideo, Pág:62

³⁵ Jelin E. (2005) "Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales. Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas" Ed, CEPAL, Pág. 4.

coloca a la situación familiar, como un factor implicado en el comportamiento suicida durante la adolescencia. En este sentido, creemos que dependiendo de la forma que se nos presente tal institución, será la incidencia que la misma tenga en el fenómeno. Como hemos dicho, el modelo tradicional de familia ha perdido protagonismo, por ende, debemos pensar el suicidio a partir de la situación de la familia en la actualidad. De aquí tiene que partir nuestro análisis.

De este modo, podríamos a priori plantear la hipótesis de que las transformaciones de la institución familia impactan en el fenómeno del suicidio adolescente. Empero, para refutarla o confirmarla, necesitaríamos llevar a cabo una investigación exclusiva para ello, puesto que no existen (o al menos no hemos encontrado), antecedentes, investigaciones que den cuenta de tal relación. No obstante, sabemos y hemos fundamentado y dejado manifiesto en el presente trabajo, que la familia es un factor implicado en el comportamiento suicida. Lo que no podemos argumentar es la incidencia de las transformaciones de tal institución en el fenómeno.

Hemos considerado pertinente analizar el contexto de las últimas décadas en el cual ocurre el fenómeno de suicidio. Pero tal fenómeno ha estado presente en todas las sociedades y épocas histórica, en este sentido, adquiere significado, dependiendo de las características del contexto social, cultural en el cual sea analizado, considerado y de cómo es percibido y visualizado por la sociedad.

Pensar el Suicidio desde una perspectiva sociológica...

Como hemos mencionado en anteriores capítulos, existen condicionamientos sociales asociables al fenómeno del suicidio. Es decir, consideramos que el colectivo social influye en el comportamiento del individuo.

Varios autores han buscado demostrar, precisar la relación entre tales condicionamientos sociales y el fenómeno suicidio. De este modo, según Bonaldi (2006) como resultado de una serie de debates, que implicó rupturas y continuidades es que se llega a la posibilidad de pensar el suicidio desde una perspectiva sociológica.

Siguiendo al autor, tales aportes deben ser tomados en cuenta para una correcta comprensión del fenómeno. En el presente trabajo tomamos aquellos que pueden ser considerados como principales líneas de investigación en relación a la temática, en la medida que han dado inicio a una perspectiva estrictamente sociológica, y consecuentemente a posteriores críticas.

De este modo, es pertinente hacer referencia al planteo que realizó Durkheim en relación al suicidio. Pero debemos aclarar que no adherimos en su totalidad al mismo; si bien compartimos que la sociedad influye en los comportamientos del individuo, discrepamos en varios puntos de análisis que sostiene el autor. En este sentido al final del apartado se realizan algunas críticas a su concepción.

El suicidio de Durkheim.

Si bien la obra “El Suicidio” de Durkheim (1897), puede ser considerado como el punto inicial de una perspectiva estrictamente sociológica, “... parte de los hallazgos y relaciones que allí se presentan ya habían sido postulados con menos sistematización por otros autores”³⁶ En la época que el autor escribe el libro (fines de siglo XIX), el suicidio era uno de los temas más estudiados; de manera que el trabajo de Durkheim se vio enriquecido por el trabajo empírico realizado previamente; estudios que implicaban correlaciones estadísticas del fenómeno con variables como sexo, la edad, el estado civil, etc explorados con anterioridad.

³⁶ Bonaldi (2006) en “*Comportamientos suicidas en la Adolescencia: Morir antes de la muerte*” S.A Ed Lugar. Buenos Aires, Pág.: 51.

Empero, continuando con el planteo de Bonaldi P (2006) no caben dudas que la obra “El Suicidio” significó una nueva forma de investigar el fenómeno, puso fin a los llamados “estadísticos morales”. Según el autor, estos últimos constituían estudios sobre el fenómeno basados en un análisis de la cifra social de suicidios de las diferentes sociedades. De este modo, se creía que *“esas cifras constituían un indicador cuantitativo apropiado para analizar el estado de salud o la fortaleza moral de la sociedad”*.³⁷ Así, el estudio del fenómeno implicaba básicamente un debate filosófico- religioso, moral que poco a poco el interés científico, fue sustituyendo.

Durkheim procuró *“desarrollar una teoría sociológica abarcativa que le permitiese dar cuenta de las regularidades existentes.”*³⁸ Para ello toma las tasas de suicidios, e intenta demostrar que las mismas están determinadas por del tipo de relaciones que se dan en cada grupo social.

A su vez, desde la perspectiva del autor, la sociedad se encontraría en un plano superior al individuo, lo coerciona. Es esta la que en cierta forma “moldearía” la conducta de este, determinando su comportamiento. Aunque no haya en el individuo una conciencia de que esto suceda.

Según Durkheim (2007) el individuo manifiesta por medio de hechos sociales, *“maneras de actuar de pensar y de sentir”*³⁹ la representación que él se hace sobre ella. Desde esta perspectiva, la sociedad puede ser vista como factor explicativo del suicidio por constituir este fenómeno en sí mismo, un hecho social.

De este modo, el autor se distancia de la tendencia dominante de la época que explicaba el fenómeno únicamente a través causas físicas, biológicas o psicológicas (asociadas a trastornos de la personalidad, afectivos, depresión). De esta forma, los suicidios resultarían de perturbaciones en la relación entre el individuo y la sociedad. Partiendo de esta idea, Durkheim identifica cuatro tipos de Suicidio: el egoísta, el altruista, anómico y el fatalista. Para realizar tal clasificación toma como referencia el grado de integración social del individuo al medio social.

El **egoísta**, el individuo acciona por sí mismo sin tomar en cuenta a los otros individuos. El estudio realizado por Durkheim (1897) establece que este tipo de suicidio ocurre cuando no hay existencia de lazos sociales, religiosos, políticos y cuando la integración social es

³⁷ Idem

³⁸ Idem, Pag 52.

³⁹ Durkheim E. (1998) Las Reglas del Método Sociológico, Ed Losada. Bs As. Pág: 40.

escasa. Predomina la individualidad.

Anómico: En la sociedad existen normas, valores, reglas, que constituyen la moralidad común como un sistema cultural que tiene vida propia. De este modo, los cambios de manera brusca por ejemplo crisis económica, una guerra, una revolución, generan en los individuos situaciones de angustia, desasosiego, que pueden manifestarse en suicidio. Se da una disociación de valores, normas que desorienta al individuo. Este deja de observar, visualizar, las anteriores, y aún no se encuentra “preparado” para internalizar, asimilar ni observar, ni identificarse con las nuevas. De este modo, se da una regulación externa insuficiente para su vida.

Altruista: Ocurre cuando la integración del individuo al grupo social es excesiva. Su accionar está motivado por los objetivos y órdenes del grupo. La integración del individuo al grupo es tan fuerte que el mismo sacrifica su vida, en pos del colectivo. En líneas generales, sería lo opuesto al egoísta ya que en este último la integración del individuo es débil o escasa.

El **Fatalista:** En donde la regulación es excesiva. Los individuos se encuentran sometidos a reglas demasiadas duras y rígidas, al punto que no le permiten a estos pensar la posibilidad de abandonar la situación en la cual se encuentran. Este tipo de suicidio se daba por ejemplo en las sociedades esclavistas. El sujeto no se siente parte del grupo, pero está sometido a él.

Como hemos mencionado con anterioridad, la Obra de Durkheim dio paso a posteriores críticas y estudios en relación al fenómeno.

Si nos referimos específicamente a la tipología de suicidio que el autor desarrolla, compartimos con varios autores, que Durkheim (1897) en su análisis reduce la explicación del fenómeno al grado de integración social. En este sentido, plantea que si se debilitan los lazos sociales priman los deseos individuales. De esta manera, la sociedad no ejercería sobre el individuo “*el suficiente dominio para imponerle reglas.*”⁴⁰ Afirma que “*cuanto más desligados nos sentimos de la esta, más también nos desligamos de esta vida de que a la vez es la fuente y el fin.*”⁴¹ Esta concepción de Durkheim fue criticada por varios autores quienes sostienen entre otras cosas, que tal modelo carece de elementos para llegar a resultados confiables, por ejemplo omiten ciertas variables de control que hacen

⁴⁰ Durkheim (1998) “El Suicidio”, Ed, Akal. Madrid, España, Pág.: 314.

⁴¹ Idem: Pág:218

confundas las conclusiones.⁴²

Es pertinente en nuestro análisis mencionar el concepto de solidaridad que desarrolla el autor. Para Durkheim (2007) la cooperación y la solidaridad aparecen en la sociedad (todo homogéneo) como una norma general que le permitiría a los individuos (miembros de ella) estar en cohesión. Así, presenta una gran preocupación por restaurar y mantener el orden social. En este sentido, su pensamiento puede ser considerado conservador ya que no piensa la existencia de la sociedad sin ese orden que para él la caracteriza y define.

