Suicidio: El Caso de Uruguay.

Trabajo Final de Grado.

Monografía.

Universidad de la República.

Facultad de Psicología.

Nombre estudiante: Victoria Montes.

CI: 5.013.761-7

Montevideo, Uruguay.

2019.

Tutor: Lic. Psic. Dr. Hugo Selma.

Revisor: Lic. Psic. Dra. Denisse Dogmanas.

Índice

1. Resumen……..……2

2. Introducción……..……...3

3. Conceptualizaciones sobre Suicidio……4

3.1 Definiciones: ¿Qué es el suicidio?.....4

3.2 Clasificación de la Conducta Suicida……6

3.3 Fases de la Conducta Suicida……...……6

3.4 Criterios Diagnósticos……7

3.5 Riesgo Suicida……7

4. Factores de Riesgo……..……9

5. Factores de Protección……10

6. Datos Estadísticos……11

6.1. A Nivel Mundial……11

6.2 A Nivel Nacional……12

7. El Caso de Uruguay……..……16

7.1 Factores de Riesgo en Uruguay……16

7.2 Factores de Protección en Uruguay……...……35

8. Reflexiones Finales……..……37

9. Referencias Bibliográficas……...40

10. Anexo……47

Resumen

El siguiente trabajo se encargará de estudiar las conceptualizaciones del comportamiento suicida enfocado hacia un estudio de la situación actual del Uruguay. Se realizará entonces un recorrido de diversos aspectos la problemática del suicidio a través de una revisión bibliográfica, para luego centrarnos en lo que sucede en el país. Se analizará cómo se manifiestan en este los diferentes factores de riesgo y de protección de la conducta suicida a partir de diferentes datos, estadísticas, investigaciones de la última década, con el fin de acercarnos a lograr un mayor entendimiento sobre los modos de sufrimiento actuales y caminos que nos están llevando en el presente como sociedad e individuos a tomar esa última decisión. Es importante destacar que el estudio, conocimiento y difusión de los factores de riesgo y factores de protección en el comportamiento suicida, pueden hacer que el suicidio se vuelva cada vez más una causa de muerte prevenible.

Palabras clave: Suicidio, Factores de Riesgo, Factores de Protección.

Introducción

El suicidio es considerado uno de los problemas más importantes de salud pública en la actualidad a nivel mundial. Es una problemática multicausal, compleja y grave que se presenta en todos los contextos sociales, económicos, culturas, edades, géneros, etc. Este fenómeno se ha manifestado a lo largo de la historia de múltiples formas en las diferentes sociedades (OMS/OPS, 2014).

> El conocimiento acerca del comportamiento suicida ha aumentado enormemente en los últimos decenios. La investigación, por ejemplo, ha mostrado la importancia de la interacción entre factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y culturales en la determinación de los comportamientos suicidas. Al mismo tiempo, la epidemiología ha ayudado a identificar muchos factores de riesgo y de protección frente al suicidio tanto en la población general como en los grupos vulnerables. También se ha observado variabilidad cultural en cuanto al riesgo de suicidio, y cómo la cultura puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas o proteger contra estos. (OMS/OPS, 2014, p.8)

El suicidio se puede explicar a partir de la interacción entre muchos factores, por lo que poder reconocer los factores de riesgo y protección nos puede ayudar a identificar las intervenciones más pertinentes para incidir en el resultado de la misma. Es importante resaltar que su estudio, conocimiento y revisión contribuyen a la prevención del suicidio, si estos fueran enseñados y difundidos en conjunto con las herramientas de intervención adecuadas para los diferentes agentes sociales y la población en general. Un gran número de profesionales y técnicos pueden contribuir a disminuir estos factores de riesgo y aumentar los factores protectores con el fin de disminuir la probabilidad de suicidio, sean estos médicos, psicólogos, asistentes sociales. Sin embargo, es importante a su vez tener en cuenta que no hace falta ser un experto al momento de incidir en la minimización de unos y potenciación de otros, teniendo en cuenta que, muchas veces es el entorno de la persona sea esta su familia, amigos, conocidos, los que juegan un papel fundamental al momento de tomar parte en la problemática presente. (OMS/OPS, 2014)

Contextualizar estos factores en la sociedad uruguaya nos ayuda a entender las formas en que estos se manifiestan en nuestro país, contribuyendo a un entendimiento más profundo acerca de los mismos y su variabilidad según las subjetividades en las cual se encuentren insertos.

Conceptualizaciones sobre Suicidio

Definiciones: ¿Qué es el suicidio?

Preguntarnos acerca de la conceptualización del suicidio no es algo simple, este fenómeno ha existido en diferentes épocas a lo largo de la historia, atravesando distintos estratos de la sociedad, culturas, edades, géneros; explicar este fenómeno requiere una perspectiva que vaya desde lo macro hasta lo micro, ya que es un fenómeno social que atraviesa lo individual impactando en cada caso de manera única. Cuando nos preguntamos acerca del concepto de suicidio podemos hacer referencia a la siguiente cita. “Una buena pregunta es la que nos convoca a seguir pensando y no la que pide una respuesta” (Saidon, 2012, p.3). La problemática del suicidio no llega a una respuesta acabada, pues la significación, manifestación, y la expresión del mismo ha cambiado a lo largo de las sociedades, por esto mismo es importante preguntarse acerca de la conceptualización e implicancias del mismo cada vez que es estudiado.

Abordar el suicidio en los tiempos actuales nos remite a poner sobre la mesa uno de los temas que en pleno siglo XXI sigue persistiendo como tabú y sobre el cual además existe un enigma y un estigma, por lo cual ante este hecho se torna imprescindible, poder expresar, comprender y problematizar el suicidio, con el fin de desmantelar el mencionado tabú que acarrea consigo (Hein y Larrobla, 2017). Consecuentemente, para ello comenzaremos antes que nada por introducir su conceptualización.

Según la Real Academia Española (2018) etimológicamente la palabra suicidio proviene del latín, *suicidium* conformándose a través de los términos Sui (de sí mismo) y Cidium (cidio).

1. m. Acción y efecto de suicidarse.
2. m. Acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente quien la realiza.

(RAE, 2018).

Introduciremos la conceptualización a partir del sociólogo francés Durkheim.

> Todo caso de muerte que resulta directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, y que, según ella sabía, debía producir este resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte. (Durkheim, 1897, p.5)

Siguiendo la línea del autor, se puede decir que con respecto al acto positivo se hace referencia a una actitud activa es decir, tomar acciones para que se consume el acto por ejemplo ahorcamiento, disparo en la sien, tirarse desde la altura, en su contraparte por acto negativo se hace referencia a una actitud pasiva es decir, no tomar acciones para que se consume el acto por ejemplo no salir de un incendio (Durkheim, 1897).

Otra definición pertinente de destacar al respecto del suicidio es descrita según Martínez (2007):

> Se podría definir el suicidio como el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales. (Martínez, 2007, p.63)

Por otro lado presentamos otra definición que nos parece relevante al momento de estudiar el concepto de suicidio según el MSP (2011):

> Un fenómeno multicausal, que implica el acto de matarse a sí mismo. En él intervienen diversos factores que van desde lo político, económico, y ambiental hasta lo biológico, psicológico y sociocultural. Es así que el suicidio impacta enormemente en el plano individual, familiar, social, a través de varias generaciones. (MSP, 2011, p.4)

A partir de este breve pasaje por las definiciones de suicidio, en las cuales apreciamos el acto suicida, sus repercusiones y algunas de las múltiples variables que influyen en el mismo, surgen entonces inevitablemente algunas inquietudes acerca de lo que nos expresa el fenómeno del suicidio cuando aparece como hecho recurrente dentro una sociedad. La siguiente referencia nos encamina a reflexionar su respuesta.

> Para Durkheim, el suicidio es verdaderamente un acto tan determinado por las condiciones sociales que el número de suicidios expresa precisamente el grado de cohesión, de “salud” social. Una sociedad donde la gente se suicida es una sociedad que sufre, que se desune, donde la moral colectiva es más débil. (Ey, 1948, p.380)

Podemos referirnos entonces a que es por esto que es importante situarnos en el contexto de nuestra sociedad actual para realizar un buen análisis de la problemática del suicidio, observando el malestar a nivel colectivo, encontraremos respuesta y significación del malestar a nivel individual.

Clasificación de Conducta Suicida

Consideramos de fundamental importancia poder discernir entre los diferentes tipos de comportamiento suicida. Presentaremos por ende una categorización de las conductas suicidas realizada por el MSP (2007):

1) Ideación suicida: Se basa en pensamientos, deseos, fantasías de realizar el acto suicida pero sin su materialización.
2) Intento de autoeliminación (IAE): Intento de suicidio sin éxito en poder haberlo consumado, el cual puede haberse efectuado con o sin intenciones de concretarlo.
3) Conducta parasuicida: Son todas las conductas que realiza un sujeto poniendo en riesgo su vida sin necesidad de que sea la muerte el objetivo final de las mismas.
4) Suicidio: Resultado del acto suicida que lleva al sujeto que lo efectúa a la muerte.

Fases de la Conducta Suicida

Es importante mencionar que existen algunas fases o etapas previas a la realización del acto suicida. Al respecto de esto Martínez (2017) nos introduce el concepto del constructo continuum autodestructivo el cual va desde un gesto hasta la consumación, implicando una cuestión paradojal por el hecho de que construye la destrucción, a partir de la planificación del evento autodestructivo el cual implica la edificación de una idea que deriva en la realización del acto suicida.

Según Martínez (2017) se presentan tres diferentes fases en cuanto al proceso que elabora el sujeto al respecto del acto suicida.

1) Ideación suicida: En la cual el sujeto piensa en cometer el acto suicida.
2) Duda o fase de ambivalencia: Donde el sujeto pasa de la idea, a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como resolución a sus conflictos. Esta puede variar en su duración dependiendo de cada individuo, particularmente en las personas impulsivas puede ser breve o directamente no existir.
3) Decisión: En cual se constituye un pasaje de lo que el sujeto planificó a la acción.

En este proceso que atraviesa el sujeto desde la ideación hasta la decisión, es importante que exista contención de todo su entorno con el fin de poder detener el avance de las fases. El autor refiere que “mientras más temprana y eficaz sea la intervención del agente sanitario mejor pronóstico tiene el paciente y se producirá la disminución de muertes por esta causa” (Martínez, 2017, p.98).

Criterios Diagnósticos

Es pertinente destacar que por primera vez aparece el suicidio como parte de una edición del DSM en el apartado “afecciones que necesitan más estudio” bajo el título de “trastorno de comportamiento suicida”. Se presentan entonces los criterios propuestos por el DSM-5 (2013):

> A. El individuo ha realizado un intento de suicidio en los últimos 24 meses.
> Nota: Un intento de suicidio es una secuencia de comportamientos iniciada por el propio individuo, quien en el momento de iniciarlos espera que el conjunto de acciones llevará a su propia muerte. El “momento de inicio” es el momento en el que tuvo lugar un comportamiento en el que se aplicó el método de suicidio.
> B. El acto no cumple criterios para la autolesión no suicida, es decir, no conlleva una autolesión dirigida a la superficie corporal que se realiza para aliviar un sentimiento/estado cognitivo negativo o para conseguir un estado de ánimo positivo.
> C. El diagnóstico no se aplica a la ideación suicida o a los actos preparatorios.
> D. El acto no se inició durante un delirium o un estado de confusión.
> E. El acto no se llevó a cabo únicamente con un fin político o religioso.
> (DSM-5, 2013, p.801)

Riesgo Suicida

A continuación daremos una clasificación de los distintos niveles de riesgo existentes según el MSP (2007):

1) Leve: Existen ideas de suicidio pero sin planes concretos de ejecución. No hay una intención clara de cometer suicidio pero si está presente la ideación suicida. El sujeto es capaz de modificar su conducta y de contactar con lo que le pasa.
2) Moderado: Existen planes en conjunto con la ideación suicida. A su vez puede haber intentos de autoeliminación previos. Además puede haber factores de riesgo.
3) Grave: Presencia de una preparación para hacerse daño. Pueden existir intentos de autoeliminación previos. Además puede haber varios factores de riesgo. Se muestra desesperanza, rechazo al apoyo social e incapacidad para modificar su conducta.
4) Extremo: Presencia de varios intentos de autoeliminación en conjunto con varios factores de riesgo. Puede estar presente la autoagresión.

Con respecto a la evaluación del riesgo existen múltiples técnicas, en esta oportunidad desarrollaremos las dos principales las cuales serían la entrevista clínica y las escalas de evaluación (GVA, 2016).

En primer lugar, se elige la entrevista clínica como técnica por excelencia debido a las posibilidades que brinda de instaurar un primer contacto con la persona con el fin de poder formar a través del diálogo una buena alianza terapéutica y por otro lado brinda la posibilidad de recabar información de su problemática (GVA, 2016).

