



Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República
Licenciatura es Sociología
Tesis de Grado

**Suicidio y Modernidad:
barreras para el acompañamiento del duelo por suicidio
a partir de las representaciones socioculturales de muerte.**

Victoria Salmantón Montes de Oca
Tutor: Pablo Hein Picó

2022

Índice de contenido

Resumen.....	3
1. Introducción para ser leída.....	4
2. Miradas sobre la muerte.....	6
3. Antecedentes sobre muerte suicida y familia.....	15
4. Lineamientos teóricos para un enfoque sociológico.....	17
5. Fundamentación del problema.....	20
6. Construcción del problema de investigación.....	21
6.1 Preguntas de Investigación.....	23
6.2 Objetivos de investigación.....	23
7. Metodología.....	24
8. Análisis.....	25
8.1 Representaciones de muerte y suicidio.....	26
8.2 Representaciones de los actores respecto a los familiares de personas suicidas.....	29
8.3 La Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio y su dinámica de trabajo.....	33
8.4 Suicidio y el sistema de salud.....	39
8.5 El relato de una madre.....	43
9. Conclusiones.....	45
Referencias Bibliográficas.....	50
Anexos.....	52
Anexo 1: Comentarios metodológicos.....	52
Anexo 2 : Políticas en Prevención de Suicidio en el Uruguay.....	54

Resumen

Esta tesis explora las políticas sanitarias público-privadas referentes a la muerte suicidio, así como el tratamiento de ese tipo de muerte en la esfera cultural y social a partir de una revisión a los valores y actitudes que promueve el modelo de muerte actual. Desde un enfoque cualitativo, abordaremos el escenario institucional de la postvención en suicidio, es decir, el apoyo que se le puede brindar en el país, a las personas allegadas y familiares luego de una muerte por suicidio, para lograr sobrellevar el dolor, y reconstruir su vida. Trabajaremos la idea de que el tratamiento sociocultural e institucional del suicidio y las formas de abordar el acompañamiento a familiares, tienen un trasfondo en la evolución de los discursos de muerte, que difieren según el momento histórico, la estructura de la sociedad y los actores sociales. Como lineamiento general encontrado, a la hora de identificar debilidades para la creación de estrategias de postvención, e indagar las representaciones sociales y culturales que tienen sobre la muerte suicida los decisores de posibles estrategias, respectivamente podemos adelantar la presencia de barreras políticas, económicas y socioculturales, junto con un estancamiento en la evolución del modelo de muerte imperante que obstaculiza el terreno hacia la postvención y contribuye con una representación de la muerte suicidio asociada a enfermedades de salud mental y proveedora de un estigma negativo para el entorno familiar.

Palabras clave: Muerte Suicidio. Postvención. Sobrevivientes. Modelos de Muerte.

1. Introducción para ser leída.

La muerte es un hecho inherente en la vida humana, que en las sociedades modernas contemporáneas ha perdido el lugar protagónico que supo tener, como proceso sentido, consiente, aceptado y reflexionado por la comunidad y las sociedades. Los propios cambios en la dimensión social, cultural, política y científica que se dieron con la modernidad provocaron la revalorización de la vida y el cuidado corporal; situaron al hombre como centro de la vida, abandonando a la religión como mecanismo para darle sentido y le otorgaron peso e importancia a la racionalidad médica. Esto, despojó y abandonó el sistema social de muerte construido y produjo una mutación y alienación social y cultural a la hora de lidiar con la muerte propia y de otros, al mismo tiempo que le asignó una carga emocional y dramática a la muerte, triunfando el ocultamiento y la estigmatización hacia alguna de sus formas.

La muerte es individual, pero posee una dimensión social que hace referencia a la afectación que produce sobre quienes se relacionan con el moribundo, así como su dimensión cultural remite a los intentos humanos por entenderla, darle sentido, aceptarla e intentar integrarla a lo cotidiano, (al mismo tiempo que se buscan mecanismos para evadirla). Cada sociedad ha creado a lo largo de los años, su propia forma de gestionar y entender la muerte y sus procesos, generando así, sistemas sociales de muerte: un cúmulo de significados, prácticas, y discursos colectivos, que crean una historia a partir de la cual la muerte cobra sentido y es integrada a la sociedad. Estos sistemas, se han convertido en el canon para afrontar la muerte tanto propia como ajena, un mecanismo de defensa y aceptación, que da origen a las representaciones que las personas tienen de la muerte en cada sociedad. Con ello, al mismo tiempo que se logra el entendimiento social de la muerte, también se legitima el dolor social de la pérdida. Esto es, se establecen ciertos mecanismos aprobados socialmente que modelan las formas para transitar y procesar el dolor por la muerte ajena o propia, por lo cual, las dimensiones de individual, social, y cultural, también son aplicables al dolor ante la muerte ya que su forma de manifestarse estará condicionada por las normas del sistema de muerte con las que los individuos de una determinada sociedad aprenden a visualizar e interpretar ese dolor.

A pesar de que cada sociedad genera su propio sistema y éste va cambiando con el tiempo, en cada momento histórico existe cierta homogeneidad en la forma en que las sociedades gestionan y entienden la muerte y también una cierta cronología común en la que se producen los cambios. La evolución general de los discursos de muerte va desde un discurso mágico y religioso en donde el sistema de muerte se reduce a la voluntad de dios y la creencia en el mal, pasando luego a un discurso laico, con centralidad en “la buena vida” y los descubrimientos científicos como oportunidades de posponer la muerte, para finalmente llegar a la actualidad en la que existen una proliferación de discursos que son reflejo de la complejidad y los valores que se defienden en cada

sociedad dentro de la época y de la herencia de los discursos anteriores. Esta proliferación de discursos hace que la muerte esté sujeta a la propia interpretación, sin perder el marco común de cada sociedad, y que a la vez hablar de muerte implique distintas formas de entender la finitud de la vida.

Cada modelo de muerte interioriza en la sociedad formas aceptadas y rechazadas, naturales y condenadas de morir, y la sociedad ante los principios imperantes del modelo vigente rechaza, esconde y silencia en distinta medida las diferentes formas o procesos de morir, y por consiguiente despliega mecanismos de reconstrucción y (no)acompañamiento social diferentes en función del cómo y el cuándo del morir. El sistema social de muerte que rige actualmente en nuestro país, aún no ha logrado incorporar socialmente ciertas muertes violentas y/ o repentinas de una forma tal que quienes sufren por la pérdida, cuenten con un acompañamiento social e institucional como herramienta para sobrellevar el duelo de un ser querido. Si bien estamos en un momento histórico en el cual es viable pensar incluso en nuestro país, en redes sociales e institucionales de acompañamiento ante la muerte asistida o en casos de homicidios, si pensamos en el acompañamiento social e institucional para allegados y familiares en el caso específico de la muerte por suicidio, bajo modelos de muerte modernos, es un escenario de incertidumbre, casi inexistente. Cuando la muerte, se designa suicidio se despliegan un montón de tabúes desde el punto de vista social, científico y sanitario que transforman al duelo en un proceso más lento, doloroso y solitario. Por ello, el suicidio es una realidad social silenciada e invisibilizada en Uruguay que entre otras cosas deja como legado para las personas allegadas y familiares, una afección muy grande, culpa, muchos cuestionamientos, y un estigma negativo, además de demostrar indirectamente, que el tránsito por la vida no está exento de sufrimiento.

Para lograr deconstruir las asociaciones sociales negativas, simbólicas e identitarias, que implica la palabra por una parte y el acto suicida por otro, y que luego se proyectan en el duelo familiar, el papel político institucional es fundamental, y también el del sector científico-sanitario. Estos son los que tienen actualmente bajo su cargo el control de la muerte y “su conocimiento”; como tales, tienen la capacidad y el reconocimiento social para influir en la experiencia de duelo. Asimismo, tiene jerarquía para funcionar como ejemplo a seguir dentro de la sociedad. Es en dichos ámbito institucional uruguayo, médico-académico-organizacional, y en sus actores relevantes en donde ésta investigación pondrá el foco, para comprender el (no)acompañamiento institucional y social que reciben los familiares post suicido al momento de afrontar la pérdida. A nivel político e institucional desde el 2004, en nuestro país se han sucedido varias estrategias para prevenir suicidios pero la rama de la postvención no es algo abordado. Tomando la idea de Gil Villa, es razonable pensar que, si comprendemos el suicidio desde lo colectivo, como algo social, si derribamos las creencias y los

prejuicios que las personas tienen sobre ella, estaremos más preparados para afrontarlo, para ser agentes disuasivos y para comprender el sufrimiento de los familiares cercanos e intentar aliviarlo, institucional y socialmente.

2. Miradas sobre la muerte

Este apartado busca introducir a algunas miradas histórico sociológicas sobre la temática que abordamos, para una comprensión integral de su estado actual, sus diferentes manifestaciones y consecuencias, brindando así, herramientas para el entendimiento del suicidio dentro de esas directrices de muerte.

A lo largo del tiempo varios profesionales de las ciencias sociales se han embarcado en la creación de tipologías o modelos de muerte con el objetivo de demarcar y agrupar los cambios en la forma de entender, gestionar y vivenciar la muerte, para lograr una comprensión relativa de su forma actual. Para este trabajo son de particular interés dos tipologías, por una parte la de Philippe Ariès quien realiza una cronología, desde un enfoque histórico, de la evolución de la idea de muerte en las culturas occidentales desde la temprana Edad Media situada en el siglo V hasta la segunda mitad del siglo XX, y por otra parte la de Tony Walter quien desde un paradigma más sociológico, amplía el enfoque de Ariés, llevándolo a su contemporaneidad y considerando un conjunto de variables fundamentalmente sociológicas que denotan las grietas y quiebres que se han dado en la dimensión sociocultural de la muerte a lo largo del tiempo.

A continuación, expondremos ambas tipologías, útiles para solventar la investigación, con centralidad en los enfoques de cada autor y las características de cada una de las etapas. ¹

Philippe Ariès elabora su tipología tomando como referencia los cambios que se dan en cuatro elementos psicológicos de la personalidad individual: la conciencia de sí mismo; los otros como defensa de la sociedad contra la naturaleza salvaje; la creencia en la sobrevida y la creencia en la existencia del mal. A partir de ese análisis identifica desde el siglo V hasta mediados de siglo XX cinco modelos de muerte conformados dentro de dos grandes modelos: por un lado, la Muerte Domada en donde las amenazas de la muerte se atacan de manera social y comunitaria, con la ayuda de la espiritualidad y el ritual, y por el otro la Muerte Invertida donde la defensa deja de ser social y pasa a construirse la idea de que esta debe ser una fuerza fundamentalmente individual.

El primero de los modelos, la Muerte Domada, comprende a su vez otros tres sub-modelos sucesivos que son consecuencia de mutaciones de los anteriores. Las mutaciones de la Muerte Domada comienzan a manifestarse a partir del siglo XI donde emerge la Muerte Propia, luego la

¹ Se tomara como base para la síntesis de ambas tipologías la tesis doctoral de Ricardo Jiménez Aboitiz: “ ¿De la muerte negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: Muerte sufrida, muerte vivida y discursos sobre la muerte. (2012)

Muerte Lejana y Próxima, y finalmente la Muerte del Otro, hasta la irrupción de la Muerte Invertida a mediados del siglo XX.

La Muerte Domada caracteriza a un período de tiempo en el cual la muerte era el acto dominante de la vida cotidiana, pero era un acto social. “La muerte era algo natural para las gentes de la época, que estaban constantemente esposados a ella; no era una posibilidad remota en el futuro, sino la verdadera dominante de la vida cotidiana” (Jiménez Aboitiz,2012).

Las personas que iban a morir eran conscientes de su situación y eso les permitía prepararse y comenzar con los rituales de defensa contra los miedos por el morir y la muerte. Los rituales y ceremonias dotaban de significado y racionalismo un suceso único e inexplicable en sí mismo. Eran actos civiles, el papel de la iglesia consistía en reunir a las personas y absorber el acto. Al mismo tiempo, la consciencia de la muerte y los rituales lograban la ausencia de dramatismos en y para con el acto de muerte, por parte de todos los miembros, e incluso dotarlo de un carácter festivo y alegre, lleno de excesos donde el moribundo era el protagonista. No había gran impacto emocional debido a que los miembros de la comunidad sentían que con las ritualísticas aprisionaban a la muerte, obtenían cierto control y lograban darle al moribundo un reposo pacífico hacia el verdadero fin de la vida. El fallecimiento de un individuo suponía la desaparición de la persona y eso alteraba la dimensión espacial y temporal del grupo social, obligaba a la reconstitución del grupo social. La muerte era individual pero social, personal, pero vivida en comunidad. “La vida de cualquier miembro del grupo no constituía un destino individual para sí mismo, sino que formaba parte de una cadena ininterrumpida por la que se aseguraba la continuidad del grupo. Así, el individuo que moría, y los vivos que lo rodeaban, asistían a un ritual solidario que los enlazaba comunitariamente entre el pasado y el futuro.”(Jiménez Aboitiz,2012)

A pesar de que los rituales que domesticaban la muerte en ese período eran ceremonias festivas, lúdicas y alegres, la muerte no era vivida como un fenómeno neutro, siempre se consideró una desgracia, (justificada para el cristianismo en el pecado original), que ponía a prueba la capacidad de la comunidad para mantener la continuidad de la especie. “La muerte de un componente del grupo era temida no sólo porque lo debilitaba, sino sobre todo porque “abría una brecha en el sistema de protección alzado contra la naturaleza y su salvajismo” (Jiménez Aboitiz,2012). Particularmente la muerte súbita e inesperada se consideraba una maldición, una consecuencia del descontento de Dios, privaba al individuo de su muerte y al entorno social de su aceptación. Era fuente de vergüenza social y no se debía hablar de ella cuando sucedía.

Esta forma de vivenciar la muerte, tanto propia como de otros, permanece inalterada hasta el siglo XI, momento en el cual surgen modificaciones en dos de los parámetros psicológicos (la consciencia de sí mismo y la creencia de la sobrevivencia) provocando el advenimiento de **la Muerte**

Propia, modelo que asienta la idea de destino individual y desaparece al destino colectivo como valor fundamental. Los individuos del grupo social comienzan a reconocerse en su propia muerte y eso hace que exista una consciencia del yo separada a la consciencia del nosotros.

Se desarrolla la idea de que las acciones individuales pueden ir en dos direcciones, el bien o el mal, y su destino será evaluado en el lecho de muerte determinando una buena o mala muerte. A partir del cambio en la idea de destino y la consciencia de sí, la muerte se cubre de dramatismo y carga emocional, comenzando a personificarse a través de la sepultura con nombre y apellido y/o el desarrollo del arte funerario. Es una determinada persona del grupo social la que muere y las distintas muertes no se ponderan de la misma forma para la unidad social, aunque todas siguen siendo un fenómeno social.

En paralelo, se da una transformación de los rituales para afrontar la muerte, pasan de ser fundamentalmente civiles, a religiosos. En este modelo la posibilidad de una muerte individual mala genera terror, al mismo tiempo que siembra cierto amor y arraigo a la vida. Simultáneamente, para el moribundo no era necesario vivir una vida virtuosa debido a que los hombres de la iglesia evaluarían la biografía de la persona, existiendo la posibilidad de que su actitud en el momento de muerte y sus disposiciones testamentarias compensaran los efectos del individualismo, le quitaran la angustia al moribundo y lo condujeran a una buena muerte. Con respecto a la defensa de la sociedad contra la naturaleza salvaje de la muerte, se busca disimularla ocultando el cadáver envuelto dentro del ataúd para evitar rasgos de la persona muerta, que daban miedo.

A partir del siglo XVI los cambios que dieron lugar a la Muerte Propia se profundizan derivando en el tercero de los sub-modelos, **la Muerte Lejana y Próxima**. En este período, el acto de fallecer en el lecho de muerte pierde su significado para el ritual y se comienza a entender a la muerte espiritualmente como el fin de la vida. Se instala la idea de que la persecución de una buena vida prepararía a la persona para una buena muerte, independientemente del momento en el que llegara. El arte de morir, propio de los modelos anteriores es sustituido por el arte de vivir. “(...) ya que una buena vida aseguraba una buena muerte, la preocupación por esta última se hizo más remota” (Jiménez Aboitiz,2012)

Si bien este modelo aliviaba la inquietud espiritual del morir debido a que existía un método explícito que seguir para lograr el buen morir, respecto a la muerte física y el cuerpo muerto surgen sentimientos indefinidos y ambiguos, la dimensión física del morir, que comenzó a tener cierta visibilidad en el modelo anterior, pasa a generar cada vez más inquietud y miedo, pero también provocó curiosidades y ciertos grados de embellecimiento “en lo que entonces tenía de lejano, fue acercada y fascinó, provocó las mismas curiosidades extrañas, las mismas imaginaciones y las mismas desviaciones perversas que el sexo y el erotismo” ((Ariés, 1983) en Jiménez Aboitiz,2012).

La Muerte Lejana y próxima siembra las semillas y da lugar a **la Muerte del Otro** en el siglo XIX, período en el cual se modifican los cuatro parámetros psicológicos de referencia. La reacción social ante la muerte se transforma en un híbrido entre la familiaridad del modelo tradicional y el salvajismo absoluto. Desaparece el temor al infierno, ligándose la muerte a la idea de lo bello y lo patético, a la vez que el cielo pasa a ser un lugar de reencuentro entre las personas cuyos vínculos se rompieron por la muerte.

Aparece como orientación fundamental frente a la muerte el sentido del Otro. “No importa qué Otro, pero sobre él/ella se concentrará una afectividad sin límites, su ausencia no se soportará y su pérdida desencadenará una crisis dramática (...)”((Ariés, 1983) en Jiménez Aboitiz,2012). El papel de la colectividad como paliativo a las aflicciones y miedos del moribundo pasa a ser responsabilidad de la familia nuclear, duele la separación física del familiar con la persona amada. Los rituales sociales de despedida, en el lecho de muerte para brindar un buen partir al moribundo, son sustituidos por expresiones espontáneas de pasiones, gritos, lloros y rezos en una ceremonia limitada a los más allegados. Lo intolerable de la pérdida genera exageraciones en el luto y nuevos cultos a las tumbas y cementerios, como las visitas continuas para exteriorizar el dolor y generar la idea de inmortalidad del moribundo cuya presencia física ya no existe.