Por otra parte, como ya hemos mencionado para Durkheim (2007) el suicidio es un hecho social, como tal se colocaría en un plano superior al individual; es decir, que se les impondría a los individuos, ejerciendo un poder sobre su conducta predisponiéndolos a comportarse de determinada manera. En este sentido, compartimos con Robertt. P (2000) que pensar el suicidio de esta manera, significa no considerar la trayectoria individual de individuo estructurada y determinada socialmente. En otros términos, debemos tomar en cuenta la subjetividad del individuo (sus decisiones, sentimientos, la forma de cómo se percibe a sí mismo y al entorno, su conciencia) entendiendo que la misma se construye en relación al contexto que lo rodea. En este sentido, el individuo a lo largo de la vida (trayectoria) va internalizando pautas de comportamiento, valores, experiencias, del entorno que lo rodea y así de esta manera realiza su representación propia de la realidad.

De este modo, estamos de acuerdo que el fenómeno suicidio es una construcción social pero *“Pensar el suicidio como una construcción social también nos permite descubrir que detrás de una cifra, está la decisión de los individuos de no querer vivir más, claro que, del modo como están viviendo.”*⁴³

Maurice Halbwachs (1930), fue uno de los discípulos de Durkheim. Este realizó un estudio mediante el cual confirmó algunos postulados de la teoría del autor, pero señaló algunas limitaciones a la misma. Siguiendo a Bonaldi (2006) tales críticas pueden ser resumidas en las siguientes:

-No es posible analizar el peso que tiene cada variable (sexo, religión, etc) en el fenómeno porque se encuentran todas estrechamente relacionadas.

-Por otro lado, Halbwachs (1930) toma en cuenta los motivos personales que pueden

⁴² Almirón Mauro (2012), Monografía final de grado: Estudios del comportamiento Suicida en Uruguay Aportes para el debate, Licenciatura en Trabajo Social, FCS, UDELAR.

⁴³ Robertt P (2000) “Cinco tesis sociológicas sobre el suicidio “, Terceras Jornadas de Suicidología del Mercosur.: Encuentro Nacional de prevención del Suicidio. Montevideo. Pág:8

influir en el suicidio, a diferencia de Durkheim que los deja de lado por considerar “*que se trataba de explicaciones no sociológicas, que remitían exclusivamente al individuo*”.⁴⁴ En tal sentido Durkheim afirma que “*la materia de la vida social no puede explicarse por factores psicológicos, es decir por estados de conciencia individual.*”⁴⁵ Frente a esto, Halbwachs señala que los motivos individuales (determinados socialmente), no deben ser descartados, necesariamente deben ser considerados para comprender el fenómeno. Partiendo de esta idea, el autor establece relación entre la psicología y la sociología.

En suma, Durkheim desarrolló una teoría clásica de suicidio que dio paso posterior a críticas, e investigaciones en relación al fenómeno. En este sentido, por la trascendencia histórica que tuvo, puede ser considerada como una de las principales línea de investigación en relación a la temática. De ahí la pertinencia de introducirla en nuestro trabajo.

Por otro lado, como ya hemos mencionado, también dio inicio a una perspectiva estrictamente sociológica para comprensión del suicidio; de ahí que nos proporciona insumos para su análisis. Con respecto a esto, estamos de acuerdo en que existen condicionamientos sociales asociables al fenómeno, pero descartamos la posibilidad de comprenderlo exclusivamente desde el punto de vista social, con prescindencia de la decisión de los sujetos, no considerando los aportes de la subjetividad de estos. En este sentido, Durkheim (1986) afirma que los fenómenos que se producen a nivel social trascienden las conciencias individuales. En este punto también discrepamos con la teoría del autor.

Es decir, creemos que no es solamente la sociedad (como afirma Durkheim) la que influye en los comportamientos del individuo entre los cuales destacamos el suicidio; tampoco es el individuo por si solo el que actúa sin la influencia de la sociedad; sino que es la interacción individuo-sociedad la que determina los comportamientos de este. Y en esa interacción entran en juego varios elementos, factores: personales, individuales, sociales, estos últimos asociados a las relaciones que se dan entre los individuos en la Vida Cotidiana, como ya hemos mencionado (principalmente en el primer capítulo del presente trabajo), esta constituye el escenario donde los sujetos producen y reproducen socialmente su vida, donde se plasman y entran en juego las subjetividades de estos.

⁴⁴ Bonaldi (2006) en “*Comportamientos suicidas en la Adolescencia: Morir antes de la muerte*”, Ed Lugar, Bs As, Pág.: 51

⁴⁵ Durkheim (2001) *Las reglas del método sociológico*. Ed Akal, Madrid España, Pág. 25.

Procedentemente en el siguiente capítulo trataremos de ampliar cuales son los factores que según nuestro análisis influyen en los comportamientos suicidas específicamente en la adolescencia.

El concepto de suicidio.

En una primera instancia decimos que el término proviene del latín "sui" que significa sí mismo y "cidium" matar, es decir, matarse a sí mismo; fue utilizado por primera vez en el siglo XVIII.

De este modo, en la vida cotidiana se utiliza al término para referirse a un comportamiento que tiene como propósito causar la propia muerte. Sin embargo, podría decirse que dicha conducta no siempre están motivadas por el deseo de morir, sino que muchas veces se convertirían en una forma de expresar sentimientos, tales como desesperación, ira, rabia, entre otros.

Debemos distinguir tres vertientes del fenómeno: la ideación suicida, la tentativa de suicidio o intento de autoeliminación (en adelante IAE) y el suicidio consumado. Este último refiere según Durkheim (1897) a cualquier acto de muerte realizado por la víctima misma, sabiendo esta que iba a producir ese resultado. En este sentido, solo se puede hablar de suicidio cuando el sujeto produce su muerte.

Por otra parte, para la OMS desde hace varias décadas define al suicido como la muerte que resulta de un acto suicida, pero este sería un hecho, en el cual un sujeto se causa a sí mismo una lección cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil. Ambas definiciones expuestas difieren en cuanto a la intencionalidad del acto, para Durkheim el individuo sabía con certeza a priori las consecuencias de su obrar. En cambio para la OMS, existe un acto suicida aunque sea mínimo el grado de intención del individuo o de conocimiento de los resultados del acto. Desde esta perspectiva, conductas de diversa naturaleza, pueden ser consideradas como suicidas: fumar, manejar sin cinturón, etc.

Por otra parte, el término "ideación suicida" refiere a comportamientos que involucran *“procesos cognitivos y afectivos que varían desde sentimientos sobre la falta de sentido de vivir; la elaboración de planes para quitarse la vida, hasta la existencia de preocupaciones*

sistemáticas y delirantes referidas a la autodestrucción”⁴⁶A grandes rasgos implica ideas y pensamientos sobre quitarse la vida. El Intento de auto eliminación (IAE) por su parte, es el aviso denunciante. Constituye un “*suicidio frustrado, ya sea con un plan previo para realizarlo o movido por una conducta impulsiva*”⁴⁷ es un acto suicida detenido en su camino y cuyo desenlace no fue la muerte (Durkheim 1897). En nuestro país, las tasas de intento de autoeliminación en adolescentes son altas, uno de cada 10 adolescentes intento suicidarse en el año 2012.⁴⁸

Según la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (2012), a nivel mundial la cantidad de suicidios consumados es más baja que la de intentos y prevalencia de ideas suicidas en la población, estas últimas ocurrirían hasta 20 veces más. Se estiman que aproximadamente el 5% de las personas intentan suicidarse alguna vez en su vida y la prevalencia de ideas de suicidios en la población son de 10% a 14%.

El MSP⁴⁹ (2012) destaca conductas como “señales de advertencia” de conductas suicidas. Entre las cuales destacamos:

- Ausencia de interés por el bienestar personal, baja productividad laboral, bajo rendimiento académico.
- desesperanza, aislamiento, trastornos psiquiátricos
- Alteración de los patrones: del sueño, de las interrelaciones sociales; etc.

⁴⁶ Casullo M.(2006) “Comportamientos Suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte “Ed Lugar S.A, Buenos Aires, Pág20.

⁴⁷ MSP (2012) Dirección general de la Salud en “Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas Suicidas”, Programa Nacional de Salud Mental. Pág.: 4

⁴⁸ Datos resultantes de la Encuesta Nacional de Salud Adolescente MSP, MIDES (2012), Uruguay Ver Anexo Páginas 60-61.

⁴⁹ MSP, Dirección general de la Salud en “Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas Suicidas”, Programa Nacional de Salud Mental.