Aparte de la entrevista clínica existen escalas de evaluación con múltiples instrumentos psicométricos basados en valorar directamente ideas, conductas suicidas, factores de riesgo y por otro lado basados en valorar síntomas o síndromes asociados al suicidio, como pueden ser la desesperanza, la depresión y otros (GVA, 2016). Estas pueden ser autoaplicadas o heteroaplicadas, la primera incluye la desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS), la escala de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI y BDI II) principalmente su ítem sobre la conducta suicida y por último la escala de riesgo suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS) mientras que la segunda incluye sad persons, is path warm, escala de intencionalidad suicida (Suicide Intent Scale, SIS), y por último la escala de depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS) (GVA, 2016).

Expondremos recomendaciones según Martínez (2017) sobre qué hacer y qué no hacer frente a una situación de riesgo suicida, ya que consideramos fundamental que técnicos y no técnicos puedan llegar tener las herramientas necesarias para establecer un contacto apropiado en diferentes instancias con este tipo de población.

¿QUÉ HACER ANTE UNA SITUACIÓN DE RIESGO?

1) Trate de usar su mejor capacidad de escuchar y comunicar.

2) Confíe en sus percepciones o hipótesis sobre la posibilidad de que esa persona tenga conductas auto-destructivas.

3) Sea directo, háblale con franqueza y sinceridad.

4) Pregúntele directamente si ha pensado o está pensado en matarse.

5) Bríndele sostén, aliéntelo para que hable sobre lo que piensa y siente.

6) Permítale que se exprese libremente, no lo juzgue.

7) Manténgase interesado en escuchar, no lo interrumpa.

8) Siempre tome muy seriamente las ideas suicidas, si se trata de un menor comuníqueselo a un adulto responsable, expresándole que esa es su obligación profesional y que lo hará con el mayor cuidado posible y dentro del marco de lo que hayan acordado, siempre y cuando tal acuerdo no vaya en contra de su cuidado. (Martínez, 2007, p.126)

¿QUÉ NO HACER?

1) No dé consejos, trate de entender los motivos que originan ese estado.

2) No discuta con él o ella sobre el suicidio, no entre en debate sobre si es correcto o incorrecto, tampoco discuta sobre sus sentimientos. Escuche sin juzgar.

3) No lo ponga en una situación de reto o desafío para mostrarle que es incapaz de hacerlo. 4) No permita que le haga jurar que va a mantener el secreto.

5) No trate de arreglárselas solo con la situación.

(Martínez, 2007, p.126)

Factores de Riesgo

El conocimiento de los factores de riesgo suicida son de fundamental importancia en lo que respecta al marco de la prevención. La identificación de estos juega un rol importante para el aumento o disminución del riesgo suicida siendo que la proporción del mismo se rige en función de la cantidad de factores presentes, si bien puede ser que algunos de ellos tengan un peso más específico que otros. Es clave que se pueda extender el estudio acerca de los mismos ya que mientras más factores se puedan reconocer, abordar e intervenir más cerca estaremos del camino hacia su modificación o extinción (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2012).

Según Gutiérrez et al. (2006) existen factores de riesgo fijos y modificables, los fijos son los intentos previos de suicidio, factores genéticos, género, edad, etnia, estado civil, situación económica y preferencia sexual, mientras que los modificables son la ansiedad y la depresión, sin restar importancia al acceso a los medios para suicidarse, interrupción de tratamientos médicos, aislamiento social y enfermedades crónicas; se destaca a su vez que la discapacidad por trastornos psiquiátricos puede conducir a la pérdida de empleo, pobreza, ruptura de relaciones personales y aislamiento social, formando un círculo vicioso.

Se presentan a continuación en el siguiente cuadro todos los factores de riesgo en concordancia con sus intervenciones pertinentes según la OMS/OPS (2014):

Figura 1.

Principales factores de riesgo de suicidio alineados con las intervenciones pertinentes.

Fuente: OMS/OPS (2014).

Factores de Protección

Los factores de protección son de vital importancia para la prevención del suicidio, ya que potenciando los mismos se reducen las posibilidades del acto suicida. “Los factores protectores son definidos como aquellas características personales o elementos del ambiente, o la percepción que se tiene sobre ellos, capaces de disminuir los efectos negativos que el proceso de estrés puede tener sobre la salud y el bienestar” (Martínez, 2017, p.79).

Introduciremos entonces los principales factores de protección: sólidas relaciones interpersonales; creencias religiosas o espirituales; estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida (OMS/OPS, 2014).

A modo de exponer una clasificación, elegimos la misma a partir de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (2012):

A) A nivel personal: Habilidad en la resolución de conflictos o problemas; tener

> confianza en uno mismo; habilidad para las relaciones sociales e interpersonales; presentar flexibilidad cognitiva; tener hijos, más concretamente en mujeres.
> B) A nivel social o medioambiental: Apoyo familiar y social, no sólo la existencia de apoyo sino su fuerza y calidad; integración social; poseer creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos; adoptar valores culturales y tradicionales; tratamiento integral, permanente y largo plazo en pacientes con trastornos mentales, con enfermedad física o con abuso de alcohol.
> (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2012, p.66)

Datos Estadísticos

A Nivel Mundial

Con respecto al suicidio a nivel mundial, podemos referirnos al mismo como una problemática urgente a ser abordada. La tasa de suicidio a nivel mundial presenta números alarmantes afectando a gran parte de la población.

> Cada suicidio es una tragedia personal que se lleva prematuramente la vida de una persona, tiene una onda expansiva continua y afecta enormemente a las vidas de familias, amigos y comunidades. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, una cada 40 segundos. Es una cuestión de salud pública que afecta a comunidades, provincias y países enteros. (OMS/OPS, 2014, p.11)

La cantidad de suicidios por año resulta impactante más que nada porque el suicidio es en fin una causa de muerte prevenible. Las actividades de prevención precisan coordinación entre múltiples sectores de la sociedad públicos y privados; requiriendo que estos puedan funcionar en tándem, siendo algunos de ellos la salud, educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, defensa, responsables de las leyes, la política y los medios (OMS/OPS, 2014).

A partir de la realización de estudios, investigaciones y análisis de cómo se comporta este fenómeno, se pueden llegar a diferentes estrategias de abordaje, pero las mismas deben de tener un carácter interdisciplinario con esfuerzos integrales y sinérgicos estando totalmente integrados para que se lleven a cabo con éxito, debido a que ningún abordaje singular es suficiente para una cuestión tan compleja como la del acto suicida (OMS/OPS, 2014).

Se presenta a continuación un mapa tomado de la OMS, que trasluce cómo está cada país en lo que refiere a la tasa de suicidio, mostrando las diferencias entre los mismos y la urgencia en que algunos países se encuentran con respecto a otros.

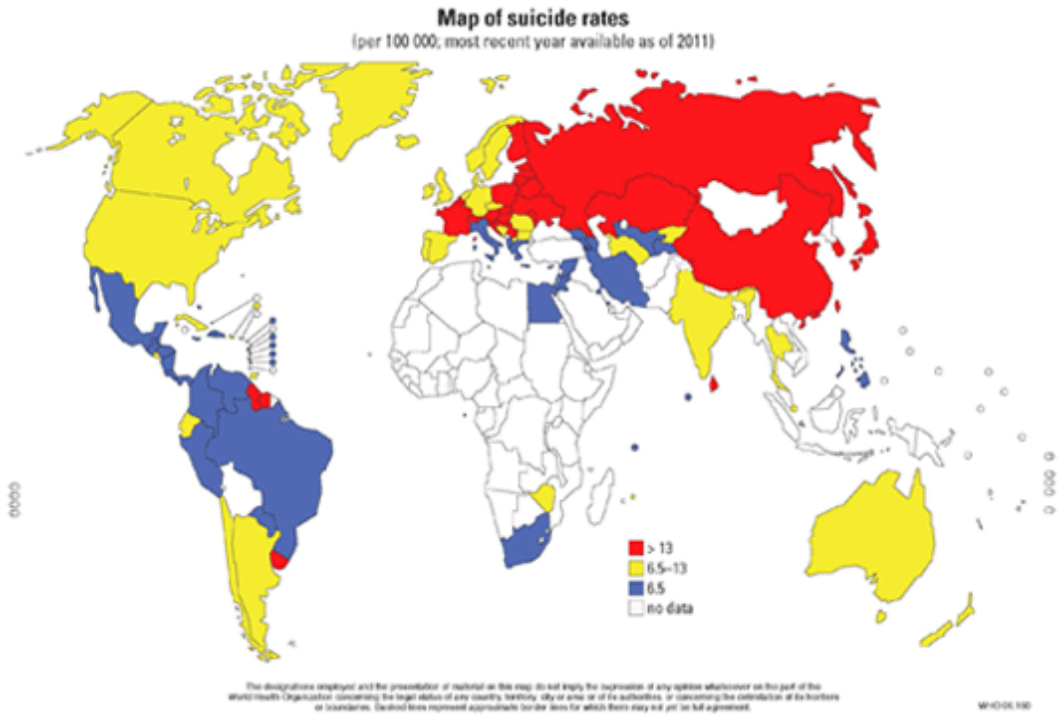


Figura 2.

Mapa de tasa de suicidio.

Fuente: OMS (2011).

Podemos apreciar a través de la colorimetría el nivel de la tasa de suicidio en cada país, visualizando a Uruguay con respecto al resto del mundo como uno de los países con mayor índice de suicidio per cápita. “Uruguay es el país de América del Sur con la tasa más elevada de suicidio y es el segundo de América Latina después de Cuba” (Montalbán, 2004, s/p). Se considera entonces de este modo imperioso profundizar en lo que sucede con respecto a la conducta suicida en nuestro país.

A Nivel Nacional

¿Qué pasa en Uruguay en lo que refiere a la problemática del suicidio? Según el MSP (2018) el suicidio es considerado como uno de los principales problemas críticos del país y priorizado en los Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Introduciremos entonces datos estadísticos a partir de estudios, tablas, gráficas tomados principalmente de las presentaciones e informes oficiales del MSP 2018 y 2019 lanzados en el marco del día nacional de prevención de suicidio con el fin de ver la situación actual de la problemática en el país reflejando lo que sucede en el mismo.

Se aprecia a continuación una tabla de tasa de mortalidad por suicidio, la cual toma un promedio del 1997-2018.

Tabla 1.

Tasa de Mortalidad por Suicidio. Uruguay, 1997-2017.

Fuente: Elaboración propia basado en MSP (2018).

Año defunción	Número de defunciones por suicidio	Tasa/100.000 habitantes
1997	468	14,24
1998	522	15,76
1999	461	13,82
2000	570	17,02
2001	504	15,04
2002	690	20,62
2003	538	16,12
2004	525	15,71
2005	507	15,12
2006	545	16,23
2007	588	17,51
2008	536	15,94
2009	531	15,72
2010	550	16,19
2012	608	17,74
2013	555	16,13
2014	601	17,40
2015	643	18,55
2016	715	20,54
2017	686	19,64
2018	710	20,25

Nota: No se cuentan con datos del 2011.

> Las cifras vienen aumentando desde 1990 con un pico máximo en el año 2002, con 683 casos, y una tasa de 21,7 por 100.000 habitantes, coincidiendo con una de las peores crisis económicas del país. La observación de la evolución histórica muestra una tendencia ascendente más allá de los factores socioeconómicos. (Montalbán, 2004, s/p)

Siguiendo la línea del autor, apreciar a partir de estos datos que el suicidio en el país es una problemática urgente, dado que va en incremento año a año, visualizando un pico en el 2002 a partir de la crisis económica, no obstante en la actualidad presentamos un número similar a la misma despojándonos así de una

atribución únicamente económica como explicación del fenómeno (Montalbán, 2004).

Destacaremos a modo más específico una tabla de la tasa de suicidio subdividida entre los diferentes departamentos por quinquenio del Uruguay, la cual toma un promedio del 2002-2017.

Tabla 2.

Mortalidad por suicidio por Departamento.

Tasa de mortalidad por suicidio cada 100.000 habitantes por quinquenio. Uruguay, 2002-2017.

Fuente: Elaboración propia basado en MSP (2018).