Hasta aquí, los cambios en la actitud ante la muerte conducidos por la evolución de los aspectos psicológicos y los correspondientes cambios estructurales generaron oscilaciones en diferentes planos, por un lado en el papel que juegan los distintos actores sociales e institucionales en los procesos de muerte y del morir, y por otro en la funcionalidad, gestión y desarrollo de rituales. Sin embargo, aunque los actores fueron distintos según iban sucediendo los modelos, y la sociedad entendida como conjunto de contención humana y recíproca ante la muerte fue perdiendo peso, la muerte nunca dejó de ser algo social y público. Ahora bien, a lo largo del siglo XIX surgirá con base en los valores del modelo anterior, **la Muerte Invertida**, modelo que se cristalizará en el siglo XX y modificará ese rasgo milenar por el cual será la oposición total a todos los anteriores.

Bajo este modelo, “El morir y la muerte dejan de ser experiencias personales y sociales importantes, que dotan de sentido a la vida conformando la identidad, y pasan a ser meros sucesos personales, dramáticos y dolorosos para quien muere y sus allegados, pero que sobre todo absorben el tiempo y la energía de los demás frenando el discurrir de la vida social. La familiaridad y el enfrentamiento abierto y público de la muerte dejando paso a las actitudes vergonzantes, de ocultación y silencio características de los tabúes”(Jiménez Aboitiz,2012).

Se reforzaron algunos de los cambios estructurales producidos con la Muerte del Otro como ser el sentimiento de privacidad que comenzaba a tener la muerte en ese entonces y la focalización del tratamiento del tema en el círculo íntimo de la familia nuclear.

En simultáneo, el progreso científico-tecnológico, sus conquistas en el plano de la enfermedad y la prolongación de la esperanza de vida, genera la profesionalización y medicalización de la muerte con sus respectivas instituciones y actores adjudicados con el rotulo de especializados en el tema y con el poder para domesticar la mortalidad, debido al fin de la creencia en la sobrevida y la consiguiente declinación del apoyo religioso de salvación. Este hecho libera a la familia y la comunidad de la responsabilidad y la preocupación de los cuidados del moribundo, consolidando la indiferencia social a la pérdida de los miembros del grupo y la idea de que el enfrentamiento a la muerte era tema más personal que social. Dichas mutaciones estructurales fomentan la inversión del modelo de muerte tradicional, el ocultamiento y rechazo a la muerte y su destierro como proceso que forma parte de la vida cotidiana. Por otro lado, las sociedades en este período postmoderno o tardío son sociedades atomizadas, en donde el tiempo y la productividad no pueden frenar para afligirse por la muerte de un miembro, ni siquiera siendo éste uno cercano. Es así, que la ocultación de la muerte y el duelo, sumado al silencio de las enfermedades se transforman en un pilar para contribuir a la felicidad colectiva y seguir el curso de la vida como es debido.

Con esta síntesis se trata de aportar elementos para la apreciación de que los discursos de muerte van mutando desde un escenario en donde es pública, naturalizada, vivida en sociedad y provista de significados místicos y religiosos, hacia su polo opuesto en donde es algo oculto, individual, desprovisto de todo significado más allá del de la finitud de la vida, y un estorbo para la continuidad de la vida societal. Pensado en los sistemas de muerte de las sociedades actuales en las que vivimos, y en cómo hoy en día enfrentamos, reflexionamos y sentimos la muerte o el proceso del morir, decir que las sociedades actuales han seguido la orientación de la Muerte Invertida, intensificando incluso algunas de sus características con la ayuda de la ciencia, la técnica y la separación tajante entre lo que puede ser un asunto público y lo que es personal y privado, no es erróneo, pero tampoco refleja con precisión la forma en la que las sociedades gestionan y entienden la muerte en la actualidad.

Desde un escenario temporalmente más cercano y trasladable a la actualidad, el sociólogo Tony Walter realiza otra tipología para analizar la muerte en su época, basado en la idea de que la multiplicidad de discursos actuales sobre la muerte son consecuencia de la complejidad de las sociedades y de la coexistencia de varias mortalidades supervivientes. Propone tres tipos ideales de muerte: Muerte Tradicional, Muerte Moderna, y Muerte Neomoderna. Estos tipos de muerte se construyen a partir de la tipología de Ariès pero cambia el foco de interés hacia las dimensiones sociales y culturales que están en juego en lo que al entendimiento de la muerte y sus procesos se refiere, y que aportan a los cambios en los sistemas sociales de muerte que se han dado a lo largo del tiempo. Las variables socioculturales de interés para esta tipología son: Contexto corporal, Contexto social, Autoridad, Enfrentamiento a una muerte, Valores, El viaje. De nuevo, estos tres

modelos son sucesivos pero cada uno hereda algunas secuelas del anterior, incluso pueden coexistir en algunos momentos históricos.

La Muerte Tradicional es el tipo de muerte heredada de la Muerte Domada y sus transformaciones. Define un momento histórico en el cual la concepción religiosa sobre la naturaleza y el mundo logra que el sentido de la muerte no se cuestione y reine la visión determinista de que el mundo es como se muestra y la capacidad de acción es nula. La muerte se vivía como un simple encuentro rápido, doloroso y consciente, causado fundamentalmente en esos tiempos por enfermedades infecciosas por culpa de la plaga, se extendía fácilmente y atacaba a toda la población, con especial atención en los niños. Los humanos estaban acostumbrados a vivir con la muerte, porque implicaba un ataque a la comunidad y afectaba su estructura de roles debido a la densa red de interacción social que existía en ese momento. Todo esto llevaba a que luego de cada muerte fueran necesarios procesos sociales de reconstrucción de la comunidad.

En este tipo de muerte, característicamente social, Dios y la tradición eran las figuras de autoridad a partir de las cuales se construían los significados y comportamientos ante la muerte. La muerte se producía por voluntad de Dios. “(...) la muerte quedaba explicada por el más allá, siendo su causa inicial el Pecado Original y la consiguiente expulsión de Adán y Eva del Paraíso. Maldición que acompaña a los seres humanos desde su nacimiento y que sólo puede ser mitigada mediante la fe, las oraciones y los rituales prescritos. Discurso que se asentaba en la creencia de una vida después de la muerte, pero sólo para el alma, por lo que las oraciones se dirigían a evitar el castigo y la condena eterna resultante del pecado y con ello garantizar un buen destino al alma de la persona moribunda ya muerta, un final feliz en su viaje de sobrevivencia.”(Jiménez Aboitiz,2012). El discurso religioso imperante promovía por un lado la oración como mecanismo para el enfrentamiento de la propia muerte y por otro el desarrollo de rituales en el lecho de muerte con el sacerdote, la familia y los vecinos, como forma de despedida social. A su vez, el entierro era la norma bajo la creencia de que la descomposición bajo tierra limpiaba la corrupción corporal y purificaba el alma. Finalmente, los valores fundamentales implícitos en el sistema de muerte eran el respeto por el difunto, la familia y para con las marcadas tradiciones sociales que envolvían el morir.

El segundo tipo de muerte, **la Muerte Moderna**, es análogo a la Muerte Invertida en el modelo anterior y domina en las sociedades desarrolladas durante el SXX. Este tipo de muerte es producto de cambios estructurales importantes ligados a la modernización como el desarrollo de conocimiento científico-técnico y su aplicación al ámbito sanitario. Los avances científicos produjeron un cambio en la mentalidad de los individuos debido a que demuestran que el mundo puede estar sujeto al control humano, y se elimina la idea de la sobrevivencia y la muerte como voluntad de Dios. Con este giro, “la medicina representa la mayor esperanza de victoria frente a la

enfermedad, la decadencia corporal y el desplazamiento de la muerte, pero por otro lado, para otra parte significativa de la población resulta menos satisfactoria que la religión, por cuanto su discurso no contiene la promesa de una sobrevivida.” (Jiménez Aboitiz, 2012).

Ya controladas las enfermedades infecciosas, la muerte normal era por cáncer o enfermedades coronarias a edades avanzadas, teniendo lugar en instituciones especializadas (hospitales), fuera del hogar y permaneciendo oculta y silenciada en el entorno de la vida pública. “Ocultamiento que hace que los individuos tengan menos oportunidades que en épocas pretéritas de ver la muerte de los otros, y en consecuencia de ser socializados sobre cómo comportarse frente a ella.”(Jiménez Aboitiz,2012) La medicalización y profesionalización de la muerte enajena la misma y aliena a los moribundos, pero también crea la percepción social de que la muerte está controlada y que enfrentarse a ella no es algo difícil. Bajo el imaginario social la medicina y principalmente el médico, se transforman en la autoridad ante la lucha contra la muerte. Se logra ligar el riesgo de muerte con los elementos estructurales y del estilo de vida personal y se la reduce a una serie de problemas manejables y controlables mediante actividades de promoción de salud que pasan a ser uno de los valores fundamentales, quedando entonces la salud en manos de los propios individuos, mediada por las intervenciones médicas. En este periodo la muerte, es ignorada, algo en lo que no se quiere pensar, y pierde peso ante la vida, en parte también como consecuencia de que los muertos se transforman en personas reemplazables “en las sociedades modernas, con bajas tasas de mortalidad, las probabilidades que tiene un recién nacido de llegar a adulto o a anciano son muy elevadas y, dado que la mayoría de las muertes se producen a edades muy avanzadas, el hueco que deja una persona de edad que fallece está ampliamente colmado, pudiendo ser rellenado en muchos de sus aspectos, echándose en falta en menor medida que en épocas anteriores”(Jiménez Aboitiz,2012)

A diferencia del contexto social del tipo anterior, el relacionamiento social se separa en dos esferas: la vida pública que comprende principalmente el relacionamiento con las personas en el espacio público, de carácter impersonal y utilitario, y la vida privada caracterizada por la expresión de sentimientos, emociones, moralidades y subjetividades, el lugar de las relaciones íntimas. La muerte moderna si bien tiene características que la sitúan en ambas esferas, predominantemente se ubica en la esfera de lo privado. Se transformó en algo aislado para la sociedad gracias a la hospitalización y profesionalización. Como el individuo desarrolla su identidad dentro del ámbito privado, la muerte es una pérdida para la familia, no ya para la sociedad entera, por lo cual la reconstrucción luego de la muerte le corresponde exclusivamente a la familia. Sin embargo, cambia el eje y la forma de la reconstrucción debido a que el familiar ya no pierde su lugar social, sí parte de su identidad, y se pasa de los rituales sociales acogedores y largos en el tiempo, hacia la idea de afrontar la pérdida desde la dimensión interior de la persona afligida, con pocos espacios públicos en el que mostrar su

descontento, organizados también por expertos, y con la exigencia de reincorporarse a la vida social lo antes posible. La separación de las esferas pública vs privada genera que no esté bien visto llevar los problemas privados a la esfera pública, y uno de ellos es el dolor por la muerte de otro, “procede como lo más conveniente socialmente que las personas afectadas muestren coraje guardando silencio, no siendo sinceras sobre sus sentimientos de aflicción y no exteriorizándolos para evitar con ello problemas en la interacción con los otros (...)” (Jiménez Aboitiz, 2012). La muerte moderna esta domesticada, es ex temporaria, discernible y discriminadora, está sujeta al ocultamiento por ser una ruptura de la vida privada y se padece en la ignorancia y de forma pasiva.

Finalmente, **la Muerte Neomoderna** sería un intermedio entre los dos tipos de muerte anteriores. En este caso la forma de vivenciar y entender la muerte no se rige bajo los dogmas de la religión o la medicina, sino que la autoridad para conformar los sistemas sociales de muerte es el propio individuo quien tiene la potestad máxima de su propio proceso de morir, de muerte y de aflicción, llegando así a la conformación de múltiples discursos ante la muerte y su significado. Los individuos dejan atrás la actitud pasiva ante el encuentro con la muerte o la aparición de enfermedades, toman la iniciativa de aferrarse a la vida y con la ayuda del avance médico tecnológico, que aporta una aproximación de la esperanza de vida y el diagnóstico temprano de enfermedades, logran conocer su situación y mediante una serie de actividades y bajo sus propios criterios, viven con una enfermedad terminal buscando que la muerte social coincida con la muerte física. La muerte ya no es más un encuentro, sino que existe una larga planificación humana y científico-biológica de por medio. Dicha planificación y conocimiento ante la propia autoridad, hace difícil el ocultamiento de la muerte y su tabuización, transformándose en una sombra constante tanto para los moribundos como para los allegados, incluso para las personas sanas, ya que los valores sociales los impulsan a actuar en aras de cuidar su salud para prolongar su muerte lo más lejos posible. En este modelo, la muerte atípica y desconcertante es la del joven ya que están dadas las condiciones sociales, culturales y estructurales para que la vida sea larga, prospera y feliz.

La reflexividad imperante, que domina en todos los ámbitos de la vida social tardía, cuestiona todas las certezas anteriores sobre la muerte, sus autoridades, los mecanismos de protección, y los rituales, lo cual hace que cada ser humano tenga que hacerse cargo de su propio trayecto vital, de la prevención ante la muerte y también de las ritualísticas o formas de sobrellevar la pérdida. Ante la ausencia del consenso, se debe vivir con el propio morir para que el cierre de la propia vida sea el subjetivamente correcto, mediado por la psique y el entendimiento. La brecha entre lo público y lo privado se resquebraja, la exposición de afectos ya no debe ser privada, vuelven a aparecer funerales auto-organizados, y reemergen reconstrucciones de diferentes identidades ante la muerte, sostenidas por grupos humanos, pero también por nuevos elementos como libros o distintos tipos de

terapia. La discusión ya no es una reconstrucción interna y solitaria o una reconstrucción externa y acompañada, sino que hay varias posibilidades en juego y la combinación de ambas es una opción. “El proyecto societal central consiste en maximizar el bienestar individual, es decir, no está asentado en la satisfacción de las condiciones materiales sino que cada vez más depende de factores subjetivos, los relacionados con la calidad de vida a juicio de los propios individuos” ((Inglehart, 1998) en Jiménez Aboitiz, 2012).

En este tipo de muerte el moribundo vuelve a tomar parcialmente las riendas de su muerte, desde una nueva perspectiva y mentalidad, a ser consciente y a participar en ella, como supo hacerlo en los tiempos de la muerte tradicional, la sociedad se reconcilia con la muerte y reivindica su papel y su accionar en esta.

A continuación, habiendo explicado los distintos momentos de la muerte desde el mundo occidental, y siendo estos el fundamento de lo que sigue, nos enfocaremos en la situación particular de la evolución y el entendimiento de la muerte en nuestro país a nivel general.

La historia de los discursos ante la muerte en Uruguay no se aleja de ese patrón evolutivo, pero tampoco podemos decir que ha cumplido sin rupturas con los lineamientos temporales y movimientos previstos desde la mirada occidental, pues dicha evolución no es lineal ni idéntica para todas las sociedades. Si tomamos como referencia los modelos anteriores podríamos ubicar al Uruguay del siglo XXI en una combinación paradójica entre la muerte moderna y la muerte neomoderna con características de la primera bien arraigadas y algún elemento de la segunda que hacen que la forma de vivir, entender y gestionar la muerte en el país sea diversa y bastante controversial. Lo que Uruguay adopta o hereda del modelo moderno y mantiene hasta la actualidad es la idea de la muerte como suceso personal y dramático, perteneciente al círculo íntimo y privado, que genera angustia en el moribundo y su familia, sin posibilidad de exteriorización pública, por lo cual la sociedad ha encapsulado a la muerte en un tabú con el silencio y el ocultamiento que lo acompañan. A su vez, esto viene de la mano de los procesos de secularización y reflexividad que eliminan las certezas y derriban los meta relatos referidos a los procesos del morir. Por otro lado, los rasgos que podemos discernir de la muerte neomoderna en Uruguay, tienen que ver más que nada con el plano de los valores. El devenir histórico le exige al individuo que sea la autoridad ante la muerte y la vida, y efectivamente vivimos en una sociedad individualista, meritocrática, de culto hacia el cuerpo, la salud y el buen vivir. Sin embargo, en los tiempos que corren la muerte sigue siendo competencia médica, al igual que continúa la profesionalización de los mecanismos de reconstrucción social post mortem. Esto se debe a que la sociedad no tiene más certezas a las que aferrarse y bajo esa delegación de autoridad mantiene la percepción de la muerte como domada y bajo control por lo cual no hay de qué preocuparse. Asimismo, en la actualidad la muerte y el duelo se viven como procesos psicológicos desde la dimensión interior del individuo, propio del modelo

neomoderno, pero con la prohibición social de hablar y expresar sentimientos ante la muerte o enfermedad. Esto genera que se deba vivir con el morir propio y ajeno en silencio, porque no hay mecanismos sólidos para afrontarlo en comunidad, no se puede hablar del sufrimiento que causa la muerte en una sociedad que sacraliza la vida y no toma a la primera como parte de ella.

Esta combinación de modelos que caracteriza las ideas de muerte en Uruguay es bastante contradictoria y genera un escenario en donde todo atisbo de transformación social hacia una muerte reivindicada y reconciliada es contrarrestado por alguno de los elementos predominantes de la muerte moderna y se vuelve al punto de partida. La eutanasia o el suicidio son dos formas de muerte en la cual el moribundo reivindicaría su poder y al mismo tiempo se reconciliaría con la muerte, sin embargo, algunas de estas siguen siendo formas de muerte que hasta el día de hoy, pertenecen a lo escondido y/o prohibido, desplegando un estigma negativo tanto a nivel individual como colectivo, el cual dificulta el transcurso de un proceso de duelo adecuado y en compañía, para las personas cercanas.

En la sección que sigue expondremos algunos trabajos académicos antecedentes de utilidad, relativos a la situación suicida y de los familiares de suicidas.

3. Antecedentes sobre muerte suicida y familia

Los antecedentes en la temática son muy escasos debido a que el mismo es un tabú sociocultural, y además, dentro de lo que refiere a la muerte suicidio no se le ha dado desde ningún ámbito, visibilidad suficiente a la situación familiar post mortem.