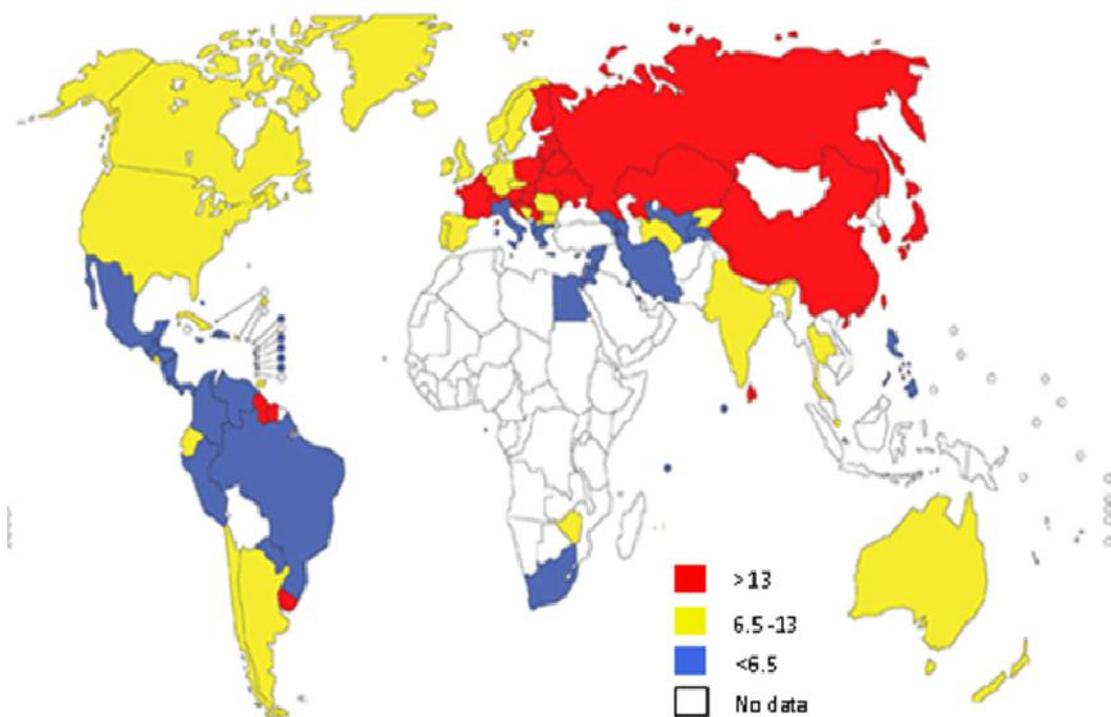
Suicidio en Uruguay: magnitud del Fenómeno

En este apartado se presentan datos cuantitativos que dan cuenta la dimensión del problema en Uruguay. Como hemos mencionado al comienzo del presente trabajo, nuestro país tiene tasas altas de suicidio, ocupando uno de los primeros lugares de los países del continente (ver mapa debajo).

Según el Ministerio del Interior en el año 2010, se han producido 615 suicidios, mientras que en el 2009 se produjeron 537 (véase tabla I). Esto significa que se ha dado un aumento de suicidios consumados de un año a otro.

Por otro lado, en adolescentes y jóvenes, durante el año 2004 se registraron 84 suicidios, mientras que en el 2009, 95 (véase gráfica II). Tales datos evidencian un aumento de suicidios para el periodo 2004-2009. Entre esos años, la gráfica muestra ciertas variaciones. Ocurriendo en el 2007 un pico en la tasa de suicidios en jóvenes y adolescentes, alcanzando el valor de 11.

Tasa de suicidios por País



Fuente: OMS. 2011

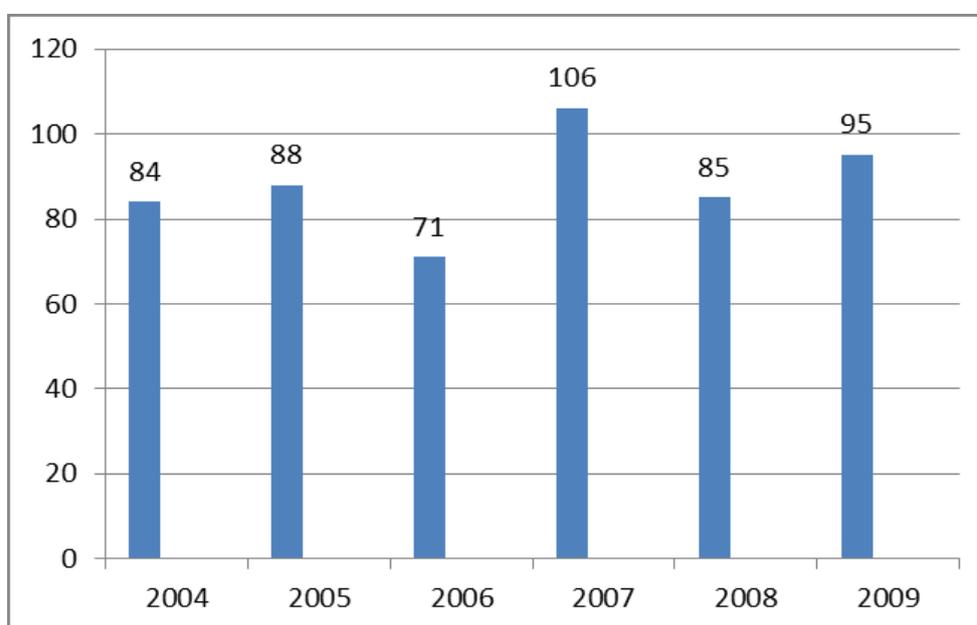
Tabla I- Número de Suicidios periodo 2004-2009- Uruguay

Año	Nº de suicidios
2004	530
2005	503
2006	539
2007	587
2008	539
2009	537

Fuente: Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011- 2015:Un compromiso con la vida.

Pág:6

Gráfica I. Suicidio en adolescentes y jóvenes (10 a 24 años)- Uruguay



Fuente: Unidad de información poblacional. MSP, Uruguay 2010 en Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011- 2015: “Un compromiso con la vida”Pág: 8.

Tabla II. Promedio y tasa anual de suicidios por Departamento en 2004-2009-

Uruguay

Departamento	Población*	Promedio anual de suicidios	Tasa cada 100.000 hab.
Rocha	70633	22,2	31,4
Flores	25608	6,8	26,6
Treinta y Tres	49777	12,4	24,9

Maldonado	147418	34,8	23,6
San José	107661	23,8	22,1
Florida	69981	15,4	22,0
Durazno	60939	12,2	20,0
Colonia	120878	23,8	19,7
Lavalleja	61891	11,6	18,7
Tacuarembó	94634	16,6	17,5
Canelones	509194	88,6	17,4
Río Negro	55664	9,4	16,9
Cerro Largo	89392	14,4	16,1
Paysandú	115644	18,4	15,9
Artigas	79320	12,6	15,9
Soriano	87096	12,4	14,2
Montevideo	1342811	177,2	13,2
Salto	126779	15,4	12,1
Rivera	109291	9,8	9,1

*Fuente: Instituto Nacional de Estadística del Uruguay. Uruguay en cifras en Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011- 2015: Un compromiso con la vida. Pág:10

Es importante destacar que los datos anteriormente presentados reflejan la cantidad de suicidios consumados en Uruguay durante el periodo 2004-2009, En tal sentido, reflejan parte de la magnitud de la problemática suicidio. Pero a nuestro entender, para comprender la verdadera importancia del fenómeno no se debe dejar de considerar, ni analizar los IAE, ya que la OMS, coloca a los intentos previos de suicidios, dentro de los factores de riesgo en lo que a esta problemática refiere. En este sentido *“Contra la concepción que nos viene dada por el sentido común sobre que los individuos que “intentan” no se terminan suicidando, la evidencia disponible demuestra que cuánto más un individuo intenta suicidarse existe una mayor probabilidad de que finalmente tenga éxito.”*⁵⁰

Como hemos mencionado en el comienzo del presente trabajo, en la adolescencia la tasa de intentos de autoeliminación es alta. De ahí la importancia de centrar nuestro análisis en dicho grupo etéreo.