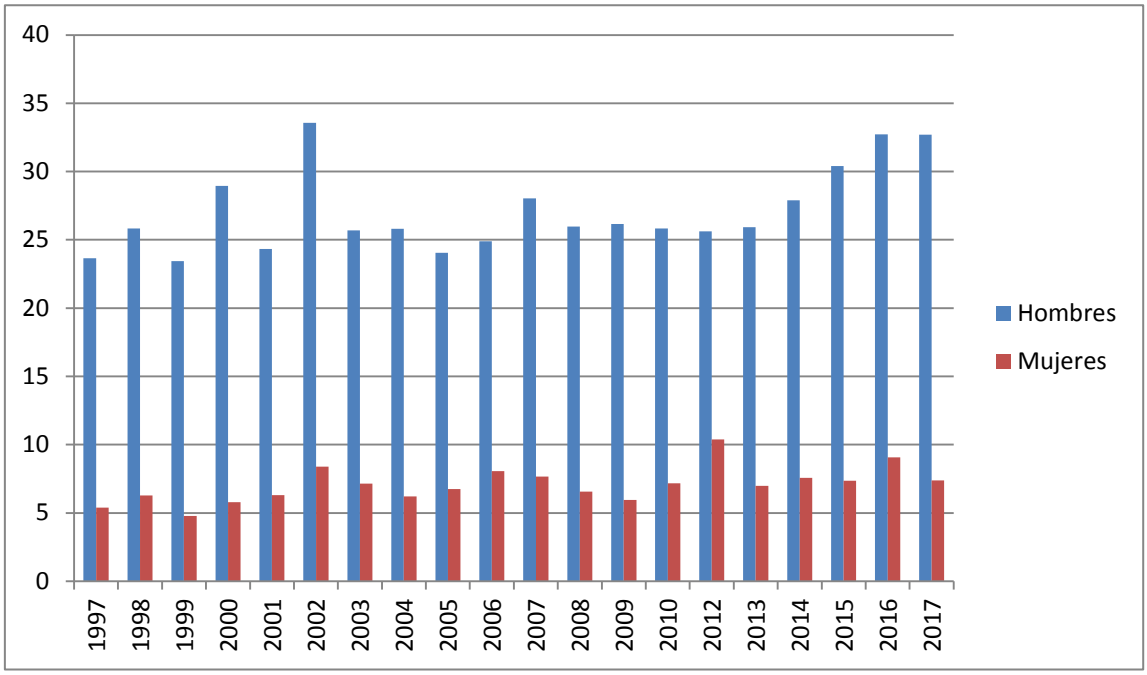
Departamentos	2002-2006	2007-2012	2013-2017
Artigas	14,34	15,88	11,96
Canelones	17,95	17,07	18,46
Cerro Largo	21,13	18,43	17,88
Colonia	21,97	16,05	24,16
Durazno	18,59	20,87	23,05
Flores	23,14	28,95	17,35
Florida	26,28	20,46	18,18
Lavalleja	19,20	24,31	24,20
Maldonado	19,24	23,68	22,69
Montevideo	13,39	13,11	13,96
Paysandú	16,43	14,72	17,90
Rio Negro	19,78	18,60	17,85
Rivera	13,96	8,64	10,58
Rocha	33,23	26,09	28,71
Salto	15,30	14,84	18,90
San José	18,78	22,19	26,36
Soriano	20,99	15,97	23,27
Tacuarembó	15,07	21,49	21,48
Treinta y Tres	23,65	26,13	26,91

Nota: No se cuentan con datos del 2011.

Podemos apreciar a través de esta tabla la incidencia de la densidad poblacional al respecto del suicidio, observando que no es en la capital del país donde suceden la mayor cantidad de suicidios, siendo este incluso de los últimos en la lista. Parece ser que entre algunos de los departamentos con menor densidad poblacional el suicidio se da con mayor frecuencia, siendo los departamentos con más gravedad de riesgo suicida Rocha, Treinta y Tres, San José y Lavalleja. Sin embargo, el último registro de densidad poblacional fue lanzado en el censo de 2011, siendo necesaria una actualización de los datos de la misma para poder establecer una comparación más asertiva al respecto de la correlación entre estas dos variables.

En cuanto a la tasa de suicidio en lo que respecta al sexo según el MSP (2011) en nuestro país se distribuye de forma desigual como en la mayoría de los países,

siendo más prevalente el suicidio consumado en hombres y el IAE en mujeres.



Nota: No se cuentan con datos del 2011.

Gráfico 1.

Tasa de mortalidad por suicidio según sexo. Uruguay, 1997-2017.

Fuente: Elaboración propia basado en MSP (2018).

En cuanto a la tasa de suicidio dividida por franja etaria, según el MSP (2011) la tasa va en aumento a medida que aumenta la edad de los grupos, consecuentemente la mayor cantidad de suicidios se presenta en adultos mayores.

Tabla 3.

Mortalidad por suicidio según grupo etario. Uruguay, 2013-2017.

Fuente: Elaboración propia basado en MSP (2018).

Grupo/Edad	2013	2014	2015	2016	2017
Menores de 14	1,09	0,14	0,69	0,42	0,70
15-19	16,12	11,74	11,10	12,37	15,96
20-29	20,37	21,74	24,42	25,29	24,28
30-39	15,20	21,39	21,78	23,66	24,30
40-49	18,86	25,30	17,60	21,43	20,38
50-59	18,89	19,42	24,29	26,97	26,70
60-69	18,35	20,73	31,51	31,51	26,46
70+	32,71	28,68	37,99	37,99	32,21
Total	16,13	17,40	20,54	20,54	19,64

El Caso de Uruguay

Factores de Riesgo en Uruguay

Para el desarrollo del caso de la situación específica de Uruguay, nos basaremos principalmente en el análisis de los diferentes factores de riesgo en el país según la clasificación previamente expuesta de la OMS/OPS (2014): sistemas de salud, sociedad, comunidad, relaciones e individuo.

Se introducirá en una primera instancia por cada apartado un panorama general de cada factor de riesgo a nivel internacional, para luego analizar la situación del mismo a nivel nacional a partir de diferentes datos, estadísticas, investigaciones mayoritariamente de la última década reflejando así potencialmente el estado de arte de cada uno de ellos.

1) Sistemas de salud

Barreras para obtener acceso a la atención en salud

Para introducir el apartado daremos una breve referencia a nivel mundial a partir de la OMS/OPS (2014) la cual expone que en muchos países los sistemas de salud se presentan como complejos y con recursos limitados siendo considerado muchas veces como un reto para las personas con escasos conocimientos sobre la salud en general y la salud mental en particular.

Se vuelve pertinente analizar cómo son las barreras para obtener acceso a la atención en salud en nuestro país, en el cual podemos indicar que existe bajo la Ley 18.211 promulgada en el 2007 el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

> Esta reforma se propone universalizar el acceso a la salud, dar justicia en el mismo, equidad en el gasto y el financiamiento de ésta, calidad asistencial y devolver la sustentabilidad al sistema. Los usuarios tendrán derecho a la libre elección, a la información asistencial y económica financiera de resultados de todas las instituciones prestadoras de salud, a la participación en la gestión de las instituciones públicas y privadas, a la participación en los organismos de dirección de la reforma y a la libre elección entre los prestadores integrales de salud. (Presidencia República Oriental del Uruguay, 2006)

A su vez según el MSP (2011) el concepto de salud mental es inseparable del de salud integral, integrando así un plan de prestaciones en salud mental en el SNIS. Nos parece pertinente agregar aquí la existencia de la Ley 19.529 de Salud Mental promulgada en el 2017, la cual contempla a su vez la importancia de este aspecto.

No obstante en cuanto a este punto es importante destacar que según el MSP (2016) si bien se implementó el SNIS en el país, sigue habiendo dificultades en cuanto al acceso de atención en salud debido a que el 28% de las personas que requirieron prestación de salud tuvieron problemas para acceder, siendo que el 18% tuvo problemas de acceso en una sola oportunidad y el 10% enfrentó esta situación varias veces. El MSP (2016) a su vez presentó los motivos asociados a estas dificultades siendo estos organizativo funcional 52,3% económica 35,2% aspectos asistenciales 5,6% cuidar de otro 3,5% geográfica 2,0% aspectos laborales 0,7% otros 0,7%.

Pareciera ser entonces que si bien hubo avances en cuanto a las barreras de acceso a la atención en salud, según el informe presentado todavía siguen habiendo obstaculizantes presentes para gran parte de la población. Sin embargo, más allá de las limitaciones y déficits que presenta, es muy superior a muchos países con índices de suicidio más bajos. Según un estudio global por la revista médica británica The Lancet (2014) que estudia el índice de acceso y calidad sanitaria, Uruguay se encuentra en el puesto 68 de 195 países a nivel mundial, y si tomamos en cuenta a nivel regional se encuentra dentro de los primeros del ranking, siendo el orden Chile, Cuba, Costa Rica y en cuarto lugar Uruguay, colocándose como uno de los países líderes en cobertura sanitaria en Latinoamérica.

Afirmamos entonces según los datos expuestos, que este factor no parece ser decisivo al momento de incidir en los altos números de la tasa de suicidio.

2) Sociedad

Acceso a medios utilizables para suicidarse

En lo que refiere al nivel mundial según la OMS/OPS (2014) los medios más frecuentes son intoxicarse con plaguicidas, ahorcarse, disparar un arma de fuego o saltar desde altura, resaltando que la limitación de su acceso es eficaz para la prevención especialmente para los suicidios de tipo impulsivo otorgando más tiempo a la reflexión, aunque sin embargo no todos los métodos son pasibles de ser restringidos. Según un estudio de la OMS/OPS (2014) estos son específicamente los métodos más frecuentados del continente por cada región indicando a América del Norte 47,2% armas de fuego, América Central, Caribe hispano y México 64,3%, y

América del Sur 58,2% ahorcamiento y en Caribe no hispano 47,3% envenenamiento.

Con respecto a los métodos más utilizados por la población uruguaya estos serían los últimos datos registrados según el MSP (2018) ahorcamiento 65,45%, disparo 20,12%, envenenamiento 4,23%, ahogamiento 3,64%, saltar desde lugar elevado 1,60%, objeto cortante 1,31%, humo, fuego o llamas 1,17%, colocarse delante de objeto en movimiento 0,29%, no especificados 2,19% correspondientes a un total 686 casos consumados en el 2017. Podemos decir a partir de otros informes anteriores del MSP (2011) que los métodos de suicidio en el país si bien varían en sus porcentajes, se mantienen en la misma escala con el correr del tiempo, siendo que prevalecen en el mismo orden como principales el ahorcamiento, el disparo, el envenenamiento, el ahogamiento y el saltar de un lugar elevado.

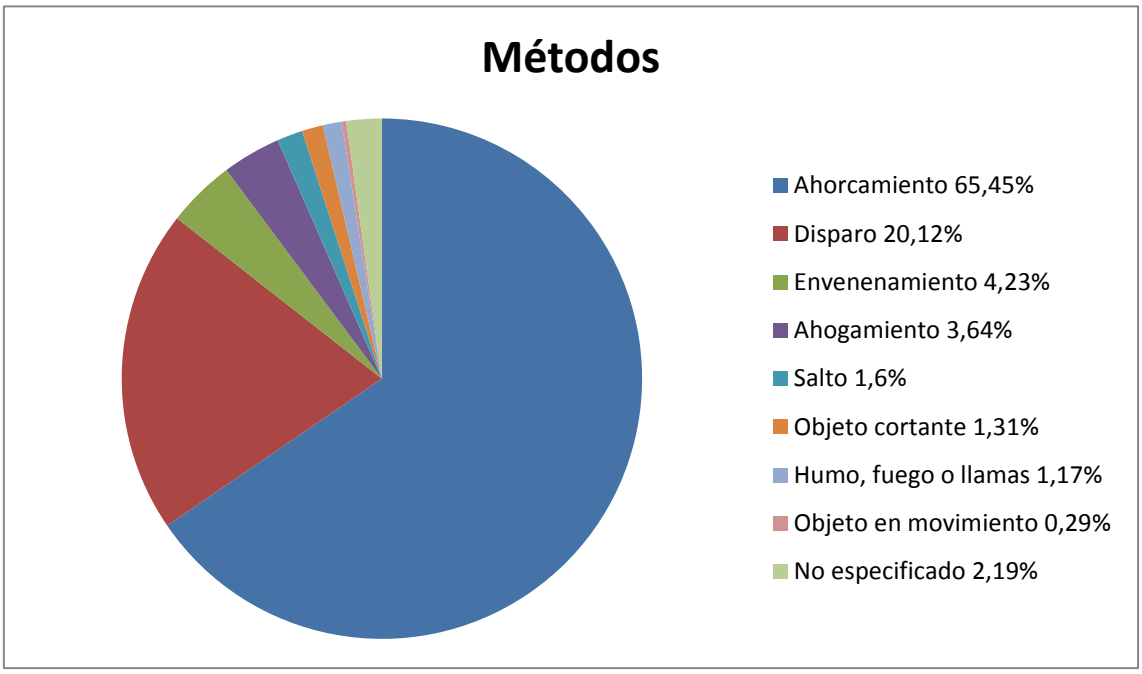


Gráfico 2.

Métodos de suicidio. Uruguay, 2018.

Fuente: Elaboración propia basado en MSP (2018).

Parece ser que en nuestro país según los datos expuestos, no sería este uno de los factores principales de poder ser intervenidos, debido a que el ahorcamiento, el cual es el principal método de acceso utilizable no se puede restringir por ser un insumo utilizable en muchas áreas de la vida cotidiana.

Considerando entonces la dificultad de la restricción del medio más utilizado, se puede afirmar que este factor es pasible de ser incidente en la alta tasa de suicidio por el hecho de no poder limitar el mismo, sin embargo nuestro método más frecuente

parece ser el mismo para otros países de América del Sur, por lo que no es un indicador que nos destaque como distintivo al respecto de otros países de la región.

Notificación inapropiada de los medios de difusión

Según la OMS/OPS (2014) se ha demostrado que la exposición a modelos de suicidio a través de la difusión en los medios de comunicación aumenta el riesgo de comportamiento suicida en personas vulnerables denominándose este fenómeno efecto dominó, efecto werther, efecto yukiko; a su vez existen nuevas tecnologías impactando sobre la problemática del suicidio como pueden ser la internet y las redes sociales conteniendo sitios de fácil acceso que pueden resultar inapropiados para representación del suicidio. La OMS/OPS (2014) afirma la importancia de la colaboración y la participación de los medios en el establecimiento y la difusión de prácticas responsables de información, así como en la capacitación al respecto.