En su búsqueda, se encontraron fundamentalmente estudios acerca de las características del duelo en padres y madres que pierden hijos por suicidio, todos provenientes de la Facultad de Psicología. Es compartida la idea de referirse a los familiares y allegados del suicida como “los sobrevivientes”. Suicidólogos y profesionales de la salud los identifica así, a partir de una analogía creada por Edwin Shneidman, con los sobrevivientes de las catástrofes naturales, como ser terremotos o tsunamis en donde todo lo que es propio y conocido se desmorona y se hace trizas, obligando a la construcción de una vida nueva.

Susana Quagliata (2015) a través de seis estudios de casos de madres que perdieron a sus hijos por suicidio, plantea que el duelo por suicidio posee características distintas a un duelo por otro tipo de muerte. Los duelos por suicidio son “duelos complicados” que se caracterizan por la predominancia de pensamientos de muerte y deseos de morir; deterioro funcional acusado y prolongado; pensamientos intrusivos; y puede que lleven a las personas a desarrollar patologías como ser: trastornos por ansiedad, estrés postraumático, depresión mayor, enfermedades orgánicas, entre otros. Son recurrentes los sentimientos de tristeza; cuestionamientos del cumplimiento de rol como

madres; culpa; e ira para con el suicida. “ (...) las circunstancias trágicas que rodean a la muerte de un hijo, hacen a estos duelos difíciles de sobrellevar.”. Los duelos complicados serían una situación intermedia entre lo normal, lo traumático y lo patológico.

Loitegui (2008) plantea que “el duelo cumple con una tarea mental muy específica, devolver el equilibrio psíquico al doliente y anteponer paulatinamente los límites temporales que permitan reorganizar sus vidas y sus sistemas de creencias. La tarea implica la recuperación de la capacidad para redistribuir la energía hacia otros objetos significativos en su vida.” (en Quagliata, 2015).

El suicidio de un hijo es un hecho muy traumático, “La sobrevivencia a la experiencia del suicidio de un hijo/a implica soportar un impacto altamente traumático y doloroso que daña el sistema de equilibrios del sujeto. Del mismo modo constituye una amenaza para la integridad psicológica y física, trastocando la propia identidad” (Pérez-Sales, 2006) en Quagliata 2015). Asimismo, implica la alteración del orden biológico de la vida, es el padre el que debe morir primero. Lo inesperado del hecho se visualiza en que no existe (exceptuando el lenguaje hebreo), palabra que de nombre al padre que pierde un hijo, como si existe palabra para el hijo que pierde al padre, o el esposo que pierde a la esposa.

El suicidio de un familiar, genera reacciones sociales ante los familiares, como ser el ostracismo. Las madres del estudio expresan falta de aceptación social frente a esa situación de pérdida; y ser evitadas por todos aquellos con quienes en algún momento tuvieron trato, como sus compañeros de trabajo. Como plantea Stephens (en Quagliata, 2015): “(...)la pérdida de un hijo es el viaje solitario y desolado que una persona puede vivir.”

“El estigma social no permite al sobreviviente expresar su dolor y construir significados en torno al suicidio, lo cual puede complicar el duelo”(Quagliata, 2015) y por ello es una situación familiar que tiende a esconderse. El estigma es un obstáculo para el duelo porque fortalece la culpa hacia los familiares o personas cercanas y así, se impone sobre los familiares vivir las consecuencias del suicidio.

Se plantea al acto suicida como un acto individual con repercusiones violentas sobre la sociedad, el entorno y las familias.(Quagliata, 2015)

Según los estudios revisados, ante el suicidio de un hijo hay padres que consideran que deben morir como castigo y otros creen que deben vivir con la culpa, ese sería su castigo. A su vez, estos últimos se transforman en una especie de predicadores de las consecuencias del suicidio y su prevención, bajo la idea de que si no se ayuda a alguien más, el duelo y la tristeza es interminable.

Desde la Antropología, Nicolás Guigou (2017) abandona la idea del suicidio como algo individual y habla de situación suicida entendiendo al suicidio como un conjunto de relaciones sociales y simbólicas de unos para con otros.

Plantea que en nuestra cultura, como el estigma social no puede llegar a la persona que se suicidó, se traslada automáticamente hacia los vivos, estigmatizándolos y culpabilizándolos. Así, “(...) si bien no hay un ritual de rechazo socialmente codificado hacia el suicida, existen ritualísticas, como la estigmatización de los vivos del entorno del suicida, que colaboran a que la situación suicida no se vuelva visible y trate de mantenerse en secreto. La vergüenza y el ocultamiento con que el entorno afectivo y grupal del suicida vive su ausencia, constituyen parte de los efectos de esta ritualística” (Guigou ,2017).

La situación suicida contempla elementos sociales porque la red de vínculos en la cual el suicida se movía se ven afectados. En primer lugar, quedan condenados (por decirlo de alguna forma) a tener que ocultar esa muerte para librarse del estigma y por el miedo de la repetición del acto, bajo la creencia del falso mito del contagio suicida; y en segundo lugar, los sobrevivientes heredan y transfieren el silencio de generación en generación, “(...) la imagen del suicida resulta por demás incómoda en la medida que impide un relato feliz o reconciliatorio pleno, señalando una anomalía que después que aparece, es difícil de ser disimulada” (Guigou, 2017). Se aísla al suicida también desde su entorno, no se lo menciona, lo que el autor plantea como una segunda autoeliminación pero en este caso social.

Ante un suicidio es el sobreviviente el que calla porque a la sociedad le resulta incómodo el tema; a partir de ese momento se encuentra incomprendido y solitario, como lo demuestra uno de los estudios de caso en Quagliata (2015) “(...) será que uno tiene que estar con la gente que le pasó lo mismo o, por lo menos, que perdieron hijo/as, entonces, pueden saber lo que es perder un hijo/a y, a lo mejor, en ese lugar, uno puede decir las cosas abiertamente”.

El autor deja, a la lectura de todos, como el silencio y lo no dicho constituye una forma de violencia extrema y complica la existencia. El silencio refuerza el desamparo; “lo no dicho, lo que se mantiene en silencio, pretende remitirse al terreno de la inexistencia. Pero lo no dicho está allí, como inscripción incómoda, dando forma a todos los parloteos, atravesando todo lo que hablamos, envuelto en un silencio que parece tener vida propia y autonomía, obligándolos a reconocerlo en todas sus improntas, nervaduras, huecos y emergencias.”(Guigou ,2017)

4. Lineamientos teóricos para un enfoque sociológico

El suicidio y la muerte son temas que, tanto juntos como separados son silenciados: “se esconde detrás de las bambalinas de la vida social” y se excluye de la vida pública (Elías, Norbert,1987). Pese a que la muerte es la única certeza de nuestras trayectorias vitales, paradójicamente se evita hablar de ello.

Es comprensible que si la muerte es reprimida individualmente mediante el funcionamiento de mecanismos de defensa psicológicos (Elías,Norbert,1987) y socialmente mediante el

desencadenamiento de sentimientos de vergüenza y embarazo al estar cerca de algún individuo moribundo (sentimientos generados por el desarrollo civilizatorio a lo largo de los siglos), el suicidio sea doblemente rechazado e incomprensible, entendido como muerte sucia.

En la misma línea que Ariès, Norbert Elías (1987) expresa que existe una represión social e individual de la muerte y un encubrimiento del hecho de la finitud de la vida. El “vacío cognitivo” sobre el tema conduce a que aquellas personas que no ven a la muerte como algo cercano, generen una incapacidad de identificarse con las personas longevas y los moribundos, provocando un aislamiento precoz de estos en la sociedad. Ese aislamiento hace que el moribundo además de lidiar con la causa que lo conduce a la muerte orgánica, con la pérdida de autonomía que eso implica, tenga que lidiar con lo que Jesús de Miguel llama la muerte social (De Miguel,1995) que es el proceso mediante el cual el individuo moribundo es desplazado y apartado de la vida social por su propio entorno provocando en el primero un sentimiento de soledad, menosprecio e insignificancia de su propio ser por parte de los otros.

Estos autores, ayudan a comprender la postura actual de rechazo hacia la muerte y el suicidio, que tienen las sociedades. Asimismo, develan el hecho de que cuando las personas están en duelo tanto por la propia muerte como por la de alguien cercano es cuando más se las deja solas, resultado del sentimiento de antipatía hacia el otro y la idea moderna de que la muerte es algo personal.

Por su parte, Juan Carlos Pérez Jiménez (2011) nos ayuda en la comprensión de la invisibilidad social del suicidio que, en parte, se deriva del rechazo a la muerte. Plantea que el ocultamiento del suicidio se justifica en el hecho de que implica un cuestionamiento de la existencia y el valor de la vida, tema incómodo y difícil de afrontar, por lo que su enmascaramiento es socialmente beneficioso.

Asimismo, expone al suicidio como una acusación hacia el poder político debido a que se considera evidencia de su insuficiencia “a la hora de proteger, hacer justicia y proporcionar una vida satisfactoria a la población” (Pérez Jjiménez,2011). Los suicidios consumados y los intentos amenazan la integridad de una sociedad porque “perturban la consciencia de la sociedad incapaz de asegurar la felicidad de sus miembros o cuando menos ofrecer el consuelo necesario que demandan los infelices” (Pérez Jiménez,2011).

También acusa a los miembros de la sociedad, ya que se elige morir antes de seguir viviendo en las condiciones actuales, de las cuales todos hacemos parte. Esta perspectiva es compartida por Payá et al.(2012), quienes plantean que el acto suicida no puede ser comprendido como un arrebato inmedatista, sino que está enmarcado y adquiere significado en función del contexto en el cual se movía y las relaciones sociales que mantenía el suicida. Las relaciones familiares y del individuo con su grupo de pares son importantes para entender la decisión del suicido. A su vez, demuestran que las cartas póstumas, junto con la forma de morir, el lugar y el momento elegido por el

individuo, no son decisiones aleatorias sino que tienen un significado tanto para el que muere como para otros cercanos a la persona. Son la última explicación que deja el individuo a otros para comprender la decisión del suicidio y en muchos casos, también son la manera de otorgar la culpa de la muerte.

Pérez Jiménez expone que el suicidio desde el principio de los tiempos fue considerado como un pecado, bajo el fundamento de que los hombres no eran dueños de su propia vida, sino Dios; luego fue considerado como un crimen, para finalmente a partir del siglo XVII aproximadamente, pasar a ser un acto cometido por “enfermos de melancolía” y, por tanto, personas afectadas mentalmente. Como plantea G.H.Colt, “El acto autodestructivo pasó de ser considerado como un pecado o crimen para ser tomado como algo anormal y enfermo” (en Pérez Jiménez. 2011). Desde ese momento el suicidio se explica “en términos patológicos de lesiones cerebrales, enfermedades mentales, marginalidad o afecciones hereditarias” (Pérez Jiménez. 2011).

Otro de los factores que contribuye a la invisibilidad social del suicidio es la creencia en el llamado Efecto Werther. Se trata del efecto imitativo de la conducta suicida.² Como consecuencia de la constatación de “contagio” se crearon manuales internacionales para los periodistas relativos a cuándo y cómo informar de un suicidio, pero como plantea el autor “la bien intencionada cautela informativa ha derivado en un silencio sepulcral en torno a una de las cuestiones que mayor atención requiere en nuestros días” (Pérez Jiménez. 2011). El método que se encontró para prevenir los suicidios fue dejar de informar, se quería controlar la voluntad de suicidio mediante el silencio. “La controvertida naturaleza del suicidio, la posibilidad de contagio, la multitud de recomendaciones a las que se enfrentan los comunicadores al abordar una forma de muerte que es material altamente inflamable, hacen que resulte más cómodo y teóricamente más seguro no abordar la cuestión para no generar más víctimas”(Pérez Jiménez. 2011)

Por otro lado, utilizando la teoría de Honneth (2011), podemos definir al suicidio como una patología social, en el sentido de que es un acto que comparte con las enfermedades psíquicas la característica de restringir o deformar la posibilidad de una vida, que se presupone como normal o sana. Como ya señalamos anteriormente, a partir de un suicidio los sobrevivientes comienzan a cuestionarse y culparse acerca de las señales que no fueron vistas. El suicidio desata ataques y prejuicios para con la familia del suicida, cuyo único recurso de defensa para evitar esas reacciones es disfrazar el acto suicida como si fuera una muerte accidental (Pérez Jiménez,2011). A su vez, para los familiares, los vínculos sociales que mantenían antes del suicidio se vuelven hostiles luego

² Dicha conducta deriva su nombre de la novela escrita por Goethe en 1774 *Las penas del joven Werther*, cuyo protagonista sufre por amor y se suicida. Luego de lanzada la obra muchos jóvenes se mataron imitando el modo, la vestimenta y el motivo de dicho protagonista. A partir de esto, el sociólogo David Phillips realizó un estudio entre 1947 y 1968 que demostró que el número de suicidios aumentaba en los Estados Unidos al mes siguiente de que el New York Times publicara noticias relacionada con un suicidio. (Extraído de Wikipedia Efecto Werther [online] (actualizado setiembre 2018) Disponible en https://es.wikipedia.org/wiki/Efecto_Werther > [acceso 24/1/19])

de éste. Por todo ello, la vida deja de ser “normal” para los sobrevivientes. Estos últimos pasan a ser “hombres invisibles”, personas que aun siendo de carne y hueso, no se les quiere ver. La invisibilidad los hace desaparecer en el sentido de la no existencia social y para las personas afectadas dicha invisibilidad posee un núcleo real, ya que se sienten como no percibidas.

5. Fundamentación del problema

La relevancia social de la presente investigación emerge a partir de la comprensión del suicidio como un fenómeno prevenible que está cada vez más presente a nivel mundial y regional. Uruguay tiene una de las mayores tasas de la región, en crecimiento constante desde hace 20 años. El suicidio no es un acto que comience con la idea suicida y finalice con la consumación de la propia muerte, sino que se prolonga hasta un tiempo indeterminado, con el sufrimiento de los familiares y personas cercanas que tienen que continuar viviendo sin la presencia del occiso y cargar con el estigma que este les hereda. En las sociedades contemporáneas se niega el suicidio e ignora el dolor adyacente de los familiares que sufren la incomprensión del entorno social. El estado de vulnerabilidad de quienes sufren un suicidio no solo no es aliviado por los dispensadores de consuelo, como la religión, sino que suele ser agravado por los mismos. (Pérez Jiménez,2011). Los sobrevivientes cargan en su espalda el peso de un suicidio y el entorno social los priva de su mirada y contención. Bajo el supuesto de que los procesos de duelo deben ser individuales pero no tienen que llevarse a cabo en solitario y considerando al suicidio como fenómeno social, es necesario entender cuáles son los factores que obstaculizan la puerta de entrada a un posible comienzo de reconstitución vital y social del sobreviviente, y estudiar el impulso de estrategias o políticas de postvención como un intento de resiliencia asistida, para lograr que los sobrevivientes transiten el resto de su vida de la forma más “sana” posible y la herencia del estigma suicida desaparezca. Paralelamente, es importante indagar las políticas existentes sobre suicidio, y las representaciones que tienen los actores vinculados a estas, para abrir camino a la comprensión de las carencias en postvención.

Desde el punto de vista social la muerte suele ser entendida en las sociedades contemporáneas como un acontecimiento biológico y privado. **La mirada sociológica que presento en esta tesis muestra que una comprensión sociocultural de la muerte ayuda a entender los tipos de acompañamientos sociales e institucionales de las personas en duelo. El foco en este trabajo estará en el acompañamiento a familiares de personas suicidas, lo cual nos lleva a estudiar al suicidio como problema social.**

Las investigaciones existentes sobre suicidio se sitúan fundamentalmente en la caracterización de las personas suicidas bajo la lupa de la salud mental y en mecanismos de prevención a partir de la psicología y la psiquiatría. Este trabajo busca cambiar la óptica y poner el foco en las víctimas

escondidas del suicidio, su dolor y su soledad, al mismo tiempo que alivianar la carga patológica de fenómeno dando lugar a su dimensión social, develar la idea de que de que un suicidio trae consigo una destrucción de vínculos con personas que aún viven. Por ello, es necesario evaluar una intervención a nivel institucional del escenario post muerte suicida, al mismo tiempo que poner sobre la mesa las acciones interpersonales, ya que todas las personas podemos ser, según la circunstancia, el tormento o el apoyo de otra.

6. Construcción del problema de investigación

En lo relativo a la socialización ante la muerte la humanidad ha transitado desde un escenario con sistemas sociales de muerte robustos, una convivencia con la muerte casi innata, explicaciones creencias y sistemas de reconstrucción ante la pérdida muy fuertes, a un escenario en donde no hay certezas, los sistemas sociales de muerte entendidos como conjunto de normas compartido socialmente penden de un hilo y al mismo tiempo la autoridad ante la muerte es el propio individuo sujeto a su libre albedrío. Sin embargo, en el mundo contemporáneo aún los sistemas de muerte “líquidos”, coexisten con elementos rígidos que permanecen en el tiempo, como es el rechazo a las muertes violentas.

Las diferencias sociales y culturales que se despliegan en distintos momentos históricos y en distintas sociedades, a la hora de entender, dar sentido, y enfrentarnos a la muerte, también generan desigualdades en el acompañamiento social e institucional que reciben los familiares por la muerte de un pariente según sea la causa de muerte. Si bien, el acompañamiento a familiares cercanos que sufren de duelo por muerte es algo muy difícil de brindar para el ciudadano contemporáneo, (debido al “vacío cognitivo” sobre el tema, a la angustia, y al sentido de anomía ante los actos de muerte prematuros y no tanto), un familiar en duelo por muertes violentas como el suicidio, no recibe el mismo apoyo desde el ámbito institucional ni la misma contención emocional de su entorno cercano, que un familiar en duelo por muerte natural. El entorno humano de quien muere violentamente queda mucho más solo a la hora de enfrentar la pérdida, manifestándose dicha soledad en dos ámbitos: emocional-personal, e institucional.

Hablamos de soledad en el ámbito emocional-personal, porque hay una carga de culpabilidad, responsabilidad y vergüenza producido por el estigma, que caracteriza al suicida entre otras cosas como loco, y enfermo, al mismo tiempo que el suicida transfiere ese estigma a la familia, repeliendo a la sociedad y a los allegados y generando que el sufrimiento por la muerte no pueda demostrarse, quedando excluido al inconsciente y sin expresiones para los de afuera. “En las sociedades contemporáneas los cuerpos vivos que no se beneficiaron de los servicios de protección civil mínimos, tienen más probabilidades de seguir siendo, una vez muertos, objetos de ostracismo (...)” (Gil Villa,2011) y ese ostracismo se materializa en el familiar vivo.