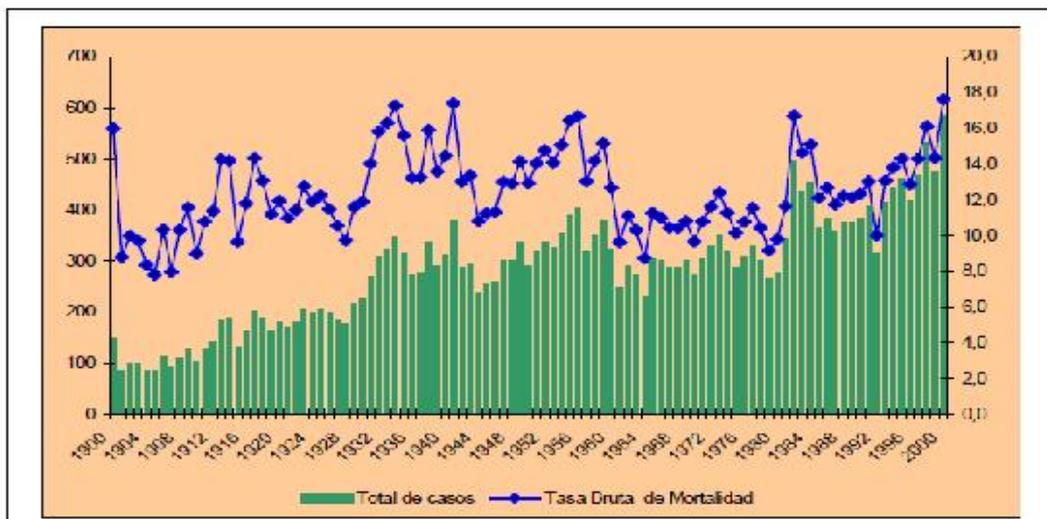
⁵⁰ Robertt P (2000) “Cinco tesis sociológicas sobre el suicidio “, Terceras Jornadas de Suicidología del Mercosur.: Encuentro Nacional de prevención del Suicidio. Montevideo. Pág:7-8

La tabla número II, demuestra que en el interior del país hay una mayor ocurrencia de suicidios respecto a la capital, el departamento con mayor tasa es Rocha, Seguido por Flores y Treinta y Tres. No se sabe con exactitud la razón por la cual los suicidios ocurren en mayor proporción en el interior, algunos asocian tal fenómeno al aislamiento social, ya que en el medio rural el individuo se encuentra más alejado de las redes de socialización, contención y de los servicios de prevención, por ende más propenso a las conductas suicidas. Otra explicación posible es que en el medio rural, las distancias para trasladarse son más largas, por lo cual resulta difícil que alguien llegue “a tiempo” para poder evitar que el hecho se consuma. En este sentido Del Castillo (2007) afirma que la probabilidad de suicidio aumenta en personas que padecen enfermedades mentales y que no reciben tratamiento integral o adecuado, o cuando las mismas no han sido detectadas. Lo antedicho permite preguntarnos si son suficientes y/o de alcance universal, los servicios de atención a la salud mental que se encuentran disponibles en el interior del país. Creemos que este es un aspecto interesante a abordar pero que requiere de un estudio específico.

Por otro lado, para comprender al fenómeno tampoco debemos dejar de considerar y analizar datos más antiguos, que den cuenta de la evolución del fenómeno en nuestro país a lo largo de la historia. Recientemente hemos presentado datos del que se manejan en la actualidad (tomados en cuenta en el Plan Nacional de Prevención del Suicidio para el periodo 2011-2015), pero nuestro análisis debe remontarse años atrás.

En este sentido a continuación presentamos datos que evidencian el número de suicidios y la evolución de las tasas de mortalidad por suicidio para el periodo 1900-2000 en nuestro país.

Gráfica II: Número de suicidios registrados y tasa de Mortalidad por suicidios por 100.000 habitantes- Uruguay



Fuente INE, 2001

Si tomamos los datos del INE del 2001 recientemente presentados (gráfica II) observamos que en la década del 30` se produjo en nuestro país un brusco aumento en la tasa de suicidios. Este aumento coincide con la ocurrencia de varios sucesos socioeconómico,-políticos. Entre ellos destacamos: la crisis del 29 cuyos efectos (que fueron tardíos) produjeron un aumento de la desocupación y (en el plano político), la dictadura de Terra; que trajo como consecuencia una serie de sucesos políticos, sociales, económicos. De este modo, si solo tomáramos en cuenta en nuestro trabajo tales datos, a priori podríamos decir que existe cierta correspondencia entre periodos de crisis económicas políticas sociales y/o culturales y el aumento de los suicidios.

Pero por otro lado, ocurre (y ya hemos dejado de manifiesto) que en el actual contexto que podría ser considerado como de bonanza económica, política, social, las tasas de suicidios continúan siendo altas. Lo cual ocasiona que se lo considere como un actual problema social.

Tal situación nos lleva a plantearnos la siguiente interrogante ¿De qué manera influye el contexto político, social, económico en el fenómeno suicidio?

A partir de lo que hemos analizado podemos afirmar que el analizar en nuestro país la manera cómo influye el contexto social, económico, cultural en el fenómeno suicido, resulta complejo, ya que por un lado; en contexto de crisis políticas sociales, económicas se produjeron un pico en el aumento de suicidios (ver grafica II), por otro lado, ocurre que en el contexto actual que como ya hemos mencionado, puede ser considerado como de bonanza política, social, cultural, las tasas de suicidios continúan siendo altas.

En este sentido, creemos que la interrogante anteriormente planteada aunque no puede ser contestada en el presente trabajo, porque requiere de una investigación exclusiva para ello (y a su vez, desvirtuaría los objetivos de este) podría abrir una línea de investigación interesante en futuras indagaciones.

Por otra parte, otra de las conclusiones que pueden desprenderse de los datos presentados en este capítulo es que Uruguay tiene altas tasas de suicidio en relación al resto de los países de la región.(ver mapa tasa de suicidio por país). Por lo tanto seguimos sosteniendo la afirmación de que el acto suicida y las conductas suicidas en sí, constituyen un problema a nivel social de suma relevancia.

Capítulo III:

El Suicidio Adolescente en Uruguay

Como ya se ha mencionado con anterioridad, a nivel internacional el suicidio en la adolescencia se encuentra entre las tres primeras causas de muerte en la mayoría de los países, situación que lo convierte en un fenómeno de suma importancia. Específicamente en nuestro país, el trabajo realizado por Dajas (1990) demuestra la existencia de una alta tasa de suicidio consumado en hombres mayores de 70 años por un lado, y de IAE en adolescentes, por otro constituyendo este último un grupo de riesgo.

Por otro lado, datos más actuales resultantes de La II encuesta Nacional de Salud Adolescente llevada a cabo por MSP, MIDES en el año 2012, demuestran que el 12,3% de los jóvenes encuestados considero seriamente la posibilidad de suicidarse, mientras que un 10,2% lo intento⁵¹

Marco legal.

Creemos pertinente hacer referencia al marco legal (documentos) que deben ser tomados en cuenta, como telón de fondo; por un lado, para planificar y diseñar acciones que tiendan a la prevención del suicidio adolescente como problema social.⁵², por otro, a la hora de intervenir en la población adolescente (como grupo social) que han tenido IAE, y en familiares de los adolescentes que han realizado conductas suicidas.⁵³

Debemos ser cuidadosos a la hora de diseñar, planificar o ejecutar acciones para intervenir en aquellos grupos de adolescentes que han intentado suicidarse. Todas las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes deben realizarse en el marco del cumplimiento de derechos y del respeto, desde un enfoque de derechos. Tal enfoque

⁵¹ Datos resultantes de la II Encuesta Nacional de Salud Adolescente MSP, MIDES (2012), Uruguay. Se encuestaron a 3524 adolescentes escolarizados de 13 a 15 años de Liceos Públicos y Colegios Habilitados. Ver Anexo Páginas 60-61.

⁵² Creemos que el Trabajo social puede y debe intervenir en la población adolescente que ha intentado suicidarse en el tanto en el diseño, como en la planificación y ejecución de acciones. Sucede que muchas veces queda marginado ya que las intervenciones se centran y vinculan a los técnicos del área de la psicología y la psiquiatría.

⁵³ Por la importancia que tiene la familia para el adolescente, la intervención también debe comprender, estar dirigida a los familiares de quienes han tenido IAE o se han suicidado.

también debe tenerse en cuenta a la hora de diseñar, planificar acciones dirigidas a dichos grupos étnicos.

El enfoque de derechos “...parte de la identificación del contenido de los derechos (y las correspondientes obligaciones) e integra de cara a la acción, normas, estándares de cumplimiento, sistemas de evaluación, vigilancia y supervisión, principios operativos, políticas públicas y estrategias, procesos, y mecanismos operativos para la rendición de cuentas (...) pone además especial acento en el empoderamiento de los propios sujetos del derecho y en plantear su implementación como una responsabilidad compartida entre los actores involucrados...”⁵⁴

Por otra parte, creemos que el IAE, constituye una vulneración o amenaza grave de los derechos de los niño, niña y adolescente.⁵⁵ En este sentido, pone en riesgo derechos fundamentales del adolescente como por ejemplo el derecho a la vida.

Entendemos que existen una serie de factores sociales, psicológicos (que ya daremos a conocer) que motivan y pueden dar origen a ese comportamiento. Por ende, cuando un adolescente decide quitarse la vida, creemos que detrás de esa decisión, hay una cuota de responsabilidad del estado y la sociedad en general y de la familia, entendiendo que esta última está condicionada en parte, por las garantías y oportunidades que le brinde el estado como tal.

De este modo, La Convención de los Derechos del Niño (CDN) el Código del Niño Niña y Adolescente (CNA), aparecen como documentos garantes de los derechos del adolescente, el primero de alcance internacional y el segundo nacional.