En cuanto a esta problemática en el país hubo varias instancias de trabajo con la prensa al respecto de los medios de comunicación y suicidio, mencionaremos en esta oportunidad el último que se dictó, en el cual el MSP (2019) hace referencia al lanzamiento de un taller realizado en el marco del Día Nacional de Prevención del Suicidio del 2019, el cual se organizó para periodistas con el fin de brindarles herramientas y asesoramiento para la temática donde se trataron diferentes mitos y recomendaciones para el manejo de difusión de la información de la temática del suicidio. Sería recomendable más allá de que hubo múltiples encuentros al respecto de esta temática, establecer una periodicidad continua de los mismos y a su vez brindar herramientas como guías oficiales de actuación las cuales tengan pautas protocolares del manejo de la información incluyendo los principales aspectos de dicho trato, los cuales según la OMS/OPS (2014) son evitar descripciones detalladas, sensacionalismo, exaltación, uso de lenguaje responsable, minimizar la prominencia de informes de suicidio, evitar simplificaciones, educar al público, tratamientos disponibles y por último dar información de dispositivos de asistencia.

No hay evidencia de que los medios masivos de comunicación hayan incidido de forma negativa en la tasas de suicidio en nuestro país, pareciendo a simple vista que el modo en que la prensa aborda las noticias al respecto de esta problemática no parece ser un factor decisivo como puede llegar a serlo en otros países, sin embargo es pertinente la profundización de estudios al respecto y la continuación de capacitación del personal que trabaja en los mismos.

Estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda

Según la OMS/OPS (2014) a nivel mundial la estigmatización de la búsqueda de ayuda sigue prevaleciendo en múltiples países y puede actuar como una barrera para que las personas reciban la ayuda que necesitan.

En lo referente a la situación del país se puede hacer referencia a la existencia de la línea de ayuda denominada Línea Vida (0800 0767 o *0767), que funciona 24 horas, los 365 días del año, con personal especializado como un espacio anónimo donde una persona en situación de riesgo se pueda expresar sin prejuicios de por medio en esta vía tomándolo como un espacio seguro (MSP, 2019). En 2018, se recibió 2.600 consultas, de las cuales 400 fueron catalogadas de alto riesgo, lo que implicó la acción inmediata del personal con derivaciones pertinentes para las mismas (Presidencia, 2019). El alto número de llamadas puede llegar a tomarse como indicativo de la necesidad de la población de un espacio seguro en donde puedan buscar ayuda sin sentirse juzgados.

No existen investigaciones en el país específicamente abocados sobre la estigmatización de los comportamientos de búsqueda de ayuda, sin embargo Hein y Larrobla (2017) estudiosos de la problemática del suicidio en el país, afirman que la misma es considerada tabú, teniendo esta un enigma y un estigma que lleva a la sociedad a asociarlo con el ocultamiento, silenciamiento y condenamiento.

Por lo antedicho, afirmamos que posiblemente sea un factor incidente en la alta tasa de suicidio, de todos modos es imprescindible destacar la necesidad de investigaciones, datos, encuestas poblacionales para profundizar en este punto.

3) Comunidad

Desastres, guerras y conflictos

Según la OMS/OPS (2014) a nivel mundial los desastres naturales, guerras y conflictos civiles aumentan el riesgo de suicidio debido a los daños causados o en su contrario, disminuyen las tasas de suicidio debido a las necesidades de mayor cohesión social, no obstante esto varía dentro de cada país ya que en diferentes estudios se muestran diferentes características.

Con respecto a nuestro país podemos afirmar que este no es un factor representativo, no obstante cabe mencionar en lo que puede referirse a desastres naturales que en 2016 existió un tornado en dolores y por otro lado también se puede comentar que a su vez que suelen ocurrir evacuaciones a raíz de inundaciones en diferentes áreas del país (Diario El País, s/f).

Sin embargo, no hay evidencia significativa de que estos sucesos aislados hayan incidido de modo alguno en la tasa de suicidio. Podemos afirmar entonces a partir de la información expuesta que en comparación con otros países del mundo en los cuales estos eventos se dan de manera frecuente, en nuestro país la situación es diferente no siendo un factor decisivo para la alta tasa de suicidio.

Estrés por desplazamientos y aculturación

A nivel mundial según la OMS/OPS (2014) el estrés por desplazamientos y aculturación repercute sobre varios grupos vulnerables como los pueblos indígenas, buscadores de asilo, refugiados, personas en centros de detención, personas desplazadas en su país y migrantes recién llegados.

Según la Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2018) a comienzos de siglo pasado la identidad nacional se destacaba por ser una república de clase media, europeizada y avanzada en sus derechos sociales, sin embargo este concepto se está derrocando a partir del relevamiento de que la poca presencia de pueblos originarios partió del genocidio de los charrúas y la asimilación de guaraníes través de la evangelización católica.

No hay evidencia significativa sin embargo, de que estos sucesos hayan incidido de manera significativa en la tasa de suicidio. Podemos afirmar entonces a partir de la información expuesta sin invisibilizar a los grupos vulnerables afectados, que a simple vista este no parece ser un factor incidente en lo que refiere la tasa de suicidio en comparación con la frecuencia en que se presenta en otros países.

Discriminación

A nivel mundial la ONU (1948) en la declaración universal de derechos humanos de 1948 lanzó en sus dos primeros artículos declaraciones pertinentes al tema de la discriminación. En su artículo 1 “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros” (ONU, 1948, s/p). Subsiguientemente, en su artículo 2 proclama que “toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (ONU, 1948, s/p). A su vez la ONU y el Estado de Derecho (2019) declaran que los principios de igualdad y no discriminación son parte de las bases del estado de derecho.

En referencia a nuestro país podemos comenzar por identificar en una primera instancia que el MEC (2019) refiere a la existencia de la Ley 17.817 en cual fue creada La Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda otra forma de Discriminación (CHRXD), teniendo el objetivo de proponer políticas nacionales y medidas de prevención de toda forma de discriminación.

Para dar comienzo al análisis, consideramos pertinente exponer una encuesta de opinión de la población uruguaya basada en la importancia de fomentar la tolerancia y el respeto con otras personas en niños en el hogar, la cual toma una comparación de respuestas de 1996 y la última del 2011, siendo que en la primera, el 70% lo marcaba como algo importante a fomentar, mientras que un 30% no lo mencionaba como algo importante; en la oleada siguiente, la primera cifra aumenta al 82% y la segunda disminuye al 18% (Oficina de Planeamiento y Presupuesto, 2018).

Adentrándonos en lo referente a la discriminación de los diferentes sectores de la población en el país en la actualidad, tomaremos como referencia el último informe anual publicado de los derechos humanos en su apartado de discriminación lanzado por el Departamento de Estado de los Estados Unidos del 2018, siendo analizadas algunas de las poblaciones vulnerables (U.S Embassy Montevideo, 2018).

Mujeres: En lo referente a las mujeres el informe indica que existe una ley que penaliza la violación y la violencia doméstica. El gobierno a su vez lanzó una ley sobre violencia de género aprobada en el 2017 que incluye el abuso físico, psicológico, emocional, sexual, prejuicios de orientación sexual, económico, activos, simbólico, obstétrico, empleo, educativo, político, mediático, acoso sexual en las calles y femicidio. Específicamente en la discriminación, la ley otorga la misma situación jurídica y derechos tanto a hombres como mujeres, sin embargo estas sufrieron discriminación al momento de acceder a empleo, salarios, créditos, educación, vivienda y concreción de emprendimientos comerciales. En cuanto a lo laboral específicamente, se indicó que según la ONU, el empleo femenino se concentró en una cantidad relativamente baja de ocupaciones y sectores específicos, siendo entre estos servicios, ventas, mano de obra no calificada, trabajo doméstico, servicios sociales, servicios de salud y educación (U.S Embassy Montevideo, 2018).

Al respecto del suicidio en esta población según el MSP (2011) el suicidio consumado es más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo los IAE se dan más en estas últimas indicando un alto nivel de riesgo en este grupo (ver gráfico 1).

Menores de edad: En cuanto a los niños hubo números altos de maltrato por lo que El SIPIAV y ONG realizaron campañas de sensibilización coordinando esfuerzos interinstitucionales para proteger sus derechos (U.S Embassy Montevideo, 2018).

Al respecto de esta población en lo que refiere al suicidio no existen números

altos en la tasa de suicidio en comparación con las demás franjas etarias (ver tabla 3).

Antisemitismo: El Comité Central Israelita expuso que la comunidad judía posee 20.000 personas. Hubo líderes judíos que denunciaron actos de antisemitismo por acoso verbal y conductas agresivas (U.S Embassy Montevideo, 2018).

Al respecto de la tasa de suicidio en esta población no se encontraron datos.

Discapacidad: En cuanto a la discapacidad se expone que la ley protege los derechos de las personas con discapacidades físicas, sensoriales, intelectuales y mentales, como pueden ser el acceso a educación, empleo, servicios de salud, información, comunicaciones, edificios, transporte, sistema judicial y otros servicios públicos. En su contraparte, la ley prohíbe el abuso de personas con discapacidades en instituciones educativas y de salud mental, sin embargo se indica en el informe que según la INDDHH, esta población siguió sufriendo abusos. A su vez es importante indicar que en el informe se resaltan avances en cuanto al cumplimiento de las leyes laborales de esta población, siendo que la ley reserva no menos de un 4% de los puestos de trabajo del sector público para personas con discapacidad física y mental. Se expone en octubre 2018, a partir de un informe de la Oficina Nacional del Servicio Civil de Presidencia de la República que el 4,1% de las vacantes de la administración pública durante el año fueron tomadas. A su vez en ese mismo mes, el gobierno aprobó una nueva ley que reserva el 4% de los empleos del sector privado para esta población en empresas con más de 25 trabajadores (U.S Embassy Montevideo, 2018).

Al respecto de la tasa de suicidio en esta población no se encontraron datos.

Racismo: En el informe se indica que la población afro-uruguaya continuó sufriendo discriminación social, pobreza y nivel educativo bajo, dándose a su vez denuncias de racismo reportadas por un comité interinstitucional antidiscriminación y la INDDHH. En cuanto a las leyes laborales se asigna el 8% de los empleos públicos a postulantes afro-uruguayos que cumplan los requisitos constitucionales y legales, sin embargo la Oficina Nacional del Servicio Civil que supervisa el cumplimiento de la misma envió su informe anual al Parlamento indicando que solo se constituyeron un 2% de todas las contrataciones anuales (U.S Embassy Montevideo, 2018).

Al respecto de la tasa de suicidio en esta población no se encontraron datos.

LGTBI: El informe indica que la ley prohíbe la discriminación por orientación sexual e identidad de género, sin embargo líderes de organizaciones de la sociedad civil declararon que a pesar de los avances legales, se mantuvo la discriminación social. En cuanto al avance de leyes laborales y otras, aclaramos aunque no se encuentre dentro del informe que en abril de 2013 se aprobó la ley de matrimonio igualitario. Siguiendo en esta línea, el informe expone que en octubre 2018, se aprobó la ley integral para personas transgénero estableciendo nuevos derechos como el

acceso a empleo a partir de una cuota de 1% para el sector público, vivienda, salud, prohíbe la discriminación, permite que las personas identifiquen su propio género y actualicen su nombre legal mediante un proceso administrativo de carácter no judicial, y por último crea becas (U.S Embassy Montevideo, 2018).

El MIDES (2016) realizó un censo de personas trans y aunque no midió la esperanza de vida, pudo valorar el promedio de edad ubicando a esta población dentro de los 35 años en su mayoría, se refiere a su vez que 88% de esta población declaró haberse sentido discriminada a nivel general, 58% se sintió discriminada a nivel familiar y 60% no termino ciclo básico indicando acoso en las aulas.

Al respecto de la tasa de suicidio en esta población no existen investigaciones que revelen estadísticas certeras, sin embargo los datos expuestos del promedio de edad y la información recogida hacen pensar que el suicidio se da con frecuencia.

VIH: Hubo denuncias aisladas de discriminación social contra personas con VIH o sida (U.S Embassy Montevideo, 2018).

Al respecto de la tasa de suicidio en esta población no se encontraron datos.

En base a los datos desarrollados se puede considerar que en el país parece ser que la discriminación en términos generales muestra ciertos avances en algunos aspectos, pero en muchos otros aún le queda camino por recorrer para llegar a una sociedad basada en la tolerancia y el respeto a la diferencia. Existen altos niveles de discriminación y pocos datos que respalden su relación con la tasa de suicidio, por lo cual sería pertinente investigar al respecto de la misma, dado que por los datos que sí se obtuvieron, los cuales reflejan altos niveles de discriminación en las diferentes poblaciones vulnerables hacen que este sea un factor de alta relevancia.

Traumas y abuso

Refiriéndonos a los traumas y abuso, este punto puede repercutir en el sujeto de diferentes modos siendo así posible ser explicado a partir de varias teorías.