Los familiares de suicidas por el tipo de muerte que les toca padecer se retiran y aíslan más de sus redes de apoyo, generan sentimientos de culpa y frustración, fomentados por el rechazo de muchas de las personas que los rodean en diferentes ámbitos. Es razonable pensar que, esta retracción de la vida social produce la pérdida de conexiones sociales y transforma a esta población en socialmente vulnerables, pasibles de iniciar, ya sea de forma impuesta o no, el proceso de muerte social, adquiriendo conductas más negativas, pesimistas y dificultando el proceso de duelo.

Por otro lado, en lo que refiere al ámbito institucional, la soledad en el acompañamiento queda demostrada en el hecho de que en nuestro país, las estrategias fundamentales y prioritarias respecto al suicidio han sido históricamente de prevención. Se han sucedido varias estrategias de prevención en suicidio, pero lo que refiere al acompañamiento de personas que sufren duelos por suicidio las iniciativas son escasas, en un escenario donde “la violencia que la sociedad ejerce sobre los sobrevivientes es tan fuerte como la del suicida hacia sí mismo” (Pérez Jiménez, 2011). El foco está en prevenir la emulación del acto y se invisibiliza el aislamiento y la soledad en el que se encuentra el entorno familiar cercano. La medicalización de la muerte, junto a la prohibición social de que la última se de mediante las formas no aceptadas socialmente, crean una asociación del suicidio con patologías y enfermedades mentales que sobrecarga al familiar a tal punto de no dejar lugar para otro sentimiento diferente al dolor y la culpa, junto a la necesidad de ocultamiento ante la sociedad y la cultura, sin posibilidades de reclamos a nivel jurídico, social o sanitarios por la condena social. Según Alison Wertheimer (2001), para los supervivientes, no basta con enfrentar y tratar de sobrellevar los sentimientos de incompreensión, dolor, culpa y rabia, también deben encarar el juicio moral del resto de la sociedad.

Las personas afectadas por suicidio dejan de ser las mismas debido a lo que implica dicha pérdida en el ámbito de la identidad y también a la herencia simbólica del suicida para con ella. Los dolientes necesitan reconstruirse sin la figura del suicida y volver a sus condiciones “normales” de salud emocional y fortaleza de vida. La muerte violenta e inesperada de un familiar o allegado implica un derrumbamiento de la autorreferencia del sujeto que queda vivo y en tiempos actuales de individualidad, racionalidad y reflexividad se requiere de un apoyo institucional y colectivo para apalear la soledad de los dolientes por suicido y alivianar la herencia simbólica que deja el suicida, “...la muerte seguiría provocando entre los más allegados un traumatismo tal que solamente una serie de etapas permitiría curarlo. Corresponde a la sociedad ayudar al enlutado a franquear esas etapas, porque él no tiene fuerza para hacerlo completamente solo” (Ariès, 2007:649)

Por lo dicho, los sobrevivientes se esconden del entorno social cuestionándose su accionar, a la vez que son escondidos por otros perdiendo el sentido de pertenencia al grupo, y la sensación de protección grupal; paralelamente, las instituciones estatales u organismos públicos consideran dentro de sus estrategias a dichas personas como población con alto riesgo suicida y le proporciona

fundamentalmente la posibilidad de atención psicológica en distintos niveles. Empero, este dispositivo a priori, parece no ser bien recibido por parte de los familiares, ya que como plantea Diana Cohen (2007) “Recurrir a otras personas en búsqueda de consuelo siendo sobreviviente puede ser considerado como una inútil exposición y un acto de extrema vulnerabilidad”.

6.1 Preguntas de Investigación

Las preguntas que de aquí se desprenden y guiarán la investigación son las siguientes:

- ¿Qué obstáculos institucionales existen para la creación e implementación de dispositivos de postvención por parte del Estado?
- ¿Cómo describen los actores vinculados profesionalmente a la temática, la experiencia familiar de un suicidio desde el nivel relacional y vinculante?
- ¿Cómo se relacionan las representaciones socioculturales que existen sobre el suicidio con los obstáculos existentes?
- ¿Cuál es la concepción que tienen los actores de interés sobre la presencia del Estado y la sociedad cercana en el proceso de duelo de un familiar por suicidio?
- ¿Cómo influye el tratamiento del suicidio desde el ámbito de la salud mental en la confianza de los sobrevivientes para pedir contención social e institucional?

6.2 Objetivos de investigación

Objetivos Generales

- Identificar barreras para la creación y consolidación de estrategias de postvención, a partir de las representaciones socioculturales sobre familiares de suicidas, incorporando la perspectiva de estos últimos.
- Distinguir obstáculos institucionales para los abordajes en postvención a nivel estatal, en el ámbito de la salud.
- Indagar las representaciones sociales y culturales que tienen sobre la muerte suicida, los actores involucrados en la temática (familiares, gestores institucionales, actores políticos y académicos).

Objetivos Específicos

- Indagar diferencias de representaciones, respecto a la experiencia familiar del suicidio, entre los actores directamente vinculados a la generación de políticas (profesionales de la salud y actores institucionales) y aquellos vinculados académicamente.

- Evaluar la opinión de los familiares de suicidas sobre la postvención como mecanismo para afrontar el duelo.
- Comprender las diferencias de representaciones sobre la muerte suicidio y su abordaje entre los agentes que trabajan la temática dentro del sistema de salud.
- Analizar cómo afectan las representaciones socioculturales sobre suicidio y la figura del familiar, en la creación de estrategias de postvención.

7. Metodología³

El diseño de investigación que mejor se ajustó a los objetivos planteados es el diseño cualitativo flexible, con componentes exploratorios. Según expone Vasilachis, cuando se sabe poco acerca de un tema y se cree que éste necesita ser explorado, es bueno recurrir a una investigación cualitativa ya que los resultados de ésta inspiran y guían a la práctica. (Vasilachis de Gialdino, 2006). La flexibilidad en el diseño, por su parte, permite “(...) a) volver una y otra vez al campo para afinar, ajustar la pregunta de investigación; b) reconsiderar el diseño; c) recolectar nuevos datos; d) implementar nuevas estrategias de recolección y análisis; y e) revisar, y si fuera necesario, modificar las interpretaciones.” (Vasilachis de Gialdino, 2006). De este modo, los pasos a seguir en la investigación no están escritos en piedra, permitiendo hacer modificaciones y poder advertir durante el proceso de investigación situaciones nuevas e inesperadas, vinculadas al tema de interés.

La técnica de relevamiento de información principal fue la entrevista semi-estructurada, con preguntas que funcionaron como pequeños disparadores pero permitieron el flujo abierto de todo discurso de entrevista. La entrevista podría definirse como “una interacción verbal cara a cara constituida por preguntas y respuestas orientadas a una temática u objetivo específico”, que “(...) hace posible el acercamiento al otro e inquirir de manera dirigida sobre una temática dada, a la vez que constituye un testimonio encarnado subjetivamente”. (Oxman, 1998)

Como técnica complementaria se utilizó la revisión de estrategias y planes referidos al suicidio y entrevistas a informantes calificados. Además, previo a la iniciación del campo se realizaron entrevistas exploratorias, con profesionales de la salud de experiencia en trabajos con familiares e integrantes de organizaciones no gubernamentales referidas a prevención, con el objetivo de conocer la dinámica de los dispositivos de intervención existentes sobre suicidio, además de poner a prueba y discutir las pautas de entrevista preliminares

³ Los datos empíricos que dan lugar a esta monografía son una recopilación de entrevistas realizadas en 2019 para un proyecto de investigación realizado en el marco del taller central de investigación de la Licenciatura de Sociología (Udelar): Precariedad Vital, Vulnerabilidad y exclusión, Muerte y suicidio con la finalidad de repensar los discursos basándonos en nuevas fuentes teóricas.

A partir de la revisión teórica, y de los antecedentes en la temática, inicialmente se desagregaron los actores de interés en cinco esferas distintas a) Creación de Políticas, b) Ejecución de Políticas, c) Conocimiento, d) Efectores de salud, e) Sociedad Civil⁴. Cada uno de estos grupos de actores se involucra en la temática de forma diferente y genera un discurso particular que intentaremos indagar. Sin embargo, con idea de facilitar el análisis, debido a que no se encontró diferenciación significativa en el nivel de decisión, las esferas fueron reagrupadas conformando los siguientes grupos: los decisores de políticas (Creación de políticas, Ejecutores de Políticas, Efectores de salud), conocimiento, y sociedad civil.

Las personas entrevistadas estuvieron incluidas dentro de alguna de estas esferas, siendo requisito que estuvieran vinculados con la temática y tuvieran disposición a colaborar con la investigación, caracterizando a un muestreo por conveniencia. Concretamente, los entrevistados fueron, miembros de la CNHPS, profesionales de la salud mental, académicos relacionados con la temática, y familiares de personas suicidas.

Por último, el análisis de la información se realizó fundamentalmente mediante la grabación, transcripción, codificación y depuración de las entrevistas.

8. Análisis

Para dar una respuesta ordenada y coherente a las preguntas y objetivos planteados en este estudio, el análisis se desarrollará en sentido “deductivo” yendo de lo general a lo particular, descubriendo en el transcurso de la lectura las pequeñas-grandes piedras en el camino, que configuran los obstáculos para las políticas de postvención. Iniciaré con las representaciones de los actores de interés sobre, la muerte, el suicidio, el suicida y la familia.⁵ Acto seguido interiorizare al lector en la dinámica de trabajo y funcionamiento del organismo encargado de las estrategias en suicidio, delatando algunos problemas a nivel de ejecución de políticas, vislumbrando las prioridades e intereses en la actualidad sobre la temática a nivel país. Luego, acudiré la mirada médico-profesional para ahondaremos sobre las prestaciones vigentes en casos de suicidios y las dificultades en cuanto a la atención y captación de los sobrevivientes, aportando al análisis las cuestiones que refieren a la demanda y oferta de las políticas de postvención y el sentimiento de confianza en las instituciones por parte de los familiares. Finalmente, el capítulo concluirá contrastando la vivencia de un familiar de suicida con las representaciones de los actores institucionales y académicos expresadas al inicio de esta sección.

⁴ Ver Anexo 1. Esta es una división que tiene su objeto en la planificación del trabajo de campo pero no se verá reflejada en el análisis

⁵ Entiendo a las representaciones como generales en el sentido de que son una construcción sociocultural, y parto de ellas bajo la convicción de que condicionan en interés y los impulsos de creación de estrategias.

El trasfondo del análisis será las “políticas” en suicidio, existentes hasta el momento, que por cuestiones de espacio quedaran detalladas en el **anexo 2**. Tenerlas presentes permite entender la forma en que la institucionalidad ha manejado la temática, al mismo tiempo que ayuda a evaluar el camino hacia la postvención en la lógica de intervención institucional vigente.

8.1 Representaciones de muerte y suicidio

A partir de las entrevistas, se desprende inicialmente una homogeneidad en la concepción de los actores al de hablar del suicidio.

En términos generales, definen al suicidio como un tema delicado, muy angustiante e incompatible para la lógica de la razón. Esto genera que aún con la magnitud que tiene la problemática, el suicidio siga siendo un hecho escondido a nivel de vivencia personal, y este situado dentro de una cultura de silencio y miedo que dificulta su abordaje. El hecho de que alguien decida morir antes de tiempo, potencia el rechazo social hacia la muerte, genera mucha sensibilidad, reactiva muchos pensamientos y sensaciones, e interpela a toda la población de alguna u otra forma.

“Creo que, todavía existe como un tabú en el suicidio, no?(...) porque, hay una causa que no es compartible desde el punto de vista vamos a decir, eh cognitivo, emocional, no?, no es compartible,(...); es válido decir hasta acá termine , no quiero seguir sufriendo, no quiero seguir sosteniendo esta situación... , pero también hay algo de que te hace que... que emocionalmente bueno, uno aguante lo que aguante y se vaya adaptando (...)” (Entrevista 1)

Como acto incomprensible, el suicidio deriva en prejuizgamientos y prejuicios inconscientes (o consientes), difíciles de evitar incluso para las personas que trabajan en aras de su prevención y/o atención.

“No nos tenemos que olvidar que también es un tema álgido (...) cada uno de nosotros aunque queramos trabajar para eso y trabajemos, también tenemos nuestros obstáculos (...)” (Entrevista 2)

Así, aparecen expresiones que manifiestan el suicidio como un acto simplemente voluntario, además de insinuaciones culpabilizantes para con la familia, entre otros.

“(...) el que se mata, se mata porque quiso matarse, no?, el que lo hace porque es enfermo, lo hace por una cuestión impulsiva, tampoco sos el responsable (...)” (Entrevista 3)

“(...) el ambiente familiar lleva a determinadas situaciones, (...) a veces hay situaciones muy complicadas que las resuelve un suicidio.” (Entrevista 1)

Lo siguiente que resalta al caracterizar al suicidio es su multicausalidad y multideterminación. Es un acto que puede ser resultado de muchas causas, entre las cuales se mencionan patologías mentales, consumo problemático de sustancias, la pérdida de sostén emocional, y distintas circunstancias vitales y ambientales. A través de los ejemplos, el acto suicida aparece claramente patologizado, asociado a alteraciones en la salud mental, por lo cual es razonable que el organismo entendido como de referencia en la temática sea el Ministerio de Salud Pública, junto con los

distintos centros de asistencia de la salud. Sin embargo, se enfatiza que ningún factor por si solo es determinante, y se remarca la individualidad de cada caso.

“(…) es multicausal, eh... hay una asociación importante en general, con algún tipo de afectación de la salud mental (….) hay un porcentaje importante de suicidios consumados en los que es posible eh, comprobar la existencia de una alteración, de un trastorno mental, que aumenta la vulnerabilidad. Pero hay también otro tipo de factores que afectan, no?...por eso digo que es multicausal. Si bien la existencia de un trastorno es muy frecuente, no alcanza para explicarlo. No es suficiente (….)”(Entrevista 4)

“(…) El fenómeno de la conducta suicida no es un fenómeno solo abordable desde las áreas “psi” llámese medicina, psiquiatría, ni psicología. Yo preciso de otras disciplinas para entenderlas (...), como el deporte, la educación física,(...)”(Entrevista 5)

Se entiende que el suicidio es un problema de alta prevalencia en el país, con cifras no homogéneas en los distintos departamentos, que a lo largo de los años ha tomado más importancia debido a la tasa creciente año a año.

“(…)Y de cualquier manera lo que sí es claro, es que han ido en un aumento importante[los suicidios](...)Es un problema importante para el país(...)la prevalencia del problema no es homogénea a nivel de todos los territorios sino que hay diferencia territoriales importantes.”(Entrevista 4)

Más allá de reconocerse la severidad de la tasa de suicidios, no se desprende una respuesta clara acerca de la causa de su aumento a pesar de los esfuerzos por disminuirla. La singularidad de cada acto suicida impide una pronunciación concreta al respecto. Sin embargo, intuyen que la tendencia tiene que ver con un momento social en el que no hay fortaleza para resistir las frustraciones, junto con la cultura del consumo de sustancias, psicofármacos, y las adicciones en general, que contribuyen al alza de la misma.

“(…) capaz que tiene que ver también, con el momento social o con la época social, yo que sé. Viste el tema de las frustraciones no?, y quiero ya ya ya para ayer. Eso...y que no hay fortaleza en poder resistir a las frustraciones. El tema... de las adicciones también (….)”(Entrevista 2)

“(…) hay una historia de antes, que no sentó las bases necesarias para una mayor, estructuración firme, de una personalidad (….)”(Entrevista 6)

Asimismo reconocen la existencia de un sub registro en las cifras, justificado bajo el argumento de que se aliviana el duelo para las personas que quedan afectadas luego de la muerte de un allegado.⁶

“(…) sabíamos que, bueno que los médicos decían: "bueno ta, vamos a pasarlo por otra cosa" porque es muy duro para una familia: decir bueno, se te suicido el abuelo.”(Entrevista 1)

⁶ Esta actitud cuida a los sobrevivientes de los posibles ataques y perjuicios como se planteaba en el marco teórico: el suicidio desata ataques y prejuicios para con la familia del suicida, cuyo único recurso de defensa para evitar esas reacciones es disfrazar el acto suicida como si fuera una muerte accidental (Pérez Jiménez,2011)

Empero, a pesar de la magnitud del problema, su importancia es itinerante, existe y no existe al mismo tiempo. Desde el punto de vista de su incidencia es un problema de salud muy importante, por ser causa de muerte, pero no es un problema prioritario para la esfera gubernamental y de poder. Esto queda demostrado, para lo entrevistados, a la hora de otorgar recursos para generar instancias que ayuden, tanto a prevenir el acto suicida como para apoyar a los afectados post mortem.

“(...) no hay suficiente voluntad política para apoyar al tema del suicidio y su prevención... en el diseño de las políticas, y sobre todo eso se visualiza por el soporte financiero que tiene.(...) en general mucho del apoyo financie... del apoyo político depende también del interés de los propios ministros... suicidio no es un tema que movilice...(...)” (Entrevista 7)

Al mismo tiempo, el suicidio es un tema que está sobre la mesa, como importante (desde el discurso), en los meses de julio y septiembre, (día nacional y mundial de prevención del suicidio, respectivamente) y luego desaparece del ámbito mediático y social.