La CDN establece los deberes que tienen el estado, la Sociedad Civil y la Familia de proteger la vida de los niños, niñas y adolescentes, lo cual puede ser visualizado en los artículos 6, 24, 27.

Artículo 6:

“Los estados partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. Los estados partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”

⁵⁴ UNICEF-AECID (2012) “Suicidio Adolescente en pueblos indígenas: Tres estudios de caso, Pág: 16.

⁵⁵ Idea extraída de la Ley 26061- arts. 9, en Lineamientos para la atención del Intento de Suicidio en Adolescentes (2012), Pág: 12, Argentina.

Artículo 24:

“Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (...) aseguraran la plena aplicación de este derecho y en particular asegurarán la plena aplicación de este derecho y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: Reducir la mortalidad infantil y en la niñez...”

Artículo 27:

“Los Estados Partes reconocen el derecho del todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (...) Los Estados Partes, de acuerdo con las condiciones nacionales y con arreglo a sus medios, adoptarán medidas apropiadas para ayudar a los padres y a otras personas responsables por el niño a dar efectividad a este derecho y, en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo”

Por otra parte en relación al derecho a la vida el CNA el artículo 9 establece:

“Todo niño y adolescente tiene derecho intrínseco a la vida (...)”

A partir de los artículos expuestos podemos afirmar que, debido a que el suicidio adolescente y las conductas suicidas en sí constituye un problemática social que pone en riesgo y/o vulnera derechos fundamentales de los adolescentes, jóvenes como lo es el derecho a la vida; el estado tiene el deber de planificar acciones que tiendan a atacar la problemática en específicamente en dicha etapa vital. A su vez, debe proporcionarle a las familias y a la sociedad civil las garantías para proteger la vida de los niños, niñas, adolescentes para su correcto desarrollo y supervivencia. En este sentido, el artículo 24 de la CDN hace referencia a la obligación que tiene el estado de tomar medidas necesarias para reducir la mortalidad infantil. Según la OMS las tasas de suicidio han aumentado un 60% en los últimos 50 años y ese incremento ha sido más marcado entre los jóvenes⁵⁶

Si bien en los últimos años se han producido avances en la temática suicidio, por ejemplo el Plan Nacional de Prevención del suicidio y la Ley 18.097; no son muchas las acciones destinadas a prevenir la problemática específicamente en la adolescencia. Igualmente, podemos identificar en al menos en los tres últimos años algunas acciones, por ejemplo la II encuesta Nacional de Salud Adolescente llevada a cabo por MSP, MIDES en

⁵⁶ OMS (2012) en UNICEF-AECID (2012) “Suicidio Adolescente en pueblos indígenas: Tres estudios de caso, Pág:8

el año 2012, en donde se tomó una muestra representativa y se recabó información acerca de la cantidad de IAE en el año de referencia y a las Nuevas Prestaciones de Salud Mental del Sistema Nacional Integrado de Salud.⁵⁷ En el siguiente punto de análisis hacemos referencia a estas últimas.

⁵⁷ Ver anexo, Prestaciones de Salud Mental en niños y Adolescentes. Páginas 62-63

Las Nuevas Prestaciones de Salud Mental.

En el presente punto de análisis a grandes rasgos hacemos referencia a las Nuevas Prestaciones de Salud Mental. En este sentido, creemos importante destacar que si bien resulta necesario tomarlas en cuenta para comprender nuestro tema de estudio, no es el propósito principal del presente trabajo profundizar en estas. Para ello se necesita un estudio específico.

De este modo, citamos a la entrevistada miembro del Programa de Adolescencia del MSP, quien establece:

“Se llaman Las Nuevas Prestaciones de Salud Mental pero comenzaron en setiembre 2011 lo que hace es incorporar la psicoterapia era una cosa en general cara que estaba en el sistema privado, privado digo...no en la mutualistas, en el sistema individual fuera de la cobertura de salud, se incluye dentro de las prestaciones de salud mental del SNIS por muchos motivos, en el caso de los intentos en vez de esperar 30 días para tener una entrevistas, son dos días después del evento,”

Las prestaciones de Salud Mental, constituyen una serie de orientaciones para intervenir en cuestiones de la Salud Mental en general. Tales prestaciones se distinguen según grupos de edades. Existen prestaciones dirigidas a niños y adolescentes, pero en relación al suicidio, las mismas intentan ser una orientación para intervenir en tales grupos etéreos que ya han tenido uno o varios IAE prácticamente desde la psicología y la psiquiatría, en ocasiones las mismas hacen referencia al trabajo social.

“El 70% deberá ser Médico Psiquiatra Licenciado en Psicología o Psicólogo y contar con una formación específica documentada en el campo psicoterapéutico de más de 3 años, y con experiencia en psicoterapia(...) Se admitirán hasta un 30% de técnicos con título de psiquiatría o Licenciado en Psicología o Psicólogo y con experiencia en psicoterapia” ⁵⁸

En el marco de tales prestaciones, las intervenciones dirigidas a niños y adolescentes se dividen en tres modos: modo 1,2 y 3, dependiendo del problema de Salud Mental que se trate. Los IAE, son enmarcados en el Modo 2.⁵⁹

⁵⁸ MSP, Departamento de programación estratégica en salud, Área de promoción y prevención Programa Nacional de Salud Mental, “Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” (2011). Montevideo, Uruguay Pág:13

⁵⁹ Ver Anexo Prestaciones de Salud Mental Páginas 62-63

A partir de lo expuesto nos preguntamos cual es el lugar del Trabajo Social en tales prestaciones?

Basándonos en el texto de referencia, podríamos pensar que la profesión queda un tanto marginada. En este sentido, considerando que el objetivo general de las mismas es *“Realizar intervenciones psicosociales y el abordaje psicoterapéutico de la población usuaria con necesidades en el área de Salud Mental...”*⁶⁰ creemos que la participación del Trabajo Social es fundamental a la hora de intervenir en adolescentes o grupos de adolescentes que han tenido algún comportamiento suicida, así como también en el trabajo con las familias de los mismos. De este modo, destacamos la importancia que tiene incluir a Trabajadores sociales en los equipos de atención de Salud Mental, con el objetivo de prevenir el suicidio adolescente. Lo que significa pensarlo como problema Psicosocial, no exclusivamente como problema individual, psíquico. Casi al finalizar el trabajo mencionamos algunas intervenciones que a nuestro entender podrían llevarse a cabo desde la profesión para intentar reducir la problemática.

Por otro lado, no hemos encontrado muchas acciones dirigidas a prevenir el suicidio adolescente como problema social en sí. Empero, creemos que quizás actualmente se esté en una etapa de diagnóstico, de conocer la magnitud de la problemática, para en una segunda instancia poder implementar acciones que tiendan a prevenirla⁶¹

⁶⁰ MSP, Departamento de programación estratégica en salud, Área de promoción y prevención Programa Nacional de Salud Mental, “Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” (2011). Montevideo, Uruguay. Pág:8.

⁶¹ Nos referimos a una problemática que tradicionalmente en nuestro país ha sido poco estudiada y las “escasas” innovaciones son muy recientes.

Factores Implicados en los comportamientos Suicidas durante el periodo de adolescencia.

Muchos autores afirman que son varios los factores implicados en el comportamiento suicida durante la adolescencia, a grandes rasgos, los mismos pueden ser divididos en: factores de riesgo, de protección y precipitantes.

Factores de riesgo

Es necesario en una primera instancia, establecer a grandes rasgos que se entiende por Riesgo. En este sentido, decimos que existe riesgo, cuando cabe la posibilidad, en un determinado proceso, de que haya una alteración en relación a los resultados del mismo. Por ende, definimos al riesgo como *“La variación que se puede producir, en los resultados esperados de una situación dada, dentro de un periodo determinado.”*⁶²

Existen riesgos de diversa naturaleza, sociales, ambientales, entre otros. *“El concepto de riesgo social hace referencia a todo tipo de déficit en la cobertura de las necesidades básicas del individuo. También se utiliza para determinar el déficit absoluto de disfrute de derechos sociales que son inherentes a la persona y al ciudadano.”*⁶³. Por ende, las personas en situación de riesgo social no reúnen todas aquellas circunstancias sociales, para su correcto desarrollo.

Específicamente refiriéndonos al fenómeno que nos concierne (Suicidio adolescente), los factores de riesgo constituyen aquellas variables *“capaces de determinar una mayor vulnerabilidad para el desarrollo de conductas suicidas”*⁶⁴ (desesperanza, depresión, familia disfuncional, problemas académicos). En este sentido, Viscardi y otros (1994) afirman que *“la adolescencia es una etapa de la vida que presenta una especial vulnerabilidad para la desesperanza y los sentimientos depresivos”*.⁶⁵ Dicha etapa suele

⁶² Muñoz J. (2009) “Concepto de Riesgo”, Chile. Presentación extraída de internet, link: <http://www.slideshare.net/cerodano/concepto-de-riesgo>.