Si el mismo se presentará desde la infancia se podría explicar a partir de la teoría del apego de John Bowlby (1998) para el cual es una forma de ver la propensión de los seres humanos a formar vínculos afectivos de carácter fuerte con los otros entendiendo a partir de los mismos los diferentes modos de expresar emociones de angustia, depresión, enfado cuando son abandonados, viven una separación o pérdida en la cual muy probablemente se forme un apego inseguro. Otro modelo el cual puede explicar este punto es el de Beck (2000) de las creencias centrales, las cuales se desarrollan durante la infancia en función de la interacción con el ambiente, de modo que la persona forma cierto sistema de creencias a partir de su historia de aprendizaje.

Otro que también puede explicar este punto es el modelo de Young (2007) de los esquemas precoces desadaptativos, en donde cuanto más precoz el inicio traumático del esquema, más severa es la afectación que genera el mismo. Más allá de la teoría que se elija para analizar este punto, es importante entender que estas experiencias tempranas son condicionantes en la vida del sujeto, la forma en que se autopercibe y su modo de ver el mundo. Y ello, por tanto, puede llegar a incidir o no en la decisión de terminar con su vida.

Según la OMS/OPS (2014) los niños y jóvenes que atraviesan situaciones de violencia física, abuso sexual, maltrato emocional, descuido, maltrato, violencia familiar, separación o divorcio de los padres, asistencia social o institucional, corren un mayor riesgo de suicidio dado que los efectos de estos tienden a estar interrelacionados, actuando de manera acumulativa.

Por lo antedicho para el análisis del país, se tomarán datos al respecto de la etapa de la infancia y la adolescencia siendo la misma fundamental en lo que refiere a traumas y abuso. En Uruguay según los últimos datos obtenidos por el SIPIAV (2018), se registraron, en total, 4131 situaciones atendidas de violencia (30% más que en el 2017). De esta cifra, el 23% corresponde a casos de abuso sexual, 32% a maltrato emocional, 25% maltrato físico, 20% a negligencia.

A partir de lo expuesto apreciamos que es una problemática que va en aumento en el país, siendo considerado un suceso relevante para la tasa de suicidio.

4) Relaciones

Sentido de aislamiento y falta de apoyo social

En cuanto al sentido de aislamiento y falta de apoyo social, este se puede presentar en una persona a partir de un sentimiento de desconexión de su entorno social, entre ellos familiares, amigos, compañeros y otras personas significativas, siendo que una persona puede sentir esto cuando atraviesa un evento vital negativo o estrés psicológico y no logra compartirlo con alguien cercano, sumado a otros factores puede aumentar el riesgo suicida, particularmente se destacan en este apartado las personas de tercera edad que viven solas (OMS/OPS, 2014).

En el caso de nuestro país es necesario resaltar esta población, cuestionándonos que tanto incide este factor en las personas de tercera edad, siendo que a lo largo de la historia la franja etaria de 70 años y más en las estadísticas anuales es la que más suicidios ha presentado, manteniéndose en ese puesto con el correr del tiempo (ver tabla 3) (MSP, 2018).

A partir de este dato inevitablemente debemos preguntarnos acerca de la cantidad de habitantes dentro de esa franja poblacional con respecto a habitantes de otras edades. Según la INE (2012) la población de 65 o más años pasó de representar el 7,6% del total en el censo de 1963 al 14,1% en el último censo 2011, demostrando así el crecimiento a lo largo de los años de esta franja poblacional. Según CEPAL (2017) el proceso de envejecimiento demográfico, presente a lo largo de múltiples poblaciones en el mundo, actualmente adquiere particular relevancia en América Latina y el Caribe, siendo Uruguay uno de los países pioneros en este fenómeno en la región. Otro estudio indicado en El Observador (2018) refiere a que Uruguay entre 14 países relevados regionales tiene un índice de envejecimiento de 74, seguido de Argentina 47,5, Chile 44,2 y Brasil 28,9.

Afirmamos así que la cantidad de suicidios dentro de esta población es alta, pero así lo es también la cantidad de habitantes de adultos mayores que radican en el país con respecto a otros países de la región, respaldando esto de algún modo las cifras que se presentan en esa franja etaria. En definitiva más allá de este patrón poblacional, debemos afirmar que es un factor definitorio en nuestra tasa de suicidio.

Conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas

En cuanto a conflictos en las relaciones, disputas o pérdidas, nos referimos al concepto de acontecimientos vitales estresantes por ser principalmente la forma en que se manifiestan los mismos.

> Una de las propuestas de clasificación más aceptadas divide los AVE en tres grandes grupos de estresores (Heller): Dependientes del ambiente físico. Dependientes de la estructura social: tienen su origen en los cambios de las condiciones económicas y laborales, que influyen en la salud individual y familiar. Derivados de acontecimientos conflictivos: se originan en el ámbito de relaciones interpersonales o familiares (p.ej., divorcio, muerte de un familiar allegado, etc. (Aybar Zurita, 2008, p.61)

En Uruguay, se realizó un estudio desde la Facultad de Enfermería (UdelaR) acerca de la incidencia de los sucesos vitales estresantes en la causa de muerte por suicidio a partir de personas que realizaron IAE internadas en salas abiertas del Hospital Psiquiátrico de Referencia Nacional, los cuales indicaron que algunos eventos se dieron con más frecuencia que otros. “Los sucesos vitales estresantes son: 29% pérdidas de familiares cercanos, 15% violencia familiar, y en iguales proporciones 9% desocupación, divorcio, cambio abrupto de la situación económica” (Alonso, et. al.,

2008, p.57). Se indica que en su momento en el hospital psiquiátrico donde se realizó el estudio, no se contaba con un sistema de registro que compare el comportamiento del fenómeno a lo largo del tiempo (Alonso, et. al., 2008).

En la actualidad sin embargo, es obligatorio el uso de una ficha oficial del MSP (2013) en la Ordenanza 765 “Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE)”, en donde se pueden registrar los factores de riesgo y factores de protección, explicitando dentro de los mismos los sucesos vitales estresantes.

Los datos encontrados, permiten pensar que en el país hacen falta investigaciones desde el punto de vista cualitativo, ya que se encontraron pocas que estudien los motivos del acto suicida las cuales parten de una metodología cuantitativa, reflejando así escasamente las distintas perspectivas de los implicados en lo que refiere a una escala más abarcativa y actualizada. A su vez hacen falta investigaciones desde el punto de vista cuantitativo ya que como mencionamos, las que se encontraron fueron limitadas.

5) Individuo

Intento de suicidio anterior

Para introducir el apartado podemos comenzar exponiendo que la OMS/OPS (2014) nos indica que por cada suicidio que se consuma, se estima que existen otros 20 intentos de autoeliminación.

Con respecto a nuestro país introduciremos una conceptualización del mismo para luego mostrar los avances de la materia en el tiempo. La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay (2010) lo considera como “la voluntad o deseo consciente y deliberado de darse muerte, motivado por un proceso angustioso que alcanzó a sobrepasar el nivel de tolerancia; es un estado conflictivo, una crisis sin resolver que se expresa a través de la conducta suicida” (Garay y Vázquez, 2010, p.3).

Con respecto a su abordaje, el MSP (2011) indica que se contempla la importancia de la asistencia de esta población en el Plan de Prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) el cual establece su atención en el Modo 2, de acuerdo a las pautas establecidas, siendo entonces que tienen derecho a ser asistidos por parte del sistema de salud los usuarios con IAE.

Quagliata (2015) a partir de la prevención de suicidio en el SNIS, reconoce la necesidad de capacitar en lo que refiere al reconocimiento del riesgo suicida, en el tratamiento y seguimiento de los IAE, a su vez hace referencia a lo fundamental que es la capacitación del personal de salud técnicos y no técnicos.

El MSP (2017) lanza en la Ordenanza 384 la obligatoriedad del uso del "Protocolo de Atención y Seguimiento a las Personas con Intento de Autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud" para el aseguramiento del acceso a la atención en salud mental y la continuidad asistencial de las personas con IAE.

Sin embargo, el último dato publicado por la INE (1928-2014) es del 2014 siendo el número de casos de tentativa de suicidio de 1.778 personas. Corresponde transmitir aquí la importancia de la actualización de los datos de las estadísticas del IAE y el estudio de los protocolos mencionados para lograr una mayor y más vigente profundización del entendimiento de la incidencia de este factor en la tasa de suicidio.

Trastornos mentales

En cuanto a los trastornos mentales son varios los que se pueden presentar ante la conducta suicida. Nos concentramos principalmente en esta oportunidad en el trastorno depresivo mayor. Este trastorno aumenta la probabilidad de la tendencia suicida debido a sus características inherentes a partir de diferentes síntomas y signos, entre ellos, tristeza, vacío, llanto, disminución de interés, alteración de peso, alteración de sueño, alteración psicomotora, cansancio, sentimientos de inutilidad y culpa, falta de concentración y toma de decisiones, y por último pensamientos de muerte (DSM-5, 2013).

Según la OMS (2017) en la escala global, se estima que casi 300 millones de personas tienen depresión, equivaliendo esto a un 4,4% de la población mundial.

Según un informe de la OMS (2017) estamos dentro de los primeros puestos en el ranking de países con más prevalencia de depresión en América Latina siendo el orden Brasil 5,8%, Cuba 5,5%, Paraguay 5,2% y en cuarto lugar Chile y Uruguay 5%.

Existen algunas investigaciones que pueden considerarse como indicios de la prevalencia de la depresión con respecto al suicidio en el país, aunque sin embargo, no están actualizados. Amaral y Zijlstra (en Coordinadora de Psicólogos, 2000) refieren que entre el 40 y el 70% de los deprimidos tienen intentos de autoeliminación (IAE) y entre un 10 y un 15% consuma el acto suicida. Por otro lado, la Revista de Psiquiatría del Uruguay (2014) también nos indica datos al respecto, siendo que la depresión es la causa del 64% de los suicidios y que un 15% de personas con un episodio depresivo mayor severo comete suicidio.

Para complementar el análisis expondremos datos al respecto de cómo impacta la depresión para los hombres y las mujeres a lo largo del tiempo en el país.

> Dos estudios realizados en nuestro país sobre síntomas depresivos y depresión han mostrado un incremento en su prevalencia, siendo en el año 1998 de un 16 % en mujeres y 6 % en hombres y en el 2008 de un 18 % en mujeres y 11 % en hombres. (Revista de Psiquiatría del Uruguay Almada et al., 2014, p.117)

Según los datos expuestos anteriormente, nos posicionamos dentro de los primeros en América Latina entre los países que figuran con una incidencia alta de este trastorno, lo cual nos permite pensar que posiblemente este sea un factor distintivo con respecto al resto de la región. A su vez dentro de lo que sucede en el país apreciamos que la depresión es un trastorno que rige en aumento, lo cual nos indica que posiblemente sea una variable que con alta probabilidad incida de manera proporcional en los números de tasa de suicidio. No obstante sería pertinente la actualización de las investigaciones de la correlación entre la depresión y el suicidio.

Consumo nocivo de alcohol

En cuanto al nivel mundial, según la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social (2019) el consumo problemático de alcohol constituye un factor causal de accidentes y múltiples enfermedades, produciendo 2,5 millones de muertes anualmente equivalente a un 4% de la población mundial. A su vez según el último dato relevado Grupo Banco Mundial (2016) el promedio de consumo mundial es de 6,4 litros de alcohol puro per cápita.

En cuanto al consumo nocivo de alcohol en nuestro país, los datos epidemiológicos indican que la situación de consumo de alcohol es llamativamente crítica, habiendo un consumo de alcohol elevado con aproximadamente 261.000 personas en situación de dependencia de esa sustancia, posicionándonos según nuestro consumo per cápita anual de 6,8 litros de alcohol puro por habitante, como el país que presenta mayor consumo de esta sustancia en toda América Latina, y a su vez nos posiciona por encima del promedio en lo que refiere a la población mundial (Comisión de Salud Pública y Asistencia Social, 2019).

Los datos expuestos nos transmiten que en el país el consumo de alcohol se presenta de modo problemático en comparación con el consumo de otros países, permitiéndonos pensar que es un factor decisivo en la tasa de suicidio.

Pérdida de trabajo o financiera

En cuanto a la pérdida de trabajo o financiera, tomaremos como referencia

para el análisis, la tasa de desempleo. A nivel mundial, la OIT (2019) calcula que en 2018 había 172 millones de personas desempleadas a lo largo del mundo, siendo esta una tasa de desempleo del 5,0 por ciento.

En lo que respecta a nuestro país, expondremos un recorrido histórico de dos variables, la primera según la INE (1997-2018) de la tasa de desempleo anual para el total del país y la segunda según el MSP (2018) de la tasa de suicidio (ver tabla 1), a partir de dos gráficas realizando una comparación año a año desde 1997 a 2018 en donde se vean los recorridos de cada una de ellas. A modo de síntesis expondremos una tercera gráfica donde se presenten ambas variables con el fin de apreciar las similitudes y diferencias entre las mismas de un modo más visual.