“(...) pienso en que... cabe en la agenda de esos días cerca al día nacional... o al día internacional, entonces, a veces bueno, las instituciones... bueno, ASSE, fundamentalmente, el ministerio o bueno, las distintas organizaciones que componen la comisión, lo tratan de poner arriba de la mesa de la mejor manera que pueden, hace jornadas, esto, yo que se... y aparece, el ministerio siempre convoca y dan las cifras y que se yo..., va toda la prensa. Se habla... no sé, una semanita, 10 días después, y después se... todo el mundo... cae. (...) yo creo que no está de forma sostenida, ni esta....eh, de acuerdo a la magnitud que tiene. Fijate que las cifras de los últimos años son mayores que lo accidentes.”(Entrevista 6)

“Entonces..., si hay un foco en este tema en algunas cosas... y es una preocupación sobre todo porque... las cifras a nivel nacional son preocupantes. Sobre todo porque a pesar de que de 2010 para acá... hay acciones, hay un plan de prevención del suicidio, no se ha logrado bajar las cifras. No solo no se han logrado bajar, suben.”(Entrevista 4)

Para todas las esferas, las personas que intentan o consuman un suicidio lo hacen porque no quieren vivir más en sus condiciones actuales. No obstante, se asocia mucho a los suicidas con personas que poseen patologías psiquiátricas que, según los actores, hacen que el acto suicida sea impulsivo y no racional. Entienden al suicidio como expresiones permanentes de salud mental. Se califica a las personas suicidas como individuos carentes de integración social y sentido de pertenencia; con problemas de baja tolerancia a las frustraciones, con intenciones de castigar al entorno, y con demostraciones constantes de desesperación. Estadísticamente, manifiestan que los hombres se matan más que las mujeres, más allá de que estas últimas lo intentan más; y plantean que la población más vulnerable es la que se atiende en los servicios públicos de salud.

“(...) si yo lo hice, yo no es que quiera morir así, ... más allá que después la consecuencia fue esa, yo lo que no quiero es vivir más así, entonces...,es más complicado, porque en realidad yo no tolero lo que me está pasando.” (Entrevista 6)

“(...) son muchos los que nosotros llamamos los trastornos de personalidad que lo hacen impulsivamente, en el medio de conflictos interpersonales.(Entrevista 3)

“(...) la población más vulnerable esta en ASSE. (...) tienen... mayores hándicap, menos contención social, menos capacidad de apoyo, menos recursos, hasta económicos, como para...recurrir a... alternativas terapéuticas (...)”(Entrevista 6)

8.2 Representaciones de los actores respecto a los familiares de personas suicidas

Al momento de hablar de la familia y del entorno cercano de las personas suicidas, aparecen rápidamente en los discursos, sentimientos de dolor y culpa, ambos encadenados, en una relación de retroalimentación. Los sobrevivientes, al decir de los entrevistados, se sienten dolidos, por la pérdida inesperada e irreversible, y culpables por no haber percibido las posibles señales que pudieron prevenir el acto, o en su defecto, no haber podido ser o encontrar un factor disuasivo de la decisión.

“(...) [el familiar], primero que está cargado de decir: qué pude haber hecho yo que no hice?, no, porque me siento mal porque, yo me di cuenta y no hice nada!(...)” (Entrevista 8)

Estos sentimientos en la familia, aparecen tanto en el intento de autoeliminación como en el suicidio consumado, haciéndose mucho más presentes en el primero, por cuestiones de posible repetitividad y en algunos casos por las consecuencias físicas incapacitantes, producidas en el acto.

“(...) [Con] el que intenta [suicidarse] también la familia sufre. Todo eso tiene un impacto en la familia... Y que además se presentifica mucho más porque sobrevivió. Y vos estas expuesto a que eso se te siga intentando, y en alguna vez, se mate (...) Porque sobrevivió no es que yo me quedo contento (...)” (Entrevista 5)

De la mano de estos dos sentimientos, viene la vergüenza de los familiares debido al rechazo social del acto suicida. En el entorno del familiar, se produce una reacción de desaprobación que tiende a criticar y cuestionar tanto el acto del suicida, como la responsabilidad de la familia en el mismo. La familia, se siente señalada, percibe que su imagen ante los demás, en sentido de prestigio y reconocimiento, se modifica negativamente luego del suicidio, y pasan a transformarse en una estructura estigmatizada.

“Cuando ocurre un suicidio hay mucha repercusión, puede haber mucha hostilidad en el núcleo familiar. Mucho... responsabilizar a unos a otros, peleas familiares, no? ... hay gente que no quiere verse más.” (Entrevista 3)

“(...) si vos, se mató un familiar tuyo, no?, uno siente que su imagen frente al entorno también cambia...,y además de que el entorno muchas veces te devuelve eso... que no sabe cómo pararse contigo...” (Entrevista 4)

Sin embargo, esta percepción de hostilidad y estigma puede, o no, ser real. Los actores institucionales expresan que no necesariamente las personas son hostiles con la familia del suicida, sino que la mayoría de las personas ignoran cómo tratar el tema y cómo contribuir con el bienestar de los afectados.

“(...) a veces no es un tema de hostilidad, sino es un tema de...incompetencia, de imposibilidad, de limitación, de obstáculo. (...) Habrá quien sea hostil pero la mayor parte no es que sea hostil.” (Entrevista 4)

(...)en psicología hay un mecanismo que se llama proyección, y muchas veces lo que haces es jugar con el paciente: ¿usted está seguro que su vecino esta hostil?, o no se será... su vecino de repente no sabe que decirle o como tratarla...? ¿no le pasara eso a su vecino?. Entonces me dice: A si, a mi vecina fulanita puede ser; pero a este no". (...) el que está haciendo un proceso de duelo, con los demás, puede ser que sienta la hostilidad, y otros sienten que no les importa nada. Que a los demás no les importa nada lo que les pasa, o que les preguntan de curiosidad y morbosidad...: "y vienen y quieren saber todo..." o sea, pasa por todo eso (...)" (Entrevista 3)

Esta actitud se justifica para los actores, a partir del silencio que existe respecto al suicidio como forma de muerte; así como por el hecho de que la muerte es lo único realmente inevitable e incierto en la vida del ser humano, por lo cual, las personas lo evitan para no angustiarse. Por otro lado, manifiestan que existe una minoría que intenta ayudar al entorno afectado del suicida, de la forma que encuentran pertinente, pero hacen hincapié en que es importante el vínculo que une a las personas para que puedan ayudarse, no todo el mundo puede ayudarlos. Muestran a su vez el silencio del doliente, como un mecanismo para la elaboración y el procesamiento personal de la situación. El dolor que se padece a partir del suicidio es tan grande que cuesta compartirlo. También, la actitud de dar apoyo y de recibirlo depende de la sensibilidad individual y de la personalidad de cada cual.

"(...)ponele... ves a esa persona que se le muri-, se le suicido un familiar... y la persona no tiene ganas de hablar de ese tema, tiene ganas de hablar de cine... del último libro que leyó hace 4 meses, no?. No precisa hablar del problema para sentir apoyo, pero de alguna manera el problema ocupa un lugar mayor que el resto de la vida." (Entrevista 4)

"[el apoyo] Depende de la sensibilidad individual, no institucional. Y eso, no es representativo de la institución en la que este inserto laboralmente. No. (...) Gran parte de los médicos tienen miedo. ¿Cómo se justifican?, diciendo que eso pertenece a la vida privada." (Entrevista 5)

Según los efectores de salud, el duelo por una pérdida inesperada es un proceso cuya temporalidad es singular a cada individuo y depende de la personalidad. Algunas personas consultan en instituciones, a días de la muerte, a otros les lleva un tiempo, y hay quienes nunca consultan ni piden ayuda, ni siquiera fuera de las instituciones de salud.

(...)Y todo un tema en qué momento se quiere hablar de eso. (...) Y en el momento viene y quién de la familia: ¿los padre?, ¿la esposa?, ¿los hijos?...." (Entrevista 3)

Desde la esfera de efectores de salud, se plantea la disyuntiva entre intentar captar a los familiares afectados en los primeros momentos de la pérdida, denominado "momento de shock", y ser tratados como invasivos en el intento, o dejar que la persona afectada acuda a los centros de salud cuando se sienta preparada, bajo el riesgo de que nunca lo haga.

"(...) hay un primer momento de shock digamos, no?. Nosotros [médicos] digo, a veces incluso... tratamos de no ser invasivos... porque la gente está como, en un momento de shock, no?" (Entrevista 9)

La culpa, sumada al tabú existente en torno al suicidio y ligada al estigma, en parte real y en parte percibido por los afectados, provoca en los familiares, como consecuencia rápida en este tipo de

duelos, un aislamiento e invisibilidad caracterizada por el ocultamiento, dificultades a la hora de pedir ayuda al entorno cercano o las instituciones, y búsqueda de mecanismos alternativos (a los institucionales) de resiliencia, como llenarse de actividades a modo de distracción, buscar una salida en el consumo de alcohol, fortalecer o iniciar su adscripción a algún tipo de religión, o en su defecto, permanecer en un estado doloroso y de negación por un largo tiempo.

“(…) realmente, las familias pobres, se arreglan como puedan, con su dolor; su tristeza, su vergüenza, su culpa... lo que sea, y además hay como un voto al silencio no?(...)” (Entrevista 10)

“(…) y por dificultades también, de la familia, no?. Dificultades de poder establecer puente con nosotros, decir bueno, tengo este problema... me paso esto horrible (...).Está bien, esta lo del estigma, pero hay otras cosas además, no? (...) Yo creo que, son una, un conjunto de factores que asignan a determinada gente.(...) el que está mal le cuesta como... pedir ayuda.”(Entrevista 6)

La invisibilidad de los sobrevivientes se construye a partir de un aislamiento recíproco entre el afectado y su entorno. Los sentimientos de culpa, dolor y vergüenza hacen que el familiar no quiera exteriorizar su duelo, por otro lado, la incompetencia del entorno respecto al tratamiento del suicidio, deriva en el aprovechamiento por parte del entorno, de ese aislamiento familiar. De alguna u otra manera, el entorno termina evitando ser apoyo en esa situación y sufrimiento. Como lo planteábamos en el marco conceptual: el suicidio implica un cuestionamiento de la existencia, del valor de la vida, es un tema que resulta incómodo y difícil de afrontar para todos y del cual no tenemos conocimiento, por lo que su enmascaramiento es en cierta medida beneficioso (Pérez Jiménez, 2011)

Esta invisibilidad es relativa. Se invisibiliza a la persona afectada, pero se la visualiza en lo que le ocurre. Es decir, se visualiza a la persona como portadora del problema (en este caso ser familiar de un suicida), y se invisibilizan los demás atributos que la definen.

“ Cuando te pasa algo de esto [suicidio] sos señalado, no invisibilizado. Pero lo que sos señalado, es como portador del problema. La persona en si, queda muchas veces invisibilizada. (...) Una vez, una persona me dijo: “ahora soy la madre del suicida”. Dejó de ser María, o como se llame, y pasa a ser la madre del suicida.” (Entrevista 4)

Este aislamiento recíproco e invisibilidad produce que los familiares se constituyan y sean percibidos, por las distintas esferas entrevistadas, como actores pasivos en lo que respecta, tanto a la creación de una demanda en torno a políticas de suicidio, como a la hora de exigir el cumplimiento de las prestaciones de las cuales son beneficiarios y tienen derecho. Estas personas no se organizan, en parte, porque no quieren reconocerse como familiares de suicidas en una sociedad que esconde el suicidio, así como también porque ellos tampoco saben cómo actuar, ni cuáles son sus derechos. Organizarse implica, entre otras cosas, presionar en la esfera gubernamental y ejecutiva, que no siempre está dispuesta a oír y para la cual, la muerte por suicidio no es prioridad. Como consecuencia directa, para las esferas entrevistadas, los familiares se arreglan como pueden porque

piensan que su entorno no los va a comprender y ninguna de sus acciones colectiva puede dar frutos.

(...)la gente a veces no sabe qué hacer. Nos arreglamos con los problemas como podemos cada uno de nosotros. (...) es muy difícil que la gente pida ayuda y... y se organice, le cuesta, porque la persona piensa que el otro, y piensa bien, porque tu fijate que, como decía Saramago: en la era de las comunicaciones estamos más incomunicados" (Entrevista 10)

"No sé si [los familiares demandan] sutilmente, yo tendría que ver cuantas movilizaciones se hicieron. Cuantas marchas se hicieron, a cuantos políticos les golpearon la puerta y les pidieron entrevista. Y ahí los medios de comunicación son un vehículo fundamental. Ahora, ¿para dónde trabajan? (...) digo, si vos tenés alguien que te vive golpeando la puerta... ¿yo puedo decir que vos no reclamás?" (Entrevista 5)

En la misma línea, la invisibilidad y el aislamiento, junto a la pasividad de los actores, el estigma, la culpa, la vergüenza y la temporalidad individual en el proceso de duelo, dificultan la captación de los afectados por parte de los centros de salud, capaces de brindarles apoyo psicoterapéutico.

Todo lo planteado anteriormente desencadena, en caracterizar al duelo por suicidio como un sufrimiento extraordinario y especial cuya intensidad está determinada por el tipo de vínculo y cercanía que se tenga con el occiso. A su vez, ese sufrimiento, en las familias, se potencia por el estigma, y en las situaciones en las cuales se producen rupturas familiares por culpabilizaciones recíprocas.

Los familiares son comprendidos como un conjunto de personas a las cuales el suicidio afecta negativamente en un sentido físico y mental. Es prueba de esto, el tener más posibilidades reales de morir por enfermedades con desencadenantes emocionales (ej. diabetes, accidentes cerebrovasculares, cardiopatías isquémicas⁷), o por muerte auto infligida, bajo la concepción de que el familiar afectado quiere reencontrarse con el fallecido e interprete la muerte por mano propia, como el método más rápido.

"(...) quien es sobreviviente y cuanto más cercano estas afectivamente tiene un alto riesgo de muerte. De muerte y de morbilidad (...) porque el sufrimiento es muy importante y eso tiene una repercusión en el estado de salud que es impresionante.(...) Esta población es una población de mucho riesgo...pero riesgooo... no de estar unos días tirado, no. Riesgo de morirse (...)" (Entrevista 7)

Bajo este marco de interpretaciones, los familiares son una población de peligro latente, con alto riesgo suicida, de muerte, y morbilidad. Por consiguiente, necesitan apoyo tanto del entorno social como del ámbito institucional.

No obstante, el silencio, que engloba al acto suicida, y a las personas que lo consuman, no ayuda en absoluto a los afectados por el suicidio, ni a quienes lo intentan, porque el hecho permanece vivo en la memoria, en el terreno de "lo no dicho" (Guigou 2017).

⁷ El desencadenante emocional de estas enfermedades no es excluyente ni está siempre presente. Asimismo, no toda persona afectada por una muerte violenta y/o inesperada necesariamente contrae dichas enfermedades.

Los efectores de salud, plantean que hay que trabajar con las familias el duelo, para prevenir el riesgo suicida y/o la afectación familiar en las siguientes generaciones. A pesar de ello, permanece la creencia en la sociedad uruguaya, que reafirman los informantes calificados, que hablar de suicidio puede abrir una puerta de posibles métodos de “salida” a ser considerados por las personas en general, y se prefiere no despertar ese impulso latente en todo ser humano.

Para la esfera del conocimiento, esto es relativo, depende de cómo se hable de suicidio y en qué circunstancias. Expresan que es necesario romper el silencio, pero no es tarea de cualquiera. Es necesario desterrar al suicidio como problema hegemónico del sector salud y empezar a considerar la prevención en suicidio como prevención en salud, logrando, a largo plazo, brindar una prevención más abarcativa y comunitaria que vaya desde mejores hábitos de vinculación social hasta mecanismos para lidiar con las frustraciones.

“(…)siempre hay como un mito en relación... a que hablar de suicidio promueve el suicidio, no?. Digo... depende de cómo se habla.”(Entrevista 4)

8.3 La Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio y su dinámica de trabajo.

La tendencia en aumento de la tasa de suicidios que se dio a partir de los años noventa, derivó en distintos abordajes de planificación e intentos de desarrollar algunas estrategias de prevención, para poder disminuir la incidencia y el impacto de esta causa de muerte en el Uruguay. Estos esfuerzos se han llevado a cabo tanto desde el ámbito ministerial, principalmente mediante un conjunto de representantes, como desde el ámbito académico, a través de la elaboración y ejecución de proyectos de investigación que brinden conocimiento y generen, indirectamente, espacios de discusión.

La Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (en adelante CNHPS) es el principal ejecutor de políticas en suicidio, llevando a cabo las estrategias que se plantean desde el Poder Ejecutivo. Al mismo tiempo, planifica las acciones para que en su concreción se maximicen los recursos tanto humanos como económicos disponibles, y generalmente las propuestas llegan al Poder Ejecutivo a partir de las discusiones que se generan dentro de la comisión.

Los únicos requisitos para ser representante ministerial en la comisión son interés en la temática y disponibilidad de tiempo, independientemente de la profesión que se posea (aunque la mayoría se desempeña en el área de las ciencias “psi” de salud, esto es: psiquiatría, psicología, psicopatología, etc). Muchos de quienes integran actualmente la comisión, desconocían anteriormente la temática y no era su tema de incidencia profesional.

“(…) me piden a mi porque era...dentro del equipo la única persona que trabajaba en salud. Si bien yo también manifesté que no, no era mi tema, ni de profesión ni de incidencia, eh más allá de haber tenido algunas amistades que...que se suicidaron, no tenía más acercamiento al tema, pero bueno, por ser psicóloga me pidieron que empezara a trabajar.”(Entrevista 1)

“ (...) en ese tránsito que hay desde un periodo de gobierno a otro, había quedado ese vacío, y consulté, manifesté mi interés en participar, y ta. Empecé a participar. Un poco por interés personal si se quiere....este, y bueno ta, ahí empecé a trabajar y conocer más a fondo la temática que, la temática específica del suicidio yo no la conocía hasta el momento.”(Entrevista 11)

Según manifiesta la esfera de ejecutores de políticas cada representante ministerial, así como los ministerios que integran la comisión, aporta distintas visiones de la temática para lograr, en el discurso, un ámbito de coordinación interinstitucional e interdisciplinario. El MSP tiene un lugar privilegiado en la comisión (debido a la patologización constante de la temática y por la histórica costumbre, difícil de derribar, de entender al suicidio como patrimonio de la salud). Cuenta con un área programática que planifica, evalúa y monitorea todo lo relativo a la salud mental, y aporta todo lo relativo a las asociaciones entre suicidio y salud mental; es quien convoca la comisión, y promueve el cuidado de la salud en general, como mecanismo de prevención del acto suicida. Asimismo, fue quien tuvo mayor incidencia en la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Se considera al MSP el nexo entre la población y los prestadores de salud.