⁶³ Quiricios García (2007): PREVENCIÓN DEL RIESGO SOCIAL A TRAVÉS DE UNA DOCENCIA COMPETENTE, Rev. Acción Pedagógica, N° 16, Venezuela, pág. 145

⁶⁴ Buendía José (2004) y otros, “El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida”, Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones, Pág.:34

⁶⁵ Viscardi N y otros (1994) “Alta tasa de suicidio en Uruguay: Evaluación de la desesperanza en adolescentes”, Rev Med, Pág. 87

ser “difícil” para el joven. Este deberá aprender a ser adulto, pero sin dejar de ser tratado como niño.

El crecimiento de este implica una separación progresiva de los padres. Esta puede ser vivida como un duelo tanto para estos como para el adolescente, pero va a hacer posible el enriquecimiento de la personalidad de este último, en la medida que va adquiriendo un mayor desarrollo de capacidades.

A su vez se produce la pérdida del cuerpo infantil. Durante la adolescencia el cuerpo transita por cambios, físicos hormonales, genitales que le “indican” al joven que ya no será más un niño.

A todo ello, se le pueden sumar “*otros factores internos o externos al individual para crear situaciones de estrés que conviertan al joven en un ser más vulnerable.*”⁶⁶

El MSP (2012) clasifica al riesgo asociado a las conductas suicidas como:

Leve: Cuando existe ideación suicida sin planes concretos para llevarlos a cabo, la persona es autocrítica, rectifica su conducta. No existe intención aunque sí ideación.

Moderado. Existen planes, posibles antecedentes de IAE.

Grave: Existe preparación concreta para hacerse daño, expresa desesperanza, rechaza apoyo social

Extremo: varios intentos de auto eliminación.

A partir de esta clasificación, se puede afirmar que aquellas personas, grupos que han llevado a cabo intentos de autoeliminación pueden ser considerados como personas en riesgo para el suicidio. En tal sentido, nos apartamos de aquella noción propia del sentido común que establece que quien lo intenta no consuma el hecho.

Factores de Protección

Son los que apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estímulos de vida saludables y que a su vez sirven como moderadores de los factores de riesgo. Destacamos entre los factores de protección la existencia de una efectiva red de apoyo social. Esta según lo detallado en el Plan nacional de Prevención del Suicidio para el

⁶⁶ Idem, Pág:88.

periodo 2011-2015, que puede ser estimulada y enriquecida cuando existe:

Buena organización familiar

Buena integración social (participación en grupos religiosos, deportivos, de servicios y otros)

Buenas relaciones con los compañeros del trabajo, maestros y otras personas significativas.

Según Buendía José (2004) los factores de protección serían apoyo social, familiar autoeficacia, habilidades sociales, de resolución de problemas, entre otros.

Es pertinente aquí citar el discurso de la directora ONG Último Recurso, quien afirma la existencia de los factores de protección y señala alguno de ellos:

“vínculos referentes religiosos, docentes de la comunidad, adultos que lo afirmen, relaciones con pares sanas, actividades donde la persona sienta que su autoestima mejora y donde se sienta útil. Todo lo que es la socialización....Todos esos aspectos son factores protectores y que hacen menos graves el comportamiento suicida”.

Por otra parte la entrevistada representante del MSP también sostiene la existencia de Factores protectores en relación al suicidio adolescente:

“... en la adolescencia lo que uno ve es que involucramiento familiar (...) es conocer que le pasa al hijo hija, no porque sea adolescente bueno ta ya se maneja solo, (...) saber con quién está, que preocupaciones tiene, quienes son los amigos, que hacen en el tiempo libre (...) estar presente aun en las discrepancias y aun discutiendo pero estar presente, eso es el involucramiento, estar presente como padres ,si claro que es un factor de protección como también que los adolescentes tengan un lugar que puedan opinar, que sean escuchados, que puedan participar en algunas decisiones de la familia no en todas, todo, porque hay cosas que son de repente de la pareja y donde no tiene que entrar, también una manera de proteger al a adolescente es no metiéndolos en todo lo de la familia”.

De este modo la entrevistada sostiene que el involucramiento familiar en cuestiones del adolescente es un factor protector fundamental.

Factores Precipitantes

Estos serían eventos que por lo general ocurren alrededor de 24 horas antes del acto suicida. Con frecuencia se asocian por ejemplo a separaciones, conflictos interpersonales, fenómenos de rechazo.

Por otra parte, en relación a los factores relacionados a las conductas suicidas, la entrevistada representante de MSP sostiene la existencia de factores desencadenantes o detonantes.

“... y generalmente lo que se habla es de causas detonantes y como causas más estructurales de base, entonces en los detonantes están estas cuestiones, el fracaso académico el no sentirse querido por los amigos y la pareja, las dificultades familiares (...) pero no quiere decir que la gente se mate por esto, pero eso quiere decir que hay un trastorno de base, puede que no le llames trastorno psiquiátrico, pero hay un problema, porque no todo el mundo que tiene un fracaso decide no vivir más”.

Cabe destacar que la entrevistada afirma la existencia de los factores desencadenantes anteriormente mencionados, pero debido a su formación como médica psiquiatra, adjudica un gran peso a la patología, o problema psiquiátrico, a la hora de explicar el comportamiento suicida en la adolescencia. Afirma:

“Se trata de una problemática que tiene un telón de fondo en el cual hay una patología psiquiátrica, en la gran mayoría de las veces. Hay quizás un porcentaje menor en el cual bueno pueda haber otras causas”.

Empero la entrevistada no desconoce la existencia de factores sociales, o provenientes del entorno social del adolescente.

“...desde la familia hasta el entorno inmediato, el estudio, la sociedad de consumo,(...), el querer las cosas ya, tener dificultades bueno para bancar mejor una frustración son todas cosas como asociadas, no me parece que sea las cosas principales pero sin duda que si, una persona que pierde la libertad, o tiene familia que han perdidas la libertad están presas por algún motivo o han tenido que migrar por problemas económicos todo lo que tiene que ver con el desarraigo, con el desamparo donde bueno la sociedad y el estado tienen algo que ver, la falta de protección pero sobre todo cuando los problemas se asocian y se acumulan no lo es lo mismo afrontar un suceso estresante que afrontar más de uno a la vez.”

Por otro lado, Nilia Viscardi y otros (1994), agrupan los factores a considerar en las conductas alteradas del adolescente (entre las cuales se destaca el suicidio) en cuatro dimensiones: personal, familiar, social y desencadenante.

Dimensión Social: Pobres Vínculos de amistad, Problemas interpersonales, aislamiento social. Muy relacionado a esta dimensión la directora de la ONG, Último Recurso en la entrevista realizada afirma:

“Es muy dependiente del entorno el adolescente, y acá habría que nombrara capás el bulling que depende del entorno.. que el adolescente es... Bueno ya sabemos lo que es,

Bueno como un adolescente (...) Que en vez de recibir comprensión y camaradería de sus pares está recibiendo discriminación y desprecio....Un adolescente que es abusado por sus adultos, osea lo que tiene que ver con la violencia... y sin llegar al cometer hecho, A la omisión del hecho, la omisión de atención puede..., es muy grave para el adolescente.”

De este modo la entrevistada argumenta la influencia, el peso del factor social en las conductas suicidas del adolescentes, hace referencia al acoso escolar o Bulling.⁶⁷ Seguidamente menciona el abuso, el maltrato ejercido por adultos.

Familiar: Divorcios, Problemas familiares, Disensión familiar Es pertinente aquí citar el discurso de la directora de la ONG, Último Recurso quien afirma que los problemas que ocurren al interior de la familia inciden en la conducta suicida de un adolescente:

.... “inciden en todos los miembros de grupo y en particular en los adolescentes, que tienen tanta dependencia de su entorno como (.....) Nosotros vemos también en la institución el comportamiento suicida como un porta voz, como un emergente de lo que está pasando en el grupo familiar”.

A su vez, en relación a la influencia que tiene la familia en el fenómeno, la entrevistada afirma:

“también como si esa familia responde a esos problemas de la persona fuera de su entorno, puede estar contribuyendo al suicidio o ser un factor protector. Muchas veces, la mayoría de las veces, involuntariamente.”

De este modo, la entrevistada sostiene que la familia puede influir de dos maneras, por un lado puede considerarse un factor protector cuando al interior de la misma existe buena relación entre sus miembros, es decir la familia entendida como espacio de contención y de protección del adolescente; por otro, esta puede contribuir al suicidio, por ejemplo cuando existen entornos familiares generadores (por acción u omisión) de un mayor marco de violencia para el adolescente (situaciones de abuso, maltrato, violencia inter e intra familiar, etc).Es pertinente aquí mencionar el concepto de violencia intrafamiliar. Adherimos a un concepto de violencia que la entiende como *“toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno de sus miembros que menoscaba la vida o la integridad física o psicológica o incluso la libertad de otro de los miembros de la misma,*

⁶⁷ El término refiere al acoso escolar tanto psicológico como físico entre compañeros, este puede ocurrir en el centro educativo, así como en las redes Sociales. Mayoritariamente ocurre en la adolescencia.