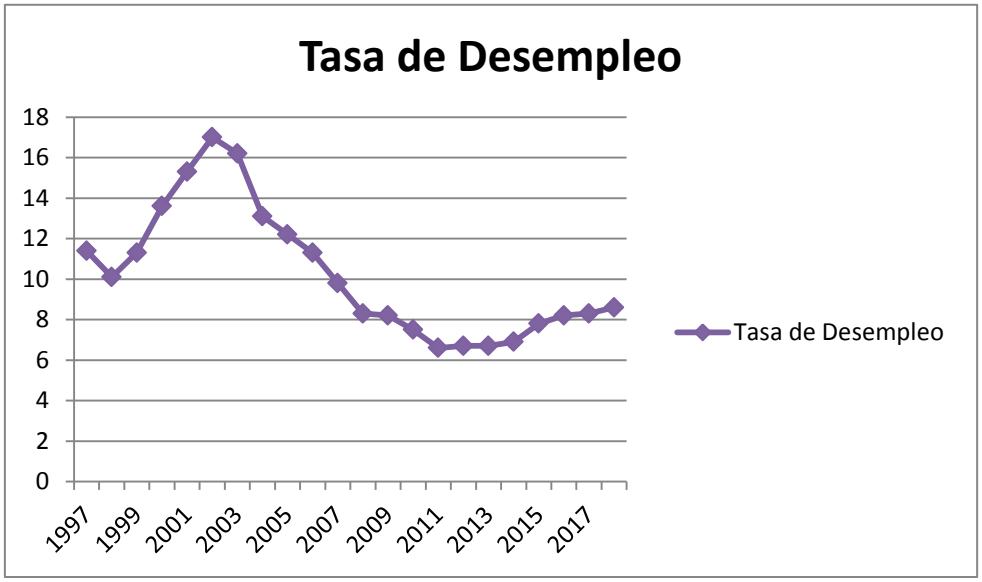


Gráfico 3.

Tasa de desempleo anual para el total país. Uruguay, 1997-2018.

Fuente: Elaboración propia basado en INE (1997-2018).

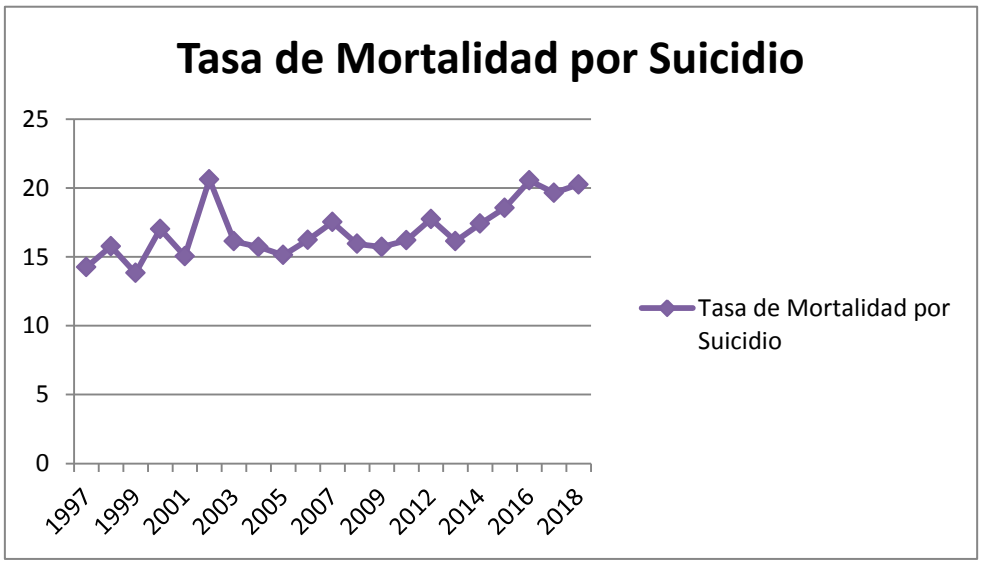


Gráfico 4.

Tasa de mortalidad por suicidio. Uruguay, 1997-2018.

Fuente: Elaboración propia basado en MSP (2018).

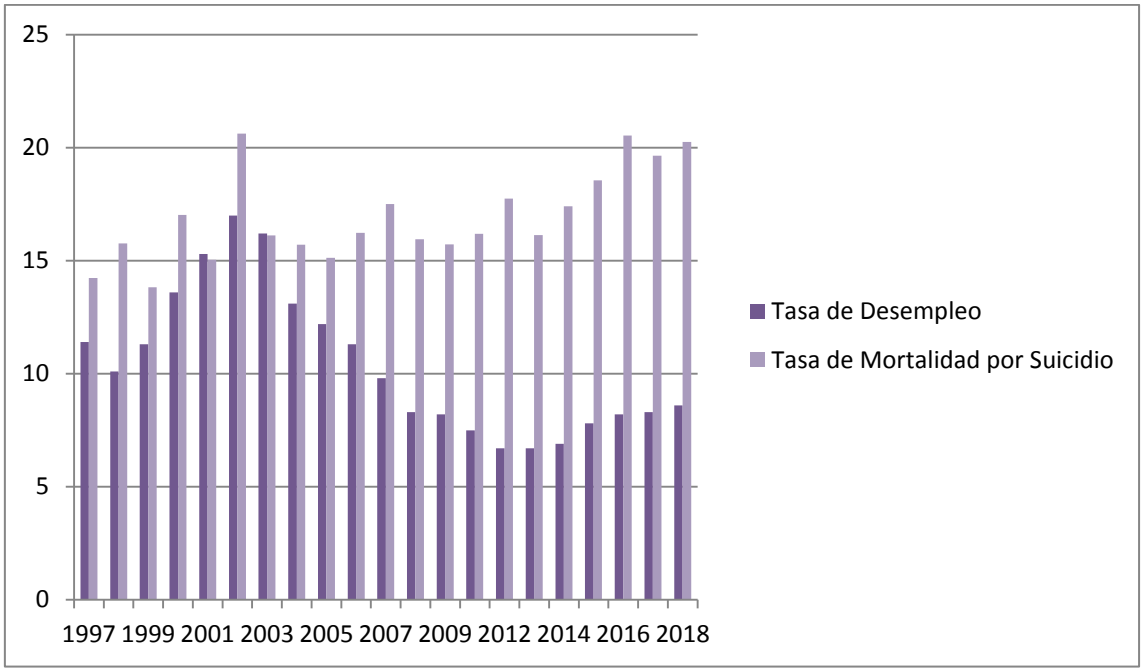


Gráfico 5

Tasa de desempleo y tasa de mortalidad por suicidio. Uruguay, 1997-2018.

Fuente: Elaboración propia basado en INE (1997-2018) y MSP (2018).

Según los datos expuestos, se puede visualizar un pico en la tasa de desempleo en la crisis del 2002 con un 17,0%, la cual fue en descenso hasta el 2014 con un 6,9%, comenzando a subir a partir de allí de modo paulatino cada año un poco más hasta llegar al 2018 a un 8,6% (INE, 1986-2018).

En relación con la tasa de suicidio, se aprecia claramente la relación de la suba de desempleo por la crisis económica del 2002, con la suba de la tasa de suicidio. No obstante, fuera de ese punto en común no apreciamos cambios proporcionales significativos entre las mismas, debiendo destacar que la tasa de suicidio actual presenta números similares a los que presentaba la tasa de suicidio en la crisis, sin embargo la tasa de desempleo entre las mismas no son coincidentes, desmintiendo así la correlación entre la variable económica con la variable de incremento de suicidios. Esto indicaría a simple vista que este factor no es decisivo al momento de considerar los altos números de suicidios del país.

Desesperanza

En lo referente a la desesperanza, si bien es difícil presentar datos con respecto a este punto, podemos aludir a su conceptualización y modos de evaluación en casos de riesgo suicida. Este concepto es trabajado por varios autores, entre ellos, Beck realizó un test para medir la misma llamado Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hoplessness Scale, BHS) muy pertinente para poder aplicar en los casos que se requiera. Este se basa en un modelo propuesto por Scotland (1969) quien refiere a la misma como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas del futuro inmediato o remoto, en el cual se poseen las siguientes creencias: que nunca se podrá salir adelante por sí mismo, tener éxito, alcanzar objetivos importantes y solucionar problemas que presente la vida (Aliaga Tovar et al., 2006).

Dolor crónico

En cuanto al dolor crónico exponemos las principales enfermedades dentro de esta categoría. Según la OMS/OPS (2014) son las enfermedades que incluyen dolor, discapacidad física, deficiencia del desarrollo nervioso y angustia, como pueden ser el cáncer, la diabetes y la infección por VIH/sida.

Se analiza entonces la epidemiología de estas tres principales enfermedades crónicas, comenzando por la escala mundial. En cuanto al cáncer la OMS (2018) declaró que es una de las primeras causas de muerte a nivel mundial siendo que hubo 8,8 millones de muertes a su causa en el año 2015. En cuanto a la diabetes, la OMS (2018) informa que el número de personas aumento de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014 siendo que la prevalencia mundial de la diabetes ha aumentado del 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014. En cuanto al VIH/sida, la OMS (2019) declaró que es uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, habiendo afectado 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus.

Se prosigue entonces al análisis de su epidemiología en el país. Con respecto al cáncer, la Comisión Contra el Cáncer (2019) plantea la incidencia registrada en el registro nacional de cáncer en el período 2011-2015 fue de 80.894 casos incidentes de tumores malignos, lo que representa un promedio de 16.179 casos nuevos cada año. Con respecto a la diabetes, López (2018) indica que los estudios de prevalencia se sitúan en 16,2%, siendo alrededor de 534.600 personas. Por último con respecto al VIH, el MSP (2019) informó que se mantiene un patrón epidemiológico con prevalencias en la población general menores al 1% y en poblaciones específicas mayores al 5%, aproximadamente se estima que existen 14.080 personas con VIH.

> Aunque se tenga una imagen del enfermo crónico como estable y sin grandes cambios, en realidad su vida está repleta de momentos intensos que sacuden la larga enfermedad. Los empeoramientos, el dolor y otros síntomas físicos, la dependencia, la soledad, el duelo de lo perdido, las dificultades económicas, los fracasos de los tratamientos y el miedo al futuro son solo algunos de los eventos que causan, en el paciente crónico, una gran carga emocional. (Montalvo et. al., 2012, p.138)

No se encontraron datos al respecto de si hay una relación entre estas patologías y el número de suicidios, por lo cual sería pertinente profundizar su estudio, debido a que se presentan una cantidad de casos considerables de dolor crónico en nuestro país.

Antecedentes familiares de suicidio

Introduciremos una referencia al respecto de la importancia del impacto del suicidio de un familiar para comenzar con el desarrollo de este apartado.

> El suicidio de un familiar o un miembro de la comunidad pueden ejercer una influencia particularmente perturbadora en la vida de una persona. Perder así a alguien cercano es devastador para la mayoría de las personas; además de aflicción, la índole de la muerte puede causar estrés, culpa, vergüenza, ira, ansiedad y angustia a los familiares y otros seres queridos. (OMS/OPS, 2014, p.40)

En cuanto al abordaje de esta población, con respecto al país se contempla la importancia de la asistencia de esta población en el Plan de Prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) el cual establece su atención en el Modo 1, de acuerdo a las pautas establecidas siendo entonces que tienen derecho a ser asistidos por parte del sistema de salud los usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana) y los usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano con IAE en el último año (MSP, 2011).

Podemos inferir que es un punto importante a partir de que la tasa de suicidio se mantiene con números altos con el paso tiempo, lo cual deja tras de sí en muchos casos familiares de suicidas en nuestra población, que quedan expuestos ante la posibilidad de repetir la historia. Por otra parte podemos hacer referencia a su vez a que las tasas más altas de suicidio se producen en el interior, en muchos casos en pequeñas localidades mucho más interrelacionadas que las grandes urbes, pudiendo

ser así también una variable importante a considerarse (ver tabla 2).

Se puede afirmar entonces que es un factor pasible de ser influyente en la alta tasa de suicidio, habiendo posiblemente una relación directamente proporcional entre la suba de la tasa de suicidio con la suba de la incidencia de este factor.

Factores genéticos y biológicos

En cuanto a los factores genéticos y biológicos, se hace referencia a pacientes con trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y trastornos de la personalidad (OMS/OPS, 2014). A nivel mundial según la OMS el trastorno bipolar afecta a 60 millones de personas en todo el mundo, mientras que por otro lado la esquizofrenia afecta a 21 millones de personas en todo el mundo. (OMS, 2018)

En Uruguay carecemos de cifras exactas con respecto a cuántas personas afectan estos trastornos, lo cual dificulta el estudio de la correlación entre estos trastornos psiquiátricos y el número de casos de suicidio.

Con respecto al abordaje de esta población se contempla la importancia de la asistencia a esta población en el Plan de Prestaciones en Salud Mental del SNIS (2011) el cual establece su atención en el Modo 3, de acuerdo a las pautas establecidas siendo entonces que tienen derecho a ser asistidos por parte del sistema de salud los usuarios con Trastornos Mentales Severos y Persistentes (TMSP). Comprehende a portadores de psicosis esquizofrénica y trastorno bipolar (MSP, 2011).