La elección del MEC, se justifica bajo la idea de que la educación es una política preventiva en muchos ámbitos, siendo el suicidio prevenible desde la educación. Al mismo tiempo, la red de centros MEC⁸ tiene un acceso al territorio nacional importante, siendo una buena estrategia de descentralización. El MIDES, por su parte, contribuye con su visión comunitaria centrada en la experiencia del terreno y no tanto en la mirada asistencial. Por último, el MI está incluido, según los representantes de la CNHPS, por ser una de las instituciones más grandes y por la alta tasa de suicidio policial.

La CNHPS cuenta a su vez, con una Comisión Asesora, formada por docentes de la Facultad de Medicina, Facultad de Psicología y Facultad de Enfermería (todas pertenecientes a la Universidad de la República), y representantes de los prestadores de salud pública (pertenecientes a la Administración de los Servicios de Salud del Estado). La función principal de dicha comisión, es brindar información desde la perspectiva académica y del conocimiento, pronunciando opinión respecto al diseño de las políticas de prevención, basándose en lo que se discute interministerialmente. También evalúan de qué manera la formación de recursos puede acompañar la definición de políticas, de una forma eficiente. Por último, la mayoría de las veces esta comisión es la encargada de las actividades de difusión y capacitación.

“(...) ellos de pronto diseñan su política y nosotros [Comisión Asesora] podemos opinar, estamos de acuerdo, no estamos de acuerdo, nos parece que hay que hacer esto, nos parece que hay que hacer lo otro, acá esto va mal o...”
(Entrevista 7)

⁸ La dirección de Centros MEC consiste en una red de espacios de construcción de ciudadanía y puntos de encuentro entre los vecinos de cada localidad, las intendencias, los municipios, distintas organizaciones sociales y los trabajadores del ministerio. La red busca la mayor posibilidad de despliegue del territorio departamental con el objetivo de contribuir a la integración social. (<https://www.centrosmec.gub.uy/innovaportal/v/19627/31/mec/que-es-centros-mec>)

Según la esfera de ejecutores de políticas, la CNHPS tiene como objetivo principal bajar la tasa de suicidio en Uruguay.

“La comisión fue, se formó para, trabajar precisamente si se, mmm, la medida en que se pueda, este, bajar la incidencia del grado de suicidio en el país no?... y hacerlo en una forma, intersectorial, con varios representantes de varios ministerios y de varias instituciones” (Entrevista 12)

Una de sus principales contribuciones, que son enfatizadas como logros según los entrevistados de la esfera de ejecutores de políticas, fue la creación del Plan Nacional de Prevención del Suicidio. En base a este Plan, se modificaron las prestaciones en los servicios de asistencia de la salud, y se armaron distintas opciones, accesibles para poblaciones en riesgo suicida. En teoría, dichas prestaciones deberían ser más amplias que atención psiquiátrica y psicológica.

Otro de los grandes logros de la CNHPS que se destacan en las entrevistas es haber impulsado la creación de los grupos departamentales interdisciplinarios de prevención de suicidio, en dónde se discute la temática y se diseñan mecanismos de prevención a nivel local. Desde la esfera de los ejecutores de políticas, se comprende a estos grupos como una herramienta de descentralización, fundamental para la consolidación de cualquier tipo de política. Seguidamente, la incorporación de la figura del referente en suicidio a los centros de atención de la salud, se expresa como una consecución de gran orgullo grupal.

“Algo que para mí es fundamental es que se haya llegado a todos los departamentos, viste?, con grupos departamentales y referentes en cada departamento. Eso es importante, porque, de alguna manera se unió el país con, con un objetivo común (...)” (Entrevista 12)

Ambas comisiones han conseguido que se trabaje y/o hable más el tema, en todos los niveles, incluso en el nivel político, aunque esto no se logre en la profundidad deseada. También, fueron capaces de involucrar marginalmente y de forma cuidada a algunos autores que permanecían distantes de las discusiones como los adolescentes.

“(...)por ejemplo el MEC (...) puso en el tapete, en los liceos el tema, que hay que hablarlo. Sabes que en los liceos... en muchos liceos no te dejan ni tocar el tema (...)” (Entrevista 10)

Por último, la línea de atención en crisis ha sido un pilar fundamental en la prevención del suicidio y ha tenido una buena receptividad por parte de la sociedad civil. La caracterizan como una herramienta eficiente, debido a la facilidad de acceso a un teléfono móvil, y el buen desempeño de los trabajadores.

“(...) esta línea interactúa derivando hacia la red (...) no solo escucha, sino que diagnostica y opera. Y opera con la red (...) estos operadores que iban a estar atrás del teléfono... no eran cualquier gente, ya venían trabajando (...)hace años, en una línea de asistencia en situaciones de crisis vinculada al tema drogas (...)” (Entrevista 6)

A pesar de los triunfos destacados anteriormente⁹ la comisión cuenta con ciertas desventajas y obstáculos para su funcionamiento. Comenzó a trabajar en una época en la que, según los ejecutores, no se podía hablar de suicidio siendo su gran desafío responder a la pregunta: ¿Cómo empezar a hablar de suicidio?

La forma de transmitir los conocimientos y aggiornar a la población fue y sigue siendo principalmente a través de la realización de seminarios para funcionarios y jefes de la salud y educación. Si bien se manifiesta que la sociedad civil muestra interés en conocer sobre el tema y capacitarse, la difusión de la temática es uno de los grandes deberes de la CNHPS.

Las instancias de capacitación y difusión no se han focalizado en la sociedad civil, primero por un tema de escasos recursos y soportes, y segundo porque la sociedad demanda en circunstancias determinadas y para la CNHPS implica un esfuerzo extra crear esa demanda, debido a que las campañas de prevención no han sido sostenidas en el tiempo. Asimismo, se expresa que hay mucha información disponible, pero para las personas dispuestas a buscarla.

“(...)la difusión es lenta, o sea no todo el mundo conoce qué derechos tenés para reclamar frente a determinada situación. Todo eso es lento, se difunde poco (...)se necesita difundir pero para eso necesitas, eh, soportes que implican realmente estar comprometido con la temática. Y que no solamente sea decir que es prioritario, sino mostrar que para vos es prioritario.”(Entrevista 7)

“Hay mucha información accesible, pero para el que la busca (...) no ha habido campañas más, abiertas hacia la población general, desde un punto de vista, con esa mirada hacia lo que preventivo o hacia la respuesta oportuna, no?. Este... en un trato bien cuidado... para muchos de estos temas la comunicación es compleja.”(Entrevista 4)

Además, se menciona que la CNHPS no es efectiva en lo que se refiere a la lógica y la forma en la que se maneja, factor que puede provocar la lentitud planteada anteriormente, pero también una lentitud en los procesos y las ideas.

“(…), no quiere decir que no se consigan cosas. Lo que pasa, creo, es que la forma en la que se plantean hace que se demoren muchísimo más.” (Entrevista 5)

A su vez, vinculado con el tema de la lentitud, se expresa una falta de estructura. La CNHPS es honoraria propiamente dicha y no tiene el apoyo que tiene otras organizaciones como la Junta Nacional de Drogas, ni en el sentido económico, ni de recursos materiales o humanos. La comisión tiene autonomía y trabaja en la línea de no esperar del estado. Esto hace que, su incidencia, tanto en la disminución de la tasa de suicidio como en el ámbito de prevención sea en términos generales bastante baja, en relación a la problemática, pero en términos relativos sea grande y fundamental.

“(...)la comisión honoraria tiene problema de que es honoraria literalmente.(...) o sea, se sustenta en base a los ministerios, pero no tiene un fondo propio y recursos suficientes para implementa, más acciones.” (Entrevista 8)

“(...)Vos tenés acá en Uruguay por ejemplo la UNACEV que tiene una estructura mucho más potente. Tenés la Junta Nacional de Drogas, que trabajan en algunas líneas muy similares a las que trabajamos nosotros, pero, que cuentan

⁹ Los grupos departamentales; poner el tema en el tapete; la figura del referente; el Plan de Prevención.

con otros recursos, otras capacidades, ehmm, y un montón de líneas trabajo que, nosotros tenemos pero no podemos sostener (...)"(Entrevista 11)

La falta de estructura y la autonomía, se ve reflejada también, en el hecho de que en la práctica, la CNHPS y la Comisión Asesora se fusionan y desempeñan como un todo.

(...) en la práctica, lo que ocurre es que la Comisión Honoraria como tal ...prácticamente no se reúne, se reúne poco. Obviamente si se consulta a los ministros, cada representante se supone, SE SUPONE, que consulta a los ministros de..., pero como tales las reuniones...no tienen esta una gran periodicidad, la de la Comisión Honoraria, como tal, sola aislada. Entonces, lo que sí se hace cada quince días, es una reunión conjunta de la Comisión Honoraria más la Comisión Asesora, o sea que nosotros nos reunimos de manera conjunta, pero las responsabilidades son totalmente diferentes (...)" (Entrevista 7)

Esto conduce, en el mediano y largo plazo, a que la comisión asesora lleve a cabo tareas que no le son propias, y que los representantes de la CNHPS consideren a los miembros de la primera como fundamentales para su accionar. Como consecuencia, ambas comisiones están desbordadas, sus objetivos se desdibujan y su accionar termina a la deriva.

"En la cabeza de muchos gestores, se confunde lo político con la política, y no se sabe muy bien que es lo que se está haciendo, porque se quiere hacer todo." (Entrevista 5)

Analizando un poco, es notorio el hecho de que dentro de la Comisión Asesora está representada únicamente una parte del sector salud, y la esfera de lo público. Se deja de lado los seguros privados de asistencia, el mutualismo y otros sectores de la salud, como pueden ser nutrición y deporte. Asimismo, el lugar privilegiado del MSP, junto con el hecho de que los demás representantes ministeriales también provengan mayoritariamente del área de las ciencias "psi" obstaculiza lo interdisciplinario de la comisión. No obstante, los representantes de la CNHPS consideran que los ministerios que la integran son suficientes. Si se decide incorporar a algún otro organismo o ente, lo hacen dentro de la comisión asesora.

Por otra parte, en el discurso de los entrevistados queda claro que el representante de la CNHPS debe estar capacitado para poder derivar al director del ministerio correspondiente. Tiene que oficiar de bisagra entre la CNHPS y el ministerio. Sin embargo, se manifiestan reproches entre los miembros de las comisiones por el incumplimiento de la función del representante ministerial. A su vez se visualiza en ambas comisiones un déficit en la función como replicadoras del conocimiento.

"(...) yo creo que hay mucho más para trabajar pero...bueno, eso depende también de tu capacidad de gestión y de ejecución de ciertas cosas. qué mecanismos vos utilizas o elegís para ser más eficiente y efectivo. Yo creo que acá hay que trabajar... en un camino de cooperación, entonces la cooperación a mí me parece y los acuerdos, quedan a nivel discursivo y...no se pueden llegar a efectivizar. Porque podemos estar todos de acuerdo con algo, pero y ¿cómo, cómo lo conseguimos? ¿qué pongo yo, qué pones vos, qué pone aquel...? para que eso realmente ocurra. Entonces va en el nivel de compromiso y representatividad que tengas de algo. Porque vos si, si... si yo parto de la base de que alguien

me está representando como ministerio, yo la persona que elija tiene que ser una persona con capacidad suficiente de todo lo que se conversa en dos horas a mi venga y me lo resuma en tres para yo poner decisiones(...)" (Entrevista 5)

Esas dificultades mencionadas¹⁰, así como los obstáculos para crear y satisfacer una demanda de prevención del suicidio, dejan a la vista, que la importancia de la prevención del suicidio en sí y la promoción de la salud, es relativa. La difusión de las herramientas y estrategias existentes necesita de soportes que implican demostrar un compromiso real. En cambio, en la práctica y en el accionar queda reflejado que para los ejecutores de políticas y para las figuras de poder (léase miembros del Poder Ejecutivo), lo que en realidad importa es la mancha que tiene Uruguay, por ser el país con la tasa de suicidio más elevada de la región.

Para mitigar la desinformación planteada anteriormente y poder crear una demanda correspondiente, es necesario, según los miembros de la comisión unir fuerzas a las de la CNHPS, como puede ser la de los centros de salud. Actualmente, los prestadores de salud son libres de implementar las prestaciones dirigidas a la población en riesgo suicida, a demanda. Como tal demanda es insuficiente y en determinados centros inexistente, el derecho de esa población termina siendo en ciertas instituciones vulnerado. El servicio público de salud siempre tiende a ir a la vanguardia respecto al sistema privado, en cuando a las prestaciones y su implementación temprana. Aparece a su vez la denuncia de que dentro de los centros de salud la información que puede captarse para ayudar a dicha población es muy escasa, debido a las restricciones de consulta.

"(...)la información que surge dentro del sistema de salud es muy escasa(...) es absolutamente circunstancial, dura quince minutos y a veces lo que se puede ayudar a una familia a partir de esa información es nada (...) el trabajo en los hogares muchas veces te abre las puertas para realmente poder hacer intervenciones que ayuden, que sean efectivas y no solamente decirles: no mire usted tiene que hacer esto, lo otro lo otro lo otro(...)." (Entrevista 7)

En aras de conseguir un mayor involucramiento de la sociedad civil, la CNHPS inicio una alianza con un grupo de prevención de suicidio que tiene contacto significativo con los familiares de las personas suicidas, y propuso su incorporación a la comisión asesora. Los miembros de la CNHPS tienen claro la importancia de la palabra de estos colectivos, como de los familiares, para lograr un diseño de política de prevención efectiva y universal. Escuchar su palabra, desde la experiencia propia, puede ayudar a entender que es lo que se necesita y cómo se los puede beneficiar.

"(...)me parece que la incorporación de este grupo viste, a la comisión asesora, de familiares puede ayudar a, a darle fuerza a... a ese punto específico de políticas de postvención. O sea, ¿qué necesitan las personas, supervivientes? ¿Cómo se las puede apoyar desde políticas y programas? ¿qué cosas específicas deberían existir? Yo creo que ese puede ser un aporte para avanzar en eso(...)" (Entrevista 7)

"(...)yo creo que [el papel de los familiares seria] exigir el cumplimiento, este, el denunciar aquellos lugares en donde no se cumplen las prestaciones que se ofrecen... Ahora, eso implica... tocar la esfera gubernamental y ejecutiva que si

¹⁰ Escasa difusión, falta de apoyo económico y de estructura; lentitud; ineficiencia en las tareas; escasa interdisciplinariedad

no quiere oír... digo, por eso, es como una calesita, vos podés estar bajándote y subiéndote y tenés la sensación de que estas siempre en el mismo lugar(...)"(Entrevista 5)

Desde ambas comisiones se considera al familiar como el referente socio-afectivo más cercano a la hora de una crisis suicida y se quiere impulsar en la sociedad el lema "La primera ayuda podés ser vos". La sociedad civil debe asumir, según los ejecutores de políticas, un papel protagónico y la CNHPS debe impulsar su organización. Paradójicamente, estas instancias de intercambio entre comisiones y sociedad civil fueron muy escasas y para los ejecutores no quedó expresada una demanda clara de la sociedad civil o de los familiares de personas suicidas, de sus aspiraciones.

"(...) no nos quedó claro como una demanda, de parte de ellos, en realidad fue una invitación nuestra a una reunión(...) llamarlos como para hacer una alianza conjunta para empezar a desarrollar. Y bueno, quedaron como a las órdenes de poder desarrollar (...)"(Entrevista 8)

Como conclusión, si miramos las estadísticas, las estrategias desempeñadas desde el 2009 en adelante no son efectivas, fallan varias cosas, en diferentes niveles y son procesos lentos. Quedan al descubierto varias dificultades tanto organizativas como de compromiso y de estructura. Al mismo tiempo, permanece en los ejecutores de políticas la idea de que se debe seguir por el mismo camino ya que sin todos estos esfuerzos, por más mínimos que sean, probablemente la tasa de suicidio del Uruguay sería hoy en día mucho mayor.

La CNHPS junto con la Comisión Asesora y el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (ver anexo 2), sirven como nexos para el afuera, los conocimientos se comparten y el saber se replica, aunque lentamente, teniendo una repercusión en el accionar de todos. Las estrategias para abordar el suicidio se forman a partir de la visión de varios actores, en ocasiones en contradicción, en donde la sociedad civil es el más importante pero aún, según los entrevistados no asumió su rol.

8.4 Suicidio y el sistema de salud

Las prestaciones dirigidas a las personas suicidas y su entorno abordan tres posibilidades, no excluyentes entre sí: grupos terapéuticos, psicoterapia individual y psicoterapia familiar. A partir de la pregunta por la existencia de algún mecanismo de postvención para sobrevivientes, los entrevistados muestran el conocimiento teórico de estas prestaciones pero señalan que algunas modalidades no están en funcionamiento, y recomiendan específicamente la psicoterapia individual.

"(...) yo no sé de que haya un grupo funcionando, este, de familiares. O sea, la posibilidad está. Pero... no se ha formado. O si se ha formado en algún lado..."(Entrevista 2)

"Ehh los grupos son difíciles de formar. Ehh, algunos grupos ha habido, no sé si en este momento hay en marcha alguno grupo, es posible que sí... ehh, pero si no se consigue gente como para un grupo, igual esas personas se atienden de forma individual..."(Entrevista 13)

“(...)en general la muerte de una persona por suicidio no es lo mismo que la muerte de una persona por una enfermedad, por un accidente y demás. Tratamos, que los familiares de suicidas no integren esos grupos, les damos en general prestación individual. (...)”(Entrevista 3)

Desde la esfera de efectores de salud, se entiende a los grupos terapéuticos como una instancia de apoyo mutuo en la que se ventilan las emociones. Permite compartir vivencias con gente que atraviesa las mismas situaciones y posiblemente comprenda mejor el dolor sufrido por el otro. Al mismo tiempo, el grupo logra una elaboración colectiva desde lo compartido.