*que causa un serio daño al desarrollo de su personalidad”.*⁶⁸

Esta definición encierra la idea que en las relaciones entre los miembros de una familia pueden estar presentes diferentes manifestaciones de violencia tales como abuso, maltrato, etc. De acuerdo a lo planteado por la entrevistada directora de la ONG Último Recurso, tales manifestaciones serían algunos de los factores que influyen en el comportamiento suicida del adolescente.

Por otra parte, como ya hemos mencionado, además de las dimensiones familiar y social, Viscardi y otros (1994) también sostienen la existencia de las dimensiones personal y desencadenante. Recordemos que dentro de tales dimensiones la autora agrupa los factores a considerar en las conductas alteradas del adolescente, entre las cuales destaca el suicidio.

Dimensión Personal: Diagnóstico Psiquiátrico, Trastornos afectivos, depresión, desesperanza, Baja autoestima, IAE Previo.

Dimensión Desencadenante: Rendimiento escolar, Problemas de Salud, eventos estresantes, Pérdida de un amigo o familiar.

En síntesis a partir de lo anteriormente expuesto podemos afirmar que son varios los factores implicados en los comportamientos suicidas durante el periodo de adolescencia.

Como ya hemos mencionado, los mismos se pueden dividir en factores de riesgo, de protección y precipitantes. Creemos que es necesaria su identificación y su conocimiento. En este sentido, en relación a los Factores de Protección Larrobla C. y otros (2014) sostienen que *“Estos pueden ayudar a las personas a lidiar con circunstancias especialmente difíciles y así minimizar el riesgo de suicidio e IAE. Es de suma importancia identificar formas para establecer, mejorar y mantener los factores protectores para las conductas suicidas”*⁶⁹

Por otro lado, la identificación tanto de estos últimos como de los de riesgo *“es un componente clave en el proceso de valoración de una persona con riesgo suicida, en tanto puede ayudar a determinar la naturaleza y el tipo de intervenciones necesarias”*⁷⁰

Es decir que la identificación de tales factores, puede ser una herramienta importante a

⁶⁸ Grosman C. Y otros (1992) “Violencia en la Familia, la relación de pareja: aspectos Sociales Psicológicos y Jurídicos. Ed Universidad, Bs As, Pág: 68

⁶⁹ Larrobla C. Pablo Hein y otros (2014) “Prevención de la conducta suicida en adolescentes: Guía para los sectores Educación y Salud.”, UDELAR- CSIC, Pág:42

⁷⁰ Idem: Pág:39

la hora de intervenir, y puede dar insumos para llegar a identificar si en una determinada situación puede existir riesgo de suicidio. Por ejemplo, si sabemos que el intento de autoeliminación en un adolescente, es un factor de riesgo, se puede intervenir en el adolescente y/o su familia en pos de prevenir que el hecho no se consuma.

Consideraciones Finales.

A lo largo del presente trabajo hemos ido detectando, analizando y desarrollado ciertas características constitutivas del actual comportamiento suicida en adolescentes de nuestro país.

Primeramente basándonos en estadísticas “disponibles”, afirmamos que Uruguay, tiene altas tasas de suicidio en relación al resto de los países de la región.

Específicamente en la adolescencia en nuestro país, son altas las tasas de IAE. De este modo, (como ya hemos mencionado) apartándonos de la noción propia del sentido común que establece que quien intenta no consuma el hecho, afirmamos que la adolescencia constituye un grupo de riesgo en lo que a esta problemática refiere.

Por otra parte, en relación a los objetivos específicos que nos habíamos trazado en el presente trabajo: indagar los motivos más frecuentes que originan el comportamiento suicida y los factores de riesgo implicados en el fenómeno; podemos afirmar que el suicidio adolescente y la conducta suicida en general, son de una etiología multicausal.⁷¹ Aparecerían como *“el resultado de la conjunción particular de una suma de elementos, en un proceso temporal evolutivo, sobre la base de una personalidad particular, en un momento determinado del desarrollo.”*⁷² De este modo, haber analizado (en anteriores capítulos) la influencia de “lo social” en el fenómeno, no significa que desconozcamos, la multicausalidad del mismo. En otros términos, no descartamos que otros factores como por ejemplo los personales: problemas psiquiátricos, o las mismas características de la etapa de la adolescencia, también influyan en el comportamiento suicida durante la adolescencia. Empero, tales factores deben comprenderse como resultado de la interacción individuo-sociedad, puesto que el individuo se encuentra inmerso en la sociedad y en consecuencia influido por ella.

De este modo, como ya hemos mencionado, entendemos que el suicidio, o el acto suicida en sí que lleva a cabo una persona, está determinado en parte por la sociedad.

Es decir que existen factores sociales asociables a la conducta suicida. Pero esto no quiere decir que tal acto deba ser considerado (en términos de Durkheim), como un hecho

⁷¹ Término también utilizado por Viscardi (1994)

⁷² Viscardi y otros (1994) “Alta tasa de suicidio en Uruguay: Evaluación de la desesperanza en adolescentes”, Pág: 88 Rev Med, Uruguay.

social que se impone a los individuos como algo ajeno, algo dado, con presidencia de la decisión de estos. Pensarlo así, es según Robertt. P(2000) desconocer la trayectoria individual, entendiendo que esta se construye en relación al medio, vale decir, en sociedad. Es pertinente retomar aquí una de las ideas que hemos desarrollado a lo largo del presente trabajo: es en la relación, interacción, individuo-sociedad, donde se define el comportamiento de este.

Este aspecto recordemos quedo manifiesto, cuando analizamos en el primer capítulo la categoría Salud Mental desde una perspectiva, desde la cual entendemos que su objeto no es solamente el individuo, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente a este con su comunidad.

Por otra parte, principalmente en el capítulo II, nos hemos detenido en analizar la categoría familia. Como ya hemos dicho, esta constituye uno de los grupos de referencia fundamentales para el adolescente, en este sentido, todos los autores de la bibliografía consultada, así como los actores sociales que han sido entrevistados, la identifican como uno de los principales factores a considerar en los comportamientos suicidas durante la adolescencia.

Por otro lado, partiendo de la idea de que la conducta suicida en los adolescentes es el resultado de una unión de elementos, de un condicionamiento de conjunto (la relación familiar, vínculos de amistad, la personalidad del individuo, etc) comprendidos a partir de la relación individuo- sociedad; según Viscardi (1994) dada la confluencia e interacción de factores; no podemos afirmar a priori que un determinado individuo va a realizar una conducta suicida. Pero si podemos hablar de un individuo o un grupo de individuos en riesgo para las conductas suicidas. En este sentido en” *el adolescente con riesgo suicida confluyen peligros (...) disfuncionalidad familiar, problemas de la salud mental, condiciones sociodemográficas, y situaciones emergentes, aunque no exista una estructura comportamental a modo de especificidad acerca del suicidio*”⁷³

En nuestro trabajo ya hemos mencionado características particulares de la etapa adolescencia pero resulta pertinente retomarlas aquí.

Durante dicha etapa la persona atraviesa por varios duelos: “*el duelo por la pérdida del cuerpo infantil, la pérdida de los padres idealizados de la niñez, la*

⁷³ Andrade J. (2012) Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes En Revista electrónica de Psicología Iztacala, Vol 15, Pág:697, México.

“necesidad” de tener que elegir por si mismo, y la búsqueda de una identidad propia lo que implica también la pérdida de la dependencia de sus figuras parentales”⁷⁴. Sin elegirlo el adolescente atraviesa por varios cambios, asociados a pérdidas, separaciones. En su etapa de niño había tenido un determinado rol, ocupando un lugar en la familia y había establecido determinados vínculos y relaciones con sus referentes. Luego, en la adolescencia, se produce un cambio en esa relación, por ejemplo pierde esa figura idealizada de los padres lo que implica una separación progresiva de los mismos y va asumiendo nuevas responsabilidades que hasta entonces le eran ajenas. De este modo, el individuo comienza a conformar su propia personalidad, su identidad.

Por otra parte, refiriéndonos al objetivo general al cual nos propusimos aproximar con la realización de nuestro estudio: *contribuir a la comprensión del suicidio adolescente en nuestro país*; en este sentido, consideramos importante destacar que el estudio del problema (dimensiones, características, etc) y su comprensión, es el primer paso para luego poder diseñar acciones con el objetivo de intentar enfrentarlo. En este sentido, creemos que el Trabajo Social puede intervenir tanto en el diseño como en la ejecución de tales acciones. Estas últimas por ejemplo, podrían ir desde intervenciones cercanas con el adolescente que ha tenido algún intento de autoeliminación y su familia, a actividades grupales y comunitarias, (ejemplo jornadas de prevención). Es claro, que en ambos casos las intervenciones estarán enmarcadas en una o varias instituciones como por ejemplo ONGs, ministerios, etc. En tal sentido, es necesario destacar (como ya hemos mencionado) que muchas veces el Trabajo Social queda excluido de tales intervenciones enmarcadas dentro del área salud mental, por centrarse en técnicos de la psiquiatría y psicología.