A partir de los datos expuestos afirmamos que sería pertinente poder conocer con exactitud la prevalencia del trastorno de esquizofrenia y trastorno bipolar en el país, con el fin de poder analizar con exactitud la epidemiología y la cantidad de personas dentro de este grupo vulnerable que llevan a cabo el suicidio.

Factores de Protección en Uruguay

Para el desarrollo del caso de la situación específica de Uruguay, nos basaremos principalmente en el análisis de los diferentes factores de protección en el país según la clasificación previamente expuesta de la OMS/OPS (2014): sólidas relaciones interpersonales; creencias religiosas o espirituales; estrategias prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida.

Se introducirá como en el análisis anterior, en una primera instancia un panorama general de cada factor de protección a nivel internacional, para luego analizar la situación del mismo a nivel nacional a partir de diferentes datos, estadísticas, investigaciones mayoritariamente de la última década reflejando así

potencialmente el estado de arte de cada uno de ellos. En algunas oportunidades nos atendremos, a referirnos principalmente a sus conceptualizaciones, ya que debido al carácter subjetivo de las mismas se dificulta exponer un análisis más exhaustivo.

Sólidas relaciones interpersonales

En cuanto a las sólidas relaciones interpersonales, referiremos a su implicancia en lo que respecta al impacto de las mismas en una persona con riesgo suicida.

> El círculo social más cercano de una persona, es decir la pareja, los familiares, compañeros, amigos y otros, puede tener gran influencia y ser propicio en épocas de crisis. Los amigos y familiares pueden ser una fuente significativa de apoyo social, emocional y financiero y pueden amortiguar la repercusión de factores externos estresantes. (OMS/OPS, 2014)

Vale aclarar la ausencia de datos de este factor en nuestra población para el riesgo suicida, siendo importante realizar investigaciones al respecto.

Creencias religiosas o espirituales

En cuanto a las creencias religiosas o espirituales a nivel mundial según la OMS/OPS (2014) es importante ser cautelosos, debido a que la fe misma puede ser beneficiosa al proporcionar un sistema estructurado de creencias promoviendo un comportamiento beneficioso a nivel físico y mental a partir de una comunidad socialmente cohesiva con valores compartidos, aunque por el contrario, muchas creencias, comportamientos religiosos y culturales también pueden contribuir al estigma relacionado con el suicidio debido a sus posturas morales desalentando la búsqueda de ayuda. En definitiva, el valor protector depende del contexto sociocultural en que nos posicionemos para que afecten en el sujeto de manera positiva o negativa.

Se expone a continuación lo referente a las creencias en nuestro país.

> El modelo de laicidad francesa es pionero y paradigma de unas formas posibles de vínculo entre la religión y otras esferas de la vida social, como la política o la educación. Ese modelo, en su vertiente jacobina, es el que ha construido las bases de la modernidad uruguaya, siendo aún un elemento distintivo de nuestro país, determinando así buena parte de las formas a través de las cuales nos relacionamos con las creencias religiosas en particular y con la alteridad en general. (Oficina de Planeamiento y Presupuesto, 2018)

Existen varios estudios que muestran el vínculo de los uruguayos con el catolicismo, los cuales demuestran que este tiene el porcentaje más bajo de autodefinidos católicos en América Latina (24% según emv 2011, 41% según Latinobarómetro 2014, 42% según Pew Research Center 2014) y a su vez, el porcentaje más alto de autodeclarados ateos, agnósticos o sin afiliación (61%, 38%, 37% según las mismas fuentes). Se indica a su vez que si bien nuestro país es una excepción en su región, acompaña otras tendencias continentales, como la caída del catolicismo, el aumento del protestantismo y el aumento de los creyentes que se autodenominan sin afiliación, sin iglesia el cual es bastante más grande en Uruguay (Oficina de Planeamiento y Presupuesto, 2018).

A partir de la última década del siglo pasado, con el proceso mundial de acelerada globalización y fortalecimiento de las reivindicaciones por derechos de las minorías y valorización de la diversidad, las formas de autodeterminación religiosa se inscriben en un escenario más amplio partiendo de una mayor complejidad en los procesos de construcción de identidades individuales y colectivas; surgen así una gran diversidad de trayectorias religiosas que escapan a las institucionalidades clásicas, pasando a ser los mecanismos individuales los que construyen las formas contemporáneas de la religiosidad en un campo dinámico (Oficina de Planeamiento y Presupuesto, 2018).

Afirmamos a partir de lo expuesto, que si bien nos encontramos en un país de carácter laico, se presentan nuevas formas de relacionamiento con la religión y espiritualidad que impactan de modo positivo en las personas con riesgo suicida en comparación con lo que sucede dentro de otros contextos socioculturales.

Estrategias, prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida

En cuanto a las estrategias, prácticas positivas de afrontamiento y bienestar como modo de vida en la escala global la OMS/OPS (2014) refiere a ellas como estrategias personales eficaces de bienestar subjetivo y de afrontamiento positivo en las cuales se encuentran la resiliencia, estabilidad emocional, optimismo, identidad personal desarrollada, buena autoestima, competencia personal, capacidad de resolver problemas, capacidad para buscar ayuda cuando sea necesario.

A su vez la OMS/OPS (2014) hace referencia a los modos de vida saludables que promueven el bienestar mental y físico, consistiendo estos en la práctica de hábitos saludables, como el ejercicio físico diario, alimentación balanceada, sueño adecuado, la consideración de las consecuencias del alcohol y las drogas sobre la

salud, relaciones sociales sanas y un manejo eficaz del estrés.

Vale aclarar la ausencia de datos de este factor en repercusión del riesgo suicida en nuestra población, siendo importante realizar indagar al respecto.

Reflexiones Finales

"No maldigas del alma que se ausenta, dejando la memoria del suicida,
¿Quién sabe qué oleajes, que tormentas, lo alejaron de las playas de la vida?"
Ni siquiera las flores - Eduardo Darnauchans.

A raíz del recorrido bibliográfico realizado de la problemática del suicidio se expondrán algunas reflexiones finales a partir de la misma. Como quedó reflejado en este trabajo, el suicidio es una problemática que afecta a diferentes países del mundo, siendo en el nuestro una de las principales causas de muerte prevenibles. Si bien no hay una causa certera, dado que es un fenómeno pluricausal, se tiene conocimiento de que existen múltiples factores socioculturales que impactan en la determinación de la acción que se toma, entre estos los estudiados factores de riesgo y de protección.

La OMS (2017) nos indica que los suicidios son prevenibles, en la medida que se coloca el foco en los mencionados factores, trabajando a partir de estos en conjunto con el sistema de salud, la comunidad, la política, las instituciones educativas, la familia, y otros demás actores de la sociedad.

En Uruguay, la problemática de la alta tasa de suicidio se presenta como urgente, siendo cada vez más necesario el estudio de las variables que impactan sobre ésta, en cuanto a lo visto en el presente trabajo se pueden sacar varias conclusiones al respecto de los factores de riesgo y de protección.

En cuanto a los factores de riesgo, encontramos que varios que rigen como principales en algunos países, no corren aquí como relevantes, entre ellos las barreras de acceso de atención en salud, desastres, guerras y conflictos, estrés por desplazamientos y aculturación. A su vez en cuanto a la pérdida de trabajo o financiera, hubo una crisis en el 2002 en la cual los números de la tasa de suicidio se dispararon sin embargo están en casi en iguales proporciones que en la actualidad, estando en esta oportunidad bajo diferentes condiciones en lo referente a la tasa de desempleo, lo que desmiente la atribución puramente económica.
¿Qué sucede entonces en el país? ¿Qué factores podrían llegar a explicar la tasa de suicidio? ¿Por dónde podemos seguir avanzando hacia una respuesta?

Según los datos oficiales, los principales grupos de riesgo son mayores de 70 años, se matan más hombres que mujeres, más habitantes del interior del país que de

la capital, y el método utilizado es el ahorcamiento. Se desconocen las cifras exactas actualizadas en cuanto a los IAE, sin embargo hoy en día se facilitó un registro donde estos datos podrían estar más al alcance de la mano analizando no sólo la prevalencia, sino develando información de aporte significativo con el debido seguimiento de los documentos referidos. Es importante aquí destacar la importancia del tratamiento y seguimiento adecuado tanto de esta población como de la que posee antecedentes familiares de suicidio, ya que demuestran gran riesgo de suicidio.

Pareciera ser que la soledad, el aislamiento y la fragilidad en los vínculos, son precisos de ser destacados por ser principalmente sentimientos que se expresan ante los factores que se encontraron como incidentes, entre ellos resultaron ser el estigma asociado con comportamientos de búsqueda de ayuda, discriminación, traumas y abuso, sentido de aislamiento y falta de apoyo social, conflictos en las relaciones, pérdidas o disputas, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol los que nos identifican nacionalmente. Todos estos teñidos de la creencia popular del carácter gris del uruguayo, probablemente envueltos por el factor de riesgo de la desesperanza, el cual es otro que nos representa. Es importante relacionar estos factores con la población de riesgo expuesta en el párrafo anterior, pareciendo estos apropiarse y reflejarse en su mayoría de personas de edad avanzada, hombres, residentes en el interior del país.

Es fundamental destacar la importancia de la falta estudios vigentes de factores posiblemente relevantes en nuestro país, siendo estos la relación de la depresión, trastorno de esquizofrenia y trastorno bipolar con el suicidio, es necesario indicar su prevalencia y su incidencia correspondiente con el mismo. La investigación con respecto a estos se torna imprescindible para profundizar en los motivos de conducta suicida. Podemos indicar sin embargo, con respecto a lo estudiado sobre la depresión, que este parece ser un factor de riesgo clave en el aumento de la tasa de suicidio, especialmente si prestamos atención a su interacción con las poblaciones de riesgo y los otros factores que aparecieron como incidentes.

En definitiva, podemos decir que la interacción de ciertos factores y el entrelazamiento de diversas características poblacionales conforman el caso único de Uruguay, siendo que en resumidas cuentas la vejez, las pequeñas localidades, el aislamiento, la discriminación, el alto consumo de alcohol, la depresión, y algunos otros factores van conformando un imaginario acerca de la forma en que se despliega este fenómeno en nuestro país. La desesperanza parece teñir este panorama en lo que refiere a la falta de porvenir y proyectos, respirándose un aire amenazador para los deseos de poder encontrar una salida y un sentido de vida para este tipo de población de riesgo, afectada por el carácter de estos factores que parecen

retroalimentarse conformando un caso peculiar que se diferencia de lo que ocurre en otros países. Todos estos factores funcionan como reforzadores para que lo que comienza como la germinación de una simple idea abra camino hacia el pasaje de la toma de una última decisión. Por lo cual para el detenimiento del avance de esta secuencia conductual en un sujeto con ideación suicida, se debe tomar en cuenta el rol que juegan los factores protectores así como otros aspectos de igual relevancia que influyen en la misma.

Sería importante como se vio, derrocar los prejuicios que rondan sobre el suicidio los cuales refuerzan el tabú al respecto del mismo, brindando herramientas para la prevención en diferentes sectores de la sociedad con el fin de lograr una adecuada potenciación de comportamientos de búsqueda de ayuda a través de una red sólida de trabajo de carácter interdisciplinario. Los ámbitos en que esto sería apropiado serían los medios de comunicación, la salud, centros educativos, entre otros. De este modo, a través del derrocamiento del mencionado tabú, se puede generar un movimiento que pueda sacar del lugar estigmatizante a la mencionada población de riesgo, a través del reconocimiento y participación de la problemática a partir de los otros, lo cual generaría un impacto positivo reforzando la interacción individuo-sociedad en lo referente a la problemática. Como vimos la cantidad de suicidios refleja el grado de cohesión social, por lo que si lo pensamos a la inversa, fomentando la cohesión social disminuiremos el número de suicidios.

Deteniéndonos en los factores de protección de modo más preciso, consideramos que es de fundamental importancia hacer hincapié en promover las sólidas relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos de la sociedad, como puede ser a través de actividades, talleres, espacios de diferentes temáticas de índole recreativa con el fin de fomentar la cohesión social y los vínculos interpersonales en la comunidad siendo inclusivas y de interés para todas las edades. El marco de las creencias religiosas o espirituales que nos habitan, nos encontramos ante un país laico donde sin embargo, existen diferentes trayectorias religiosas por fuera de lo institucional que fortalecen las construcciones individuales y sociales. Por último es relevante destacar lo beneficioso del lanzamiento de espacios gratuitos y abiertos para todas las edades que fomenten los hábitos de vida saludables.

Como última instancia de este proceso, debemos destacar la importancia de la continuación de los estudios e investigaciones de la problemática de suicidio en nuestro país para la mejora de la eficacia de las intervenciones en la misma.

Referencias Bibliográficas

Amaral, R., Zijlstra A. (2000) Suicidio y depresión. En: Coordinadora de Psicólogos del Uruguay. *Depresión.* Montevideo: CPU.