[Ventajas del grupo] “Y... y compartir entre pares, no?, eso es importante. Tener como el apoyo de, de pares, de gente que... que atraviesa situaciones parecidas, que tiene vivencias similares, no?(...)Poder compartir el dolor, con alguien que te va a entender, no?” (Entrevista 9)

“(...)el grupo permite, una elaboración... desde gente que compartió una misma experiencia, compartir la experiencia, compartir... las estrategias que han usado unos y otros...y a la vez reconstituir una red social de apoyo, desde un lugar distinto, no?, que tiene que ver con el evento vital...(...)Se apoyan en eso...entonces les permite reubicar ...el tema como de competencias sociales frente al tema no?”(Entrevista 4)

Los grupos que se plantean en el Plan de Implementación de prestaciones abordan distintas temáticas dentro de las cuales se puede encontrar un grupo dedicado a personas que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar, y otro para familiares o vínculos cercanos de una persona que haya realizado un Intento de Auto Eliminación (IAE) en un periodo no menor a doce meses. Sin embargo, en las instituciones de salud que conformaron el campo de la investigación¹¹, solo una ofrece el primero de los mencionados, y ninguna ofrece el segundo. Dicha institución considera al grupo formado por muerte inesperada como un taller preventivo.

“Es preventivo. El taller es un MODO 1 en prevención. Es justamente para elaborar las culpas... Mientras que, un tratamiento es para alguien que ya tiene un problema a resolver más, puntual, más individual.” (Entrevista 6)

La idea de tomar al taller como algo preventivo logra que los usuarios no se sientan patologizados y como consecuencia, la institución obtenga una concurrencia necesaria, pero aun así insuficiente.

“Bueno, muchas veces ellos [los familiares] plantean que se angustian mucho, al ver que otra personas le han, le ha pasado lo mismo. E inclusive los que menos concurren a ese taller son, los de IAE, los familiares de intento de autoeliminación. Y porque además se sienten responsables de lo que paso: ¿Por qué yo no hice tal cosa?... ¿Por qué no me di cuenta?... ¿Por qué?... Entonces este.... es como, como muy movilizador. De todas formas, acá los talleristas lo que intentan es que vaya a un tratamiento psicológico, una psicoterapia. Que también se las damos, acá.”(Entrevista 6)

A pesar de ser preventivo, se manifiesta que ese grupo no puede ser considerado como un “masaje terapéutico”. En el trascurso del tratamiento se movilizan un montón de emociones, que el usuario tiene que ser capaz de tolerar. La funcionalidad del grupo está en entender qué hace la persona con lo que le toca vivir y enseñarle distintas maneras de sobrellevar la situación.

¹¹ Vale aclarar que no se relevó información en todas las instituciones de salud del país, por lo cual estos datos no son exhaustivos.

“(…)uno tiene la fantasía que..., el técnico especializado en, psiquiatra, psicólogo... no sé qué, este, va a encontrar la fórmula para que...esta persona no se quiera, quitar la vida, no se quiera generar daño. Y... muchas veces este, los referentes socio afectivos podemos hacer mucho por ellos no?.” (Entrevista 8)

Pasando a las particularidades de la atención de familiares de personas suicidas, según los efectores de salud, cualquiera de los tres tipos de prestaciones mencionadas le proporcionarían al usuario herramientas para resistir el “tsunami emocional” y la marca que deja el suicidio de una persona querida y allegada, incluyendo, mecanismos para enfrentar el estigma y la hostilidad (real o percibida), del entorno. No obstante, algunos consideran que en el caso del suicidio, los grupos deberían ser exclusivos para personas que estén atravesando un duelo patológico secundario a un suicidio (caracterizado por la permanencia en el tiempo y una mayor intensidad del sufrimiento, comparado con un duelo considerado “normal”), ya que esa causa de muerte es muy disruptiva, y compartir la vivencia con usuarios que sufren por otro tipo de muerte, puede implicar una perturbación de sus propios procesos de elaboración.

“[Quienes sufren por suicidio] Difícilmente se integren al otro, grupo de duelo por razones...este, indivi, por razones de duelo., no?, general. (...) No, no se entienden, y perturba, uno perturban en los procesos de los otros(...), incluso había, en un momento se pensó en tener grupos para personas que hacían intentos de autoeliminación, y se desistió de la idea. Porque se potenciaba la agresividad de unos y otros(...).” (Entrevista 3)

Esto deriva en el concepto de que los duelos patológicos, y específicamente los duelos por suicidio, se “curan” entre personas que sufren el mismo dolor, o lo sufrieron. Se “cura” entre pares. Esta creencia fomentaría en cierto sentido, el aislamiento de los familiares de suicidas de su entorno, pero a la vez, impulsaría la reconexión de los mismos con personas de vivencias similares, pudiendo considerarse a largo plazo, como un primer incentivo para la posterior organización.

Por otra parte, hay quienes defienden la postura de que cuanto más heterogénea sea la situación grupal mejor se trabaja, permitiendo a los usuarios conectar y percibirse desde otro lugar que no sea necesariamente el hecho suicida y así poder recuperar la integridad.

“(…) por mi experiencia (...) cuanto más heterogéneo es un grupo mejor se trabaja(...)porque pueden como, intercambiar cosas. Por ejemplo, en los grupos de droga, hay un punto donde ya no se habla más de la droga. Se habla de las dificultades que tienen, lo que les pasa a ellos, de cómo se sienten(...) y, el tema de la droga ya no se habla más. No se habla más (...) y, entonces este, ahí es como que... lo que lo une queda. Porque en realidad ,eh, se está hablando del sufrimiento de ellos.(...)”(Entrevista 2) 12

Por todo lo planteado anteriormente, y fundamentalmente bajo la idea de que hay una gran diferencia entre la muerte auto inflingida y las demás muertes, desde la esfera de efectores de salud, se recomienda para los familiares de suicidas la atención psicoterapéutica individual y/o familiar, siendo la primera la mejor recibida. La terapia individual permite una psicoeducación, intentando

12 Esto último queda evidenciado en la cita elegida para este apartado.

proporcionar una explicación para procesar lo sucedido. Esas explicaciones surgen, fundamentalmente, a partir de posibles patologías mentales y de actuaciones impulsivas, logrando mitigar los sentimientos de culpa existentes en el familiar. Sin embargo, en los casos de duelo patológico, en los que el familiar entra en proceso psicoterapéutico, se plantea que el seguimiento del tratamiento es inconsistente debido a que cuando la persona siente la mejoría, abandona el tratamiento y desaparece del sistema de salud.

“(...) en algunos casos, en realidad es psicohigiene, porque hablas de la persona de lo que, trabajas lo que paso, habla, se entiende, la persona ni siquiera entra en un proceso psicoterapéutico, este, es aclarar la situación.(...) Quiere entender, no?, quiere saber si pudo hacer algo. Si tenes una personalidad de base, bastante sana es difícil que haga un proceso patológico, entonces es algo corto.” (Entrevista 3)

“(...)y muchos no siguen mucho tiempo los tratamientos. A los... te diría que, al al, a veces a los dos- tres meses, " a no ya está todo bien" y desaparece.”(Entrevista 2)

Hasta aquí, no se puede negar que existen enormes dificultades (que implican tanto al sentimiento familiar como a las instituciones), para la correcta implementación de los grupos planteados. Por el lado de las instituciones, formar un grupo, cualquiera sea la temática, implica destinar recursos para captar a las personas y luego conseguir un espacio físico y trabajadores con disponibilidad horaria que se especialicen en coordinar grupos. La figura de el/los coordinador/es es fundamental, según los efectores de salud, para la funcionalidad del grupo, ya que ésta depende de la metodología aplicada por los primeros.

“El otro tema es eso, es quién coordina el grupo, y cómo funciona.... Porque.... hay grupos que, si no están bien coordinados no van a funcionar nunca...., eso es clave, cómo se trabaja con el grupo....” (Entrevista 4)

Los entrevistados afirman que las instituciones no poseen un personal que acostumbre a desempeñarse adecuadamente a la hora de trabajar con grupos y simultáneamente, en el Uruguay no existe una cultura del tratamiento grupal, lo que hace que del lado de los familiares, el grupo no sea una oferta atractiva ni solicitada de primera mano. Asimismo, en los grupos, el compromiso de concurrencia por parte de los usuarios es indispensable para su permanencia en el tiempo. Por último, la integración del familiar al grupo depende de la personalidad, interviniendo a su vez la temporalidad del proceso del duelo en el que se encuentre.

Para los efectores de salud es todo un desafío intentar captar a los usuarios de los grupos, en el caso de los familiares por suicidio, expresan que éstos, inicialmente ven al grupo como un lugar para compartir miseria y el ofrecimiento es rechazado inmediatamente por la concepción del suicidio planteada en el primer capítulo.

“(...) En la primera etapa [del duelo], si vos le planteas a la persona la posibilidad de integrarse a un grupo, no quiere saber de nada.” (Entrevista 4)

En este escenario, es evidente que la persona tiene que poder optar, por si misma, concurrir o no a los grupos, pero primero debe conocer la posibilidad. La responsabilidad de informar es primero, del profesional que debe ser capaz de derivar correctamente a los pacientes y darles distintas opciones, segundo, del propio paciente que debe informarse de sus derechos. Sin embargo, para que ambos actores puedan informar, por un lado, y exigir el cumplimiento de sus derechos, por otro, se necesitan campañas o instancias de difusión en las que se puedan conocer las prestaciones. En esta línea se manifiestan carencias por parte de los encargados de la difusión, a la hora de idear mecanismos de formación de demanda.

“(...) tampoco puedes vender un servicio en tu cartelera que diga “si tu familiar se suicidó venga acá”, porque es lo que menos pasa. Lo que más te pasa es la gripe, no?(...)” (Entrevista 3)

Recapitulando, el Plan de Implementación de Prestaciones es un esfuerzo bien intencionado pero tiene poco rigor en su implementación y en su evaluación, porque gran parte de sus prestaciones no están disponibles, y no es suficiente como mecanismo considerado de postvención. Queda manifiesta una lógica institucional que no actúa para crear la demanda necesaria que lleve al cumplimiento de las prestaciones, sino que espera a que llegue. Y si esta demanda no se genera, tampoco se responsabiliza a la institución. Seguidamente, el estigma y los prejuicios obstaculizan la creación de los grupos en los cuales podrían estar contemplados los familiares de las personas suicidas, que además son considerados por los funcionarios de la salud como grupos preventivos, al mismo tiempo que los ejecutores de políticas los ven como posibles estrategias de postvención. Por su parte, la mayoría de los familiares desconocen la posibilidad y/o no tienen deseos de participar en los grupos.

“(...) Hay algo que tiene que ver con la organización del sistema de atención, hay muchas cosas en eso que no funcionan de la manera que ayude a que se empleen los recursos que se supone que estarían disponibles.” (Entrevista 4)

8.5 El relato de una madre

En concordancia con la mirada institucional y académica, el suicidio aparece en el relato como algo inabarcable, un impacto imposible de concebir, a partir del cual la vida se desmorona y se debe actuar para reconstruirla, de lo contrario se transforma en una situación imposible de sobrellevar.

“(...)es como si te amputaran una parte.... de tu ser, físico, mental, sentimental. Es realmente como, de pronto convivir con un agujero. Y ese agujero vos sabes que va a estar ahí por siempre. Porque no hay nada ni nadie que lo pueda llenar de vuelta....Y yo sabía que, digo, si no trataba de reconstruir de alguna forma, el mundo alrededor mío.... me iba a resultar imposible seguir adelante” (Entrevista 14)

Debido a la gravedad del impacto, expresa haber percibido la necesidad de ayuda luego de un tiempo transitando el duelo por cuenta propia. En su caso muestra a la terapia individual como herramienta indispensable para elaborar y concluir el proceso de duelo

“Para mí era claro de que, necesitaba ayuda (...), es un duelo que no se compara con ninguno.” (Entrevista 14)

“(...)lo elabore una vez que pude tomar cierta distancia.... de mi propia vivencia, en el sentido de que me sentí,(...) tan inhabilitada... yo no sabía, no tenía ni idea, cuánto tiempo me podía sentir así..., o si en algún momento podía superarlo(...) Realmente, mentalmente no lo puedes, no lo puedes concebir.” (Entrevista 14)

Esto último nos habla de primera mano sobre lo que planteaban los entrevistados en relación al tiempo necesario para transitar un duelo, que varía según la persona y es ésta la que lo debe iniciar.

Respecto a la decisión de integrar un grupo de padres sobrevivientes, o conectar con personas que compartieran la vivencia, la entrevistada manifestó desinformación, (carencia que refleja una falla, ya planteada, a la hora de difundir las prestaciones existentes por parte de los efectores de salud y ejecutores de políticas), pero al mismo tiempo argumenta que no pudo trasladar ese dolor hacia otras personas, por lo cual la posibilidad de agrupación se descarta *ipso facto*, sumado a que bajo su perspectiva las instituciones de asistencia a la salud no le proporcionarían la ayuda que consideraba necesitaría en ese momento. Asimismo, concuerda que las terapias grupales no son amigables para la personalidad uruguaya.

“Yo creo que uno esta tan inmerso en el propio dolor, que es casi imposible, el concebir ese mismo dolor en otros.(...)Tampoco se me ocurrió que podía haber organizaciones. (...) así que busque, lo que sabía y que era la salida individual.(...)Pero varias veces en el camino éste, que ya está siendo larguito, me planteé que no es sencillo, no debe ser nada fácil para alguien que, que vive la misma situación, pero que de pronto no tiene los mismos recursos...el poder manejarse(...)” (Entrevista 14)

“En este duelo más que en ningún otro, es una tarea de remar, durante muuucho tiempo. Y yo pienso que en esa tarea de remar es donde quizás... algún otro tipo de soporte, de red social,... de encontrarse quizás con sus pares.(...) No tengo la experiencia y no creo mucho...sin embargo en la literatura dice que funciona y de hecho, esos grupos de tipo alcohólicos anónimos y demás.... funcionan. A veces me da la impresión de que no va mucho no nuestro espíritu tampoco.” (Entrevista 14)

“Eh, tenía claro que a nivel institucional, no verdad, mutualista y demás, no me iban a dar respuesta. No a lo que yo necesitaba en ese momento. Que era esta instancia de que alguien me prestara sus oídos, alguien... con, con el “not who”, ta?, me prestara sus oídos... para poder trabajar conmigo, como yo digo, mi exploración hacia el interior.” (Entrevista 14)

En lo que refiere a los sentimientos de culpa, expresa al suicidio como un hecho ofensivo y una herida narcisista al ser madre, así como un hecho que pone en duda la eficiencia del cumplimiento de su papel de madre. El silencio y el tabú en torno al suicidio agravan esos sentimientos de culpa y provoca responsabilidades injustificadas.

“Yo puedo fantasear, y puedo establecerme a mí misma 20 hipótesis de porque mi hijo tomo la resolución.... Eso no quiere decir, que yo no lo sienta como una... afrenta o como una herida.... casi te diría que una herida narcisista, a mi

ser mama... Y concatenar eso con todos esos sentimientos de culpa que sentimos las mamas de aquel que se ha tomado... su vida...(...) Entonces, en cierta medida... tu tarea, de mama.... no anduvo todo el camino. Y después volvés para atrás y decís (...) ¿Cuál es la tarea, que no, que no lograste?. No, no es tu tarea. Separar esas aguas es muy muy muy difícil.” (Entrevista 14)

“como el tema muerte es tan tabú, hay instancias en las cuales... la familia, o los allegados.... a quien se suicida vamos a seguir poniendo culpas en los otros. Vamos a seguir llenando agujeros ficticios, con nuestras suposiciones, sin verbalizarlo, ante los demás. Y yo creo que ahí podría haber una acción sanadora entre comillas, bien importante. Porque... ahí quedo una brecha viste?...de cosas, no dichas....que nunca se encontró la instancia o el ámbito adecuado para al menos preguntarlas en voz alta.” (Entrevista 14)

En alusión a su entorno social cercano la entrevistada manifestó que perdió y recupero amistades mostrando el hecho de que al mismo tiempo que el suicidio es chocante para el familiar, lo es para los allegados de estos. Este discurso apoya lo planteado sobre el entorno como incompetente. En su caso particular sintió estigma al comienzo y se manifestaba de las siguientes maneras:

“ (...)Es difícil de discernir subjetivamente lo que uno puede vivir de... como cierto señalamiento, persecución y lo que es real... digo, pero es como...cierto apartamiento, aquella persona que sabía capaz que cruzaba la vereda de enfrente para no tener que saludarte o conversar, o decir "lo siento mucho"(...) tuve un soporte muy grande de mis colegas, de mis amigos, de la gente que me conocía a nivel de sociedad (...)Todos estuvieron expresando además su, su dolor y... pero de todas maneras había estas pequeñas cosas.” (Entrevista 14)

Por último, respecto a la cuestión de hablar sobre el tema en su caso hablar fue de ayuda, y nunca oculto el suicidio, bajo la creencia de que hablar del tema abre puertas y brindar salidas interesantes para el duelo, fuera del sistema de salud. Sin embargo, comparte que la funcionalidad del habla es subjetivo a cada caso y cada personalidad.

“Ayuda.... esto pasa por muchos carriles individuales, digo.... a mí me sirve hablar (...)pero, depende de, depende de tu carácter; depende de, cuan extrovertido seas o cuan, cuanta posibilidad tengas de que a través de la palabra puedas elaborar.... De todas maneras yo creo que el minimizar el peso.... de la posible culpa que uno siempre se auto inflinge y evitar el estigma eso sería fundamental.” (Entrevista 14)

9. Conclusiones

A partir de la concepción teórica abordada en esta tesis, pasando por el marco analítico y los datos empíricos, podemos identificar barreras de distinto tipo y alcance para la creación de estrategias de postvención. Por un lado, se encuentran los obstáculos políticos que tienen su correlato en obstáculos económicos y logran una ineficiencia en el ámbito sanitario en cuanto a prestaciones para familiares; por otro lado, pero en relación de retroalimentación, están los obstáculos socioculturales ligados al modelo y sistema de muerte imperante, transversalizando todo nuestro problema e impidiendo el tratamiento del tema a nivel social. Dichos obstáculos respectivamente mencionados, dificultan una demanda directa de los afectados ante el Estado y sitúan al familiar de suicida en una posición de pasividad ante la posibilidad de organizarse y demandar

acompañamiento social e institucional, por el peso de las representaciones del suicidio y las muertes violentas en sociedades donde rigen modelos de muerte modernos. A continuación profundizaremos sobre esas barreras que hacen a la ausencia de estrategias de postvención.