Para finalizar queremos resaltar aquellos aspectos que hemos dado a conocer en el presente trabajo, que son de nuestro interés, pero que no hemos podido profundizar en el análisis por requerir una investigación específica. Consideramos que centrarnos en tales aspectos hubiera desvirtuado los objetivos del presente estudio. Pero, creemos importante retomarlos, analizarlos en futuros trabajos o indagaciones. Por ejemplo, consideramos que sería interesante ahondar más en profundidad en la influencia del contexto político, social,

⁷⁴ MSP (2011) Dirección General de Salud “Guías de prevención y detención de factores de riesgo de conductas suicidas, programa Nacional de Salud Mental. Uruguay.

y cultural en los comportamientos suicidas específicamente en la adolescencia.

Como ya hemos dejado de manifiesto, el análisis del contexto en relación al fenómeno resulta dificultoso, de ahí la necesidad de que requiera una investigación específica.

Por otra parte, otro aspecto que no hemos mencionado en el presente trabajo pero creemos resultaría interesante estudiar en un futuro, es el estudio del comportamiento suicida en relación al sexo. En este sentido, datos fuentes secundarias disponibles demuestran que el suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres.⁷⁵ No conocemos los motivos de porque ocurre tal fenómeno, existen hipótesis que lo relacionan con factores de tipo biológico, como puede ser presencia de testosterona, con factores socioculturales. Otros afirman que los hombres utilizan mecanismos más letales que las mujeres. Tales aspectos serían interesantes indagar en futuros trabajos.

Otro aspecto que hemos mencionado en el presente documento y que creemos sería importante profundizar en futuros, es en el alcance e implementación de las acciones definidas en las Prestaciones de Salud Mental.

Por último queríamos resaltar que debido a que la bibliografía disponible en relación al suicido adolescente en nuestro país podría considerarse como escasa; deseamos que el presente trabajo sirva de referencia e insumo para quien decida indagar en la temática.

⁷⁵ Según el Plan Nacional de Prevención del suicidio el suicidio ocurre con mayor frecuencia en los hombres, con una relación de 3 hombres cada 1 mujer.

Bibliografía:

- Andrade J. (2012) “*Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes*” en Revista electrónica de Psicología Iztacala, Vol 15. México.
- Almirón Mauro (2012), Monografía final de grado: “*Estudios del comportamiento Suicida en Uruguay Aportes para el debate*”. Licenciatura en Trabajo Social, FCS, UDELAR
- Arriagada I. (2007) “*Familias y Políticas Públicas en América Latina*” Ed, CEPAL, Santiago de Chile.
- Batthyány K. (2004) “*Cuidado infantil y trabajo. ¿Un desafío exclusivamente femenino?*”, CápIV” Familias y ciudadanía Social”, CINTENFOR, Montevideo.
- Bonaldi (2006) en “*Comportamientos suicidas en la Adolescencia: Morir antes de la muerte*” S.A Ed Lugar. Buenos Aires.
- Buendía José (2004) y otros, “*El suicidio en adolescentes: Factores implicados en el comportamiento suicida*”, Universidad de Murcia, Servicio de publicaciones.
- Casullo M.(2006) “*Comportamientos Suicidas en la adolescencia: morir antes de la muerte*” “Ed Lugar S.A, Buenos Aires
- Custo, E. (2008). “*Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social.*” Ed. Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Dabezies Bernardo, (1993) “*Acercamiento a la temática de la Adolescencia en América Latina*” en “*La Adolescencia*” Portillo J. y otros, Ediciones de la Banda Oriental, Facultad de Medicina, Uruguay
- Dajas F. (1990) “*Alta tasa de suicidio en Uruguay*”. Consideraciones a partir de un estudio epidemiológico. Rev Med, Uruguay

- Durkheim (1998) “*El Suicidio*”, Ed, Akal. Madrid, España.
- Durkeim E. (1998) “*Las Reglas del Método Sociológico*”, Ed Losada, Bs As
- Durkeim E. (2001) “*Las Reglas del Método Sociológico*”, 6ta edición, Ed Akal. Madrid España.
- Eroles C. (1998): “*Familia y Trabajo Social: Un enfoque crítico e interdisciplinario de la intervención profesional*”, Ed Espacio, Bs. As, Argentina
- Fernandez B. (2008) “*Complejidad Social y Salud Mental*”, Universidad de la República, FCS Departamento de Trabajo Social, Montevideo Uruguay.
- Grosman C. Y otros (1992)”*Violencia en la Familia, la relación de pareja: aspectos Sociales Psicológicos y Jurídicos*”. Ed Universidad, Bs As
- Heller A. (1985) “*Historia y vida cotidiana*”, Ed: Grijalbo, México.
- Jelin E. (1998) “*Pan y afectos, La transformación de las familias*”, FCE, Bs. As, Argentina.
- Jelin E. (2005) “*Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales. Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: hacia una nueva agenda de políticas públicas*” Ed, CEPAL, Santiago de Chile.
- Midaglia y Antia (2007), “*La izquierda en el Gobierno: ¿Cambio o continuidad en las políticas de bienestar Social?*” En Revista Uruguay de Ciencia política Pág:131-157.Uruguay
- MSP, INAU, Udelar, Sociedad Uruguaya de Pediatría, UNICEF(2012), ”*Guía los derechos de niños, niñas y adolescentes en el área salud: Iniciativa Derechos de Infancia, Adolescencia y Salud en Uruguay*” Ed, Manosanta Desarrollo, Uruguay.

- Larrobla C, Canetti A, Hein P, Novoa G y Durán M. (2014) “*Prevención de la conducta suicida en adolescentes: Guía para los sectores Educación y Salud.*”, UDELAR- CSIC, Uruguay.
- OMS (2001) Departamento de Salud Mental y Toxicomanías “*Prevención del Suicidio un instrumento para docentes y demás personal institucional*”, Ginebra.
- Pichon- Rivière E., Pampliega de Quiroga A. (1993), “*Psicología de la Vida Cotidiana*”, Ed: Nueva Visión, Bs As, Argentina.
- Pucci. F (2007).”*Inercias y transformaciones en las relaciones laborales del Uruguay*”, Cuaderno CRH Salvador.
- Pucci F (2003) “*Sociedades de riesgo y mundo del trabajo en el Uruguay contemporáneo, en: El Uruguay desde la sociología. Integración, desigualdades sociales, trabajo y educación*”, Montevideo: Departamento de Sociología, F.C.S., Universidad de la República.
- Quiricios García (2007): “*Prevención del Riesgo Social a través de una docencia competente,*” Rev Acción pedagógica, N° 16.Venezuela.
- Robertt P. (2000) “*Cinco tesis sociológicas sobre el suicidio* “, Terceras Jornadas de Suicidología del Mercosur.: Encuentro Nacional de prevención del Suicidio. Montevideo.
- Rodríguez M. (1990) “*Experiencias en Salud Mental Comunitaria*”. Ed: Nordan-Comunidad, Montevideo, Uruguay.
- Touraine (1985), “*Actores Sociales y sistemas políticos en América Latina*”. Ed, Preale, Santiago

- Viscardi N y otros (1994) “Alta tasa de suicidio en Uruguay: Evaluación de la desesperanza en adolescentes”, Rev Med, Uruguay
- UNICEF-AECID (2012) “Suicidio Adolescente en pueblos indígenas: Tres estudios de caso”.

Fuentes documentales:

- Código de la Niñez y Adolescencia (Ley N° 17823, 7 de setiembre de 2004).
- Encuesta Nacional de Salud Adolescente (MSP, MIDES; 2012, Uruguay).
- INE (2001), “Salud”- Suicidios, pág. 10-12, Uruguay.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2012) “Estadísticas a Propósito del día Mundial Para la Prevención del Suicidio”, México.
- MSP (2011), Departamento de programación estratégica en salud, Área de promoción y prevención, Programa Nacional de Salud Mental, “Plan de Implementación de Prestaciones de Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud” Montevideo, Uruguay
- MSP (2012) Dirección General de la Salud. “Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas Suicidas”, Programa Nacional de Salud Mental, Uruguay.
- MSP, MEC, MDI, MIDES, “Plan Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS): Para Uruguay 2011-2015 “Un compromiso con la Vida.”, Uruguay.

Fuentes electrónicas:

- Artículo Web: <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/variables%20siglo%20xx/Salud.PDF>
E, INE, 2001
- Presentación, <http://www.slideshare.net/cerodano/concepto-de-riesgo>. Muñoz J. (2009) “Concepto de Riesgo”, Chile.