American Psychiatric Association (2013) *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.* (5ta edición) Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Aliaga Tovar, J., Rodríguez de los Ríos, L., Ponce Díaz, C., Frisancho León, A., Enríquez Vereau, J. (2006) Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y características psicométricas. *Revista IIPSI* 9 (1), 69-79. Recuperado desde: https://www.researchgate.net/publication/28144024_Escala_de_desesperanza_de_Beck_BHS_Adaptacion_y_caracteristicas_psicometricas

Almada, R., Miraballes, R., Agrafojo, S. (2014) Frecuencia de depresión en los pacientes que consultan en las policlínicas de medicina interna del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quíntela*. Revista de Psiquiatría del Uruguay* 78 (2), 116-130. Recuperado desde: http://spu.org.uy/sitio/wp-content/uploads/2014/11/02_TO_01.pdf

Alonso, G., Bogliolo, L., Gutiérrez, A., Landa, M., Zorron, A. (2008) *Sucesos vitales estresantes identificados en usuarios que han realizado intento de autoeliminación* (Tesis de Grado). Universidad de la República. Facultad de Enfermería. Montevideo, Uruguay. Recuperado desde: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/2474/1/FE-0257TG.pdf

Aybar Zurita, R. (2007) Factores estresantes y familia de riesgo social. *FMC - Formación médica continuada en atención primaria* 14 (1), 60-74. Recuperado desde: https://vdocuments.mx/factores-estresantes-y-familia-de-riesgo-social.html

Banco Mundial (2016) *Consumo total de alcohol per cápita.* Recuperado desde: https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.ALC.PCAP.LI

Beck, J. (2000) *Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización.* Barcelona: Gedisa.

Bowlby, J. (1998) *El apego. Tomo 1 de la trilogía: El apego y la pérdida.* Barcelona: Paidós.

CEPAL (2017) *El proceso de envejecimiento demográfico en el Uruguay y sus desafíos.* Recuperado desde: https://www.cepal.org/es/enfoques/proceso-envejecimiento-demografico-uruguay-sus-desafios

Comisión contra el Cáncer (2019) *Situación Epidemiológica del Uruguay en relación al Cáncer. Incidencia del cáncer en el quinquenio 2011-2015 Tendencia de la mortalidad por cáncer hasta 2017.* Registro Nacional de Cáncer. Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer. Recuperado desde: http://www.comisioncancer.org.uy/uc_513_1.html

Comisión de Salud Pública y Asistencia Social (2019) *Consumo problemático de alcohol. Marco regulatorio XLVIII legislatura*. Recuperado desde: https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/D2019071168-008018847.pdf

Diario El Observador (2017) *Como es la salud en América Latina*. Recuperado desde: https://www.elobservador.com.uy/nota/-como-es-la-salud-en-america-latina--2017127500

Diario El Observador (2018) *Uruguay tiene el índice de envejecimiento más alto de la región.* Recuperado desde: https://www.elobservador.com.uy/nota/uruguay-tiene-el-indice-de-envejecimiento-mas-alto-de-la-region-201882500

Diario El País (2019) *Temas: Inundaciones.* Recuperado desde: https://www.elpais.com.uy/noticias/inundaciones

Diario El País (2019) *Temas: Tornados.* Recuperado desde: https://www.elpais.com.uy/noticias/tornados

Durkheim, E. (1897) *El suicidio*. Madrid: Editorial Reus.

Ey, H. (1948) *Estudios psiquiátricos. Volumen I.* Buenos Aires: Editorial Polemos.

Garay, M., Vázquez, L. (2010) Suicidio e intento de autoeliminación en el Uruguay hoy. *Revista Uruguaya de Enfermería* 5 (1), 19-27. Recuperado desde: http://rue.fenf.edu.uy/rue/index.php/rue/article/view/93/91

GVA (2016) *Vivir es la salida. Plan de prevención de suicidio y manejo de la conducta suicida*. Recuperado desde: http://www.san.gva.es/documents/156344/6939818/Plan+prevenci%C3%B3n+de+suicidio_WEB_CAS.pdf

Gutiérrez García, A., Contreras, C., Orozco Rodríguez, R. (2006) El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental* 29 (5), 66-74. Recuperado desde: https://www.redalyc.org/pdf/582/58229510.pdf

Hein, P., Larrobla, C. (2017) Introducción general. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC. Recuperado desde: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf

INE (1986-2018) *Series Históricas. Actividad, Empleo y Desempleo. Anuales. Total País.* Recuperado desde: http://www.ine.gub.uy/actividad-empleo-y-desempleo

INE (2012) *Resultado del censo de población de 2011: población, crecimiento y estructura por sexo y edad.* Recuperado desde: http://www.ine.gub.uy/documents/10181/35289/analisispais.pdf

INE (2019) *Boletín Técnico. Actividad, Empleo y Desempleo Agosto 2019.* Recuperado desde: http://www.ine.gub.uy/documents/10181/30865/ECH+Agosto+2019/a6bd8199-b8fb-4c58-bbff-74e73f935d42

Martínez, C. (2007) *Introducción a la Suicidología.* Buenos Aires: Lugar Editorial

Martínez, C. (2017) *Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias.* Buenos Aires: Alfepsi Editorial.

MIDES (2016*) Visibilizando realidades: Avances a partir del primer censo de personas trans*. Recuperado desde: https://docplayer.es/53054489-Transforma-visibilizando-realidades-avances-a-partir-del-primer-censo-de-personas-trans-documento-base-21-de-setiembre-de-2016.html

Ministerio de sanidad, política social e igualdad (2012) *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida.* Recuperado desde: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/GPC_481_Conducta_Suicida_Avaliat_compl.pdf

Montalbán, A. (2004) El suicidio: la urgencia de un grave problema. *Revista Médica del Uruguay* 20 (2), s/p. Recuperado desde: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902004000200001

Montalvo, A., Cabrera, B., Quiñones, S. (2012) *Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura.* Aquichan 12 (2), 134-143. Recuperado desde: https://www.redalyc.org/pdf/741/74124103005.pdf

MEC (2019) *Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda otra forma de Discriminación.* Recuperado desde: https://www.mec.gub.uy/mecweb/mec2017/container.jsp?contentid=81383&site=5&channel=mec&3colid=81383

MSP (2007) *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de la conducta suicida.* Recuperado desde: http://liceo53.ces.edu.uy/images/Guas-de-deteccin-de-factores-de-riesgo-suicida.pdf

MSP (2011) *Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud.* Recuperado desde: https://www.bps.gub.uy/bps/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional__junio.pdf

MSP (2011) *Plan Nacional de Prevención de Suicidio. Para Uruguay 2011-2015. "Un compromiso con la vida"* Recuperado desde: https://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_prevencion_del_suicidio.pdf

MSP (2013) *Ficha de Registro de Intento de Autoeliminación (IAE).* Recuperado desde: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Ficha%20de%20Registro%20de%20IAE_0.pdf

MSP (2013) *Ordenanza ministerial 765: Notificaciones IAE.* Recuperado desde: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Ordenanza%20765.pdf

MSP (2016) *Encuesta Nacional de Salud Uruguay. Primeros resultados*. Recuperado desde: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2018-09/Primer%20Informe%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%282016%29.pdf

MSP (2017) *Ordenanza ministerial 384: Protocolo de atención en el caso IAE.* Recuperado desde: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Ord.%20384%20Protocolo%20Atenci%C3%B3n%20Autoeliminaci%C3%B3n.pdf

MSP (2017) *Protocolo de Atención y Seguimiento a las Personas con Intento de Autoeliminación en el Sistema Nacional Integrado de Salud.* Recuperado desde: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/PROTOCOLO%20IAE%20MSP%202016%20FINAL%2024.04.17%20%281%29.pdf

MSP (2018) *Ley de Salud Mental Noticias. Presentación día nacional prevención del suicidio.* Recuperado desde: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/ley-de-salud-mental-hito-historico-para-el-pais

MSP (2019) *Día Nacional del VIH/Sida.* Recuperado desde: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&slug=msp-dia-nacional-vih&Itemid=307

MSP (2019) *Prevención Noticias*. Recuperado desde: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/indice-suicidios-se-mantuvo-estable-2018-2025-cada-100000-habitantes

MSP (2019) *Salud Pública Noticias. Expertas recomiendan hablar sobre suicidio en los medios de comunicación, pero hacerlo con responsabilidad.* Recuperado desde: https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/expertas-recomiendan-hablar-sobre-suicidio-medios-comunicacion-pero-hacerlo

López, O. (2018) *Día mundial de la Diabetes.* Recuperado desde: https://www.suat.com.uy/novedad/537-dia-mundial-de-la-diabetes/

Oficina de Planeamiento y Presupuesto (2018) *Valores y creencias de los uruguayos: ¿Freno o impulso para un desarrollo sostenible? Apuntes para la reflexión. Hacia una Estrategia Nacional de Desarrollo, Uruguay 2050.* Recuperado desde: https://www.opp.gub.uy/sites/default/files/inline-files/10_Valores%20y%20creencias%20de%20los%20uruguayos.pdf

OIT (2019) *Perspectivas sociales y del empleo en el mundo. Tendencias 2019.* Recuperado desde: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_670569.pdf

OMS/OPS (2014) *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional.* Recuperado desde: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf

OMS/OPS (2014) *Prevención del suicidio. Un imperativo global.* Recuperado desde: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence

=1

OMS (2017) *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales.* Recuperado desde: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf

OMS (2018) *Cáncer. Datos y cifras.* Recuperado desde: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

OMS (2018) *Diabetes. Datos y cifras.* Recuperado desde: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes

OMS (2018) *Trastornos mentales. Datos y cifras.* Recuperado desde: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders

OMS (2019) *VIH/sida. Datos y cifras.* Recuperado desde: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids

ONU (1948) *Declaración Universal de Derechos Humanos.* Recuperado desde: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

ONU (2019) *Igualdad y no discriminación.* Recuperado desde: https://www.un.org/ruleoflaw/es/thematic-areas/human-rights/equality-and-non-discrimination/

Presidencia República Oriental del Uruguay (2006) *Sistema Nacional Integrado de Salud. No cuesta más, tickets más baratos, libertad de elección y nadie quedará afuera.* Recuperado desde: https://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/snis/snis.pdf

Presidencia República Oriental del Uruguay (2019) *Prevención.* Recuperado desde: https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/salud-suicidio-tasa-indice-linea-vida-msp-asse

Quagliata, S. (2015) *Las características del duelo en madres de hijos fallecidos por suicidio. Estudio de casos.* (Tesis de Maestría). Universidad de la República. Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay. Recuperado desde: https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/7570/1/Quagliata%2c%20Susana.pdf.

Saidon, O. (2012) La clínica de Guattari y los post-guattarianos. En: Berti, G. Félix Guattari. *Los ecos del pensar entre filosofía, arte y clínica.* Barcelona: HakaBooks.com.

SIPIAV (2018) *Informes de Gestión 2018*. Recuperado desde: https://www.inau.gub.uy/sipiav

The Lancet (2014) *Cobertura de Salud Universal en América Latina.* Recuperado desde: https://www.thelancet.com/series/latin-america-UHC

U.S. Embassy Montevideo (2018) *Uruguay: Informe de los Derechos Humanos.* Recuperado desde: https://uy.usembassy.gov/wp-content/uploads/sites/113/2018HumanRightsReport_UY_Segment_Spanish.pdf

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2007) *Terapia de esquemas: Guía práctica.* Bilbao: Desclée de Brouwer.

Anexo

Ley Nº 17.514 (2002) Violencia Doméstica. Recuperado desde: http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2015/08/Ley17514.pdf

Ley Nº 17.817 (2004) La Comisión Honoraria contra el Racismo, la Xenofobia y toda otra forma de Discriminación (CHRXD). Recuperado desde: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CCPR/Shared%20Documents/URY/INT_CCPR_ADR_URY_15482_S.pdf

Ley Nº 18.211 (2007) Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Recuperado desde: https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/86022/96727/F565346650/U

RY86022.pdf

Ley N° 18.651 (2010) Ley de Protección Integral a Personas con Discapacidad. Recuperado desde: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/URY/Anexo%205_18844_S.pdf

Ley Nº 19.075 (2013) Matrimonio Igualitario. Recuperado desde: https://www.impo.com.uy/matrimonioigualitario/

Ley Nº 19.222 (2013) Afrodescendientes. Normas para Favorecer su Participación en las Áreas Educativas y Laboral. Recuperado desde: https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19122-2013/4

Ley Nº 19.529 (2017) Salud Mental. Recuperado desde: http://www.asse.com.uy/contenido/Documentos-de-Referencia-Ley-de-Salud-Mental-10377

Ley Nº 19.580 (2017) Ley de Violencia hacia las Mujeres Basada en el Género. Modificación a Disposiciones del Código Civil y Código Penal. Derogación de los Artículos 24 a 29 de la Ley 17.514. Recuperado desde: https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2017/leyes/12/mides_269.pdf

Ley Nº 19.684 (2018) Ley Integral para Personas Trans. Recuperado desde: http://www.impo.com.uy/bases/leyes/19684-2018

Ley Nº 19.691 (2018) Ley de Empleo en el Ámbito Privado Para Personas con Discapacidad. Recuperado desde: https://medios.presidencia.gub.uy/legal/2018/leyes/10/cons_min_733.pdf