Los obstáculos políticos que frenan las políticas en suicidio a nivel general y repercuten sobre la postvención tiene que ver con que, si analizamos la preocupación existente acerca de la magnitud del suicidio en el país, a partir de los hechos y las acciones que se desprenden desde la esfera del poder, la preocupación es discursiva y se manifiesta en las fechas importantes en torno a la temática. El suicidio no está de forma fija y sostenida en la agenda política del estado uruguayo y tiene un lugar ficticio, por la amenaza que implica para la integridad de una sociedad y un país la tasa de suicidios. (Pérez Jiménez,2011). Además, todo lo que se ha hecho hasta el momento en el país, relativo a las distintas etapas del continuum de la conducta suicida, para evitar su consumación, han sido esfuerzos impulsados por una política de gobierno, pero no pueden considerarse una política de Estado, ni una prioridad para el mismo.

La falta de voluntad y estrategia política para apoyar las ideas que puedan atenuar la problemática del suicidio conduce a barreras de carácter económico. A partir de que no hay interés político en la temática, falta el soporte financiero que puede ser destinado para “alivianar” la preocupación discursiva del suicidio, quedando obstaculizado el pensamiento y diseño de posibles políticas en suicidio. Por otro lado, los actores que trabajan en la temática, tienen la concepción de que si bien la tasa de suicidios es alta en el país, en números absolutos los suicidios no son una cantidad elevada, por lo cual, hay cosas de las que ocuparse primero, justificándose a su vez bajo el argumento de que la tendencia a la no disminución de la tasa de suicidios es generalizable a todos los países y no es única de Uruguay. Las restricciones políticas que derivan en los obstáculos económicos, sustentan la concepción de una demanda de ayuda inexistente por parte de la sociedad civil, pero sin recursos suficientes ni los ejecutores de políticas piensan sus estrategias funcionales hacia una demanda amplia, ni los efectores de salud brindan la oportunidad a la sociedad civil de que la genere. Por lo cual, la difusión en torno al suicidio circula en ámbitos específicos y cerrados: instituciones dedicadas a la atención en salud y algunas instituciones educativas.

En lo que remite a las barreras socioculturales, aparece el silencio y el estigma transversalizando toda la problemática y penetrando a todos los actores de distinta forma. El suicidio no es aceptado como forma de muerte en el Uruguay, es caracterizado como algo angustiante, sensibilizador, reactivador, interpelante, tema álgido, imposible de enfrentar, agresivo y terrible. Sigue siendo, al día de hoy, algo ocultado y escondido “detrás de las bambalinas de la vida social” (Elías, Norbert, 1987), así como también se oculta el sufrimiento que desencadena. Esto genera que los sobrevivientes se mantengan aislados de sus vínculos sociales, al menos durante el duelo. Según los entrevistados, se desvinculan de su entorno, por los sentimientos de culpa, vergüenza y el estigma

que heredan a partir del suicidio consumado (Goffman,2006). No obstante, la represión del suicidio no siempre implica un sentimiento de vergüenza por parte del entorno, sino que es simple incompetencia de la sociedad al tratar la temática. Desde lo social, queda de manifiesto un desconocimiento general, que provoca una imposibilidad para el tratamiento del tema de forma holística, limitando dicho tratamiento a la asociación suicidio-desequilibrio en la salud mental. Esta limitación, a su vez dificulta el trabajo interdisciplinario en la temática y cierra su abordaje al ámbito de la salud.

Por su parte, la asociación suicidio-salud mental está en contradicción fundamental con la figura del médico como profesional. La medicina actúa en contra de un enemigo que es la muerte, lo que genera que en el pensamiento médico, sea incomprendida la idea de buscar la propia muerte, acentuándose el estigma y los prejuicios en esta profesión más que en otras. En segundo lugar, en concordancia con lo que plantea Ariés(2011), en nuestro país se carga a los médicos con gran parte de los problemas sociales cuya solución es difusa para el Estado y éste no sabe cómo actuar. Que el área científica de la salud deba hacerse cargo de mitigar los intentos de suicidios y de aliviar el proceso de duelo de los sobrevivientes, puede considerarse un acto de violencia del Estado para con los médicos y además no es funcional para ninguna de las dos partes dentro de un sistema cultural que condena el suicidio. Los médicos no pueden brindar una solución a los problemas del suicidio por fuera de la patologización del fenómeno. Si nadie está socializado para tratar al suicidio, ¿por qué en el caso de los médicos sería diferente? .Expresada esta contradicción, podemos entender alguno de los motivos por los cuales las estrategias sobre suicidio han tenido dificultades en su ejecución y los mecanismos de prevención institucionalizados demuestran no ser atractivos para la población objetivo, dentro de un centro de salud con médicos que portan los mismo prejuicios que toda la sociedad sobre la temática. Así, se desencadena una desconfianza en las instituciones por parte de la población suicida y los sobrevivientes, respaldada en el sentimiento de que los profesionales de la salud, son incapaces de empatizar con su situación y solo pueden culpabilizarlos. Simultáneamente, se percibe un desentendimiento entre quienes diseñan la política o los dispositivos de intervención en suicidio y las necesidades de la población, a la cual esos dispositivos deberían beneficiar. Los dispositivos de atención individual son herramientas para desmesurar el conjunto de factores individuales que están incidiendo y para brindar cierta prevención individualizada, pero generalmente esa atención se da posterior al intento de autoeliminación y no de forma anterior. Esto lleva a pensar que habría que cambiar el rumbo del trabajo sobre la incidencia del suicidio. Al pensar la prevención en suicidio como prevención en salud general, los cuidados preventivos podrían desarrollarse desde la primera infancia, de forma más integral, y prevendrían con mayor rigidez los intentos de suicidio.

La combinación de las barreras políticas y económicas junto con las barreras socioculturales genera un sistema de obstáculos bastante rígido, difícil de penetrar para los familiares, que implica que la esfera de poder no les otorgue importancia real y las normas culturales junto con la respuesta social ante el suicidio, remarquen constantemente su estigma, rechazo y culpabilidad. Entonces, los miedos amparados desde la teoría y la cultura junto con la inactividad política logra que los familiares no opten por ninguna maniobra colectiva para reivindicar estrategias de postvención o algún tipo de acompañamiento institucional y busquen sostén emocional en otros ámbitos fuera del sistema.

Queda aquí de manifiesto, un divorcio entre el real interés, el discurso, lo social y la política, en torno a la temática del suicidio. La postvención no se toma como un objetivo a alcanzar en el corto plazo porque el pequeño foco existente está en la prevención, al mismo tiempo que bajo el discurso médico científico, una implica la otra por lo cual la atención en postvención mediante la prevención estaría cubierta. En el discurso existe una importancia significativa en la creación de estrategias de postvención pero se ven menos necesario por el peso de los valores modernos, entre ellos la creencia y el sentimiento de que no todo el mundo está capacitado para ayudar a quien está afectado y debe de existir un vínculo de unión previo para ello, quedando la superación de un suicidio como una cuestión de resiliencia individual, una responsabilidad de quien sufre. Además, la falta de cultura en postvención y el sentimiento de vulnerabilidad ante el pedido de ayuda, produce cierta negación a su existencia

Como conclusión preliminar, se puede pensar que si se comienza a educar en suicidio, se lo dejara de ver únicamente bajo el lente de la salud mental y se terminaran de derribar los mitos y prejuicios en torno a este, las personas con ideación suicida y quienes sufren por suicidio puedan estar más abiertos a comentarlo y no deban sufrir en y el silencio. Al mismo tiempo, si se logra seducir a la esfera de poder acerca de la importancia de la temática y se consigue apoyo político y financiero, se podrán desarrollar pequeños impulsos que en unos años, conduzcan a resultados eficientes de prevención en suicidio, descendiendo la tasa de los suicidios consumados. Aquí, estaríamos resquebrajando levemente la trinchera de barreras y una vez en ese escenario, el Uruguay estará maduro para comenzar a pensar en esfuerzos de postvención de suicidio¹³. Mientras tanto, el suicidio continuara escondido y siendo una patología social (Honneth,2011), la sociedad seguirá evitando hablar del tema por miedo a no saber cómo hacerlo, el Estado seguirá generando pequeños impulsos vanos para disminuir la tasa de suicidios consumados, y los sobrevivientes continuaran siendo las víctimas invisibles.

13 No se puede negar que los intentos de atención en prevención son mejor que la inacción, que han habido avances diminutos, pero aun así no es suficiente ni tampoco es el tema que nos copete en esta investigación. Quizás sea cuestión de tiempo para que las ideas tomen fuerza y lleven al cambio.

Sin embargo, todas las barreras mencionadas, evaluadas desde un punto de vista macro son herencia y consecuencia de permanecer bajo un modelo moderno que otorga a la muerte un papel intransigente en cuanto a lo que se percibe, pero con un trasfondo importante en la conciencia, es lo que preocupa pero nunca se habla. Es un modelo en donde la medicina continua siendo la autoridad, la muerte no es una amenaza cotidiana hasta que rompe la norma y aparece antes de tiempo materializándose en quien decide darse muerte; la perdida ya no es grupal sino intrafamiliar (transformando los rituales sociales para la reconstitución luego de la muerte), sufrida en silencio y explicada por elementos estructurales y de la vida personal del suicida. En los hechos, no existe una separación clara entre el tratamiento de la victima de suicidio desde el ámbito sociocultural o institucional-sanitario; al dejar atrás el modelo tradicional de muerte, se produce un desacostumbramiento a convivir con la muerte y pasa a ser la sombra constantemente ignorada. Más allá de que dicha ignorancia parece dar tregua y tanteamos las características del modelo neomoderno cuando consideramos los avances que han surgido en los últimos años relativos al tratamiento y la aceptación de otros tipos de muerte, como ser la interrupción voluntaria del embarazo o las discusiones sobre eutanasia, en lo que respecta a las muertes violentas y específicamente al suicidio continua rigiendo las normas modernas, reforzadas con un soporte tradicional, religioso y cultural, que junto con la autoridad médica de forma unánime tipologizan al suicidio como una mala muerte, evitando que quienes sufren en vida gestionen y reivindiquen su propia muerte, al mismo tiempo que se le exige que se hagan cargo de su vida y sobrelleven las frustraciones y situaciones, de manera autónoma pero siempre bajo las restricciones de la norma en donde el suicidio no está contemplado. Estas mismas exigencias corren para los familiares que cargan con la perdida y lidian solos con una muerte que no eligieron. Actualmente no hay respaldo religioso ni tradicional, ni institucional que permita que las situaciones de muerte suicida no sean padecidas, y la sociedad de a pie tampoco puede tomar las riendas del apoyo. Entonces, más que educar en suicidio deberíamos pensar en cómo evolucionar hacia un modelo neomoderno en donde la muerte vuelva a convivir con nuestra consciencia de una forma sana y amigable, partiendo de un escenario en el cual la muerte es entendida y aceptada, y el propio individuo tiene la autoridad de su vida y por ende de su muerte.

Referencias Bibliográficas

- Ariés, Phillipe (2011). *El hombre ante la muerte*. Buenos Aires: Taurus
- Canetti, Alicia (2017). “La conducta suicida desde la perspectiva psiquiática” en Canetti, Alicia. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC, pp (107-135)
- Cohen, Diana (2007). “Apéndice. Los sobrevivientes de un suicidio” En *Por mano propia: Estudio Sobre las Practicas Suicidas*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp 299-319.
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio *Plan Nacional de Prevención del Suicidio* [online]. Disponible en: http://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/19089/1/plan_nacional_de_preencion_del_suicidio.pdf [acceso: 4/9/18].
- De Miguel, Jesús M. (1995). *El último deseo: Para una sociología de la muerte en España*. Universidad de Barcelona y University of California San Diego, pp. 109 – 156
- Elias, Norbert. (1987). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gil Villa, Fernando (2011). *La derrota social de la muerte*. Madrid: Abada editores.
- Goffman, Erving (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Guigou, Nicolás (2017). “Suicidio en el Uruguay: la violencia del silencio”. En Guigou, Nicolás. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC, pp 211-221
- Hein, Pablo y Gonzales, Victor Hugo (2017). “El suicidio en Uruguay” en Hein, Pablo y Gonzales, Victor Hugo. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC, pp 169-195
- Hein, Pablo y Rodríguez, Leticia (2017). “Cuidate a ti mismo” en Hein, Pablo y Rodríguez, Leticia. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC, pp 87-97.
- Heuguerot, Cristina (2017). “Suicidio y Poder a fines del siglo XIX en Uruguay” en Heuguerot, Cristina. *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Montevideo: CSIC, pp (153-169)

- Honneth, Axel (2011) *La Sociedad del desprecio*. Madrid: Trotta.
- Instituto Nacional de Estadística Anuario estadístico 2017 [online]. Disponible en: < <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/496405/Anuario+2017.pdf/ea4a21e5-2b2a-41b1-99d2-9312cd97700a> >
- Jiménez Aboitiz, R. (2012) ¿De la muerte (de)negada a la muerte reivindicada? Análisis de la muerte en la sociedad española actual: Muerte sufrida, muerte vivida, y discursos sobre la muerte. Tesis doctoral. Universidad de Valladolid (España), pp 77-174.
- Ministerio de Salud Pública Objetivos Sanitarios Nacionales 2020 [online]. Disponible en: < https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=340 > [acceso: 4/8/18]
- Organización Mundial de la Salud *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020* [online]. Disponible en: < https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/ > [acceso: 4/9/18].
- Oxman, Claudia (1998). *La entrevista de investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Eudeba.
- Payá, Víctor y Gómez Patiño, Víctor y Nicolasa de Vega, Wendy (2012). *El don y la palabra. Un estudio socioantropológico de los mensajes póstumos del suicida*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pérez Jiménez, Juan Carlos (2011). *La mirada del suicida. El enigma y el estigma*. México: Plaza y Valdez editores.
- Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud [online]. Disponible en: < <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Plan%20de%20Prestaciones%20en%20Salud%20Mental.pdf> > [acceso: 4/9/18].
- Quagliata, S. (2015.). *Las características del duelo en madres de hijos fallecidos por suicidio: estudio de casos*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay) Facultad de Psicología
- Silvera Lucas, M. (2014.). *El trabajo del duelo por suicidio de un familiar*. Tesis de grado. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Psicología.

- Vasilachis de Gialdino, Irene (2006). *Estrategias de investigación Cualitativa*. Barcelona: Geldesa.
- Wertheimer, Alison (2001). *A Special Scar: The Experiences of People Bereaved by Suicide*. Londres: Routledge.

Anexos

Anexo 1: Comentarios metodológicos.

Agrupación de actores en esferas teóricas

Si bien problemas como el suicidio consumado y el duelo por suicidio son abordados en abundancia por las disciplinas de la salud, el problema de investigación planteado aquí trasciende el ámbito de la salud y abarca ámbitos diversos desde la creación de leyes hasta su difusión y concientización. Por ello, realizo la construcción de cinco esferas conceptuales con dos objetivos, primero para delimitar el marco por el cual se desarrolla mi problema y segundo para utilizar dichas esferas como guía para la demarcación del campo. Cada una de las esferas tienen una participación diferenciada en la problemática, en algunas esferas el problema se manifiesta con mayor consistencia e intensidad que en otras, pero en su conjunto todas participan e incluso se retroalimentan y probablemente obstaculicen entre sí.

La primera esfera que identifiqué es la Creación de Políticas. Es la esfera en donde se crean, promulgan y controlan las leyes.¹⁴ Nos proporciona información acerca del proceso de politización de los problemas, de cómo se sitúan en el debate nacional, y de las consideraciones a tomar para la creación o no de una ley que contribuya a la solución de una determinada problemática social, política o cultural. Está integrada por el Poder Legislativo, el Poder Ejecutivo y el Poder Judicial.

La segunda esfera es la Ejecución de Políticas. Se encarga de llevar a cabo lo decretado en la primera esfera. Está comprendida por quienes desarrollan y planifican los planes relacionados al suicidio. La importancia teórica de esta esfera radica en hacer explícito el hecho de que quienes crean las políticas, leyes o planes, no son los mismos que quienes las piensan o las llevan a cabo. Si bien, estas esferas deberían estar coordinadas y en permanente diálogo, esto no siempre sucede y al separarlas podemos medir su coordinación. Se compone por el Ministerio de Salud Pública, el

¹⁴ Referidas al suicidio existe únicamente la Ley 18.097 la cual declara el 17 de julio como Día Nacional para la Prevención del Suicidio. Sin embargo, existen al menos dos leyes en Uruguay (19.039 y 18.412) que garantizan una indemnización por los daños ya sean morales, emergentes o por lucro cesante que un accidente de tránsito o un homicidio provoca en la vida de la persona cercanas, como son los familiares.

Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio del Interior, y el Ministerio de Educación y Cultura (CNHPS).

La tercera esfera es la del Conocimiento, posee el entendimiento informado del tema y desarrolla investigaciones tanto aplicadas como básicas acerca del mismo. Dichas investigaciones generan un cúmulo de saber que brinda el contexto del problema así como también, ese saber sirve de portavoz para visibilizar la temática en la sociedad. Esta esfera está constituida por la Facultad de Medicina, la Facultad de Psicología, Facultad de Enfermería, Facultad de Ciencias Sociales y Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.

La cuarta esfera es los Efectores de Salud públicos y privados. La componen los distintos prestadores de salud cuya función es efectuar la planificación realizada por los Ejecutores de políticas. Esta esfera actúa directamente con la población objeto de nuestro estudio, y proporciona la visión de los familiares/sobrevivientes desde la actividad práctica diaria. Al mismo tiempo, son quienes pueden brindar cierto paliativo al dolor de las víctimas mediante la comunicación y el tratamiento a partir del ejercicio de la profesión. Esta esfera está conformada por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) y los prestadores privados.

La última esfera es la Sociedad Civil, se caracteriza por fomentar o no en la población un modo de actuar y pensar determinado acerca del suicidio su importancia, su tratamiento y visibilidad. Es la esfera que puede hacer ruido y lograr que la problemática se trate a nivel de la esfera de la Creación y en la comunidad misma. También ayuda a entender la causa de la no conformación de los sobrevivientes como un organismo demandante de políticas, así como para indagar acerca de cómo los propios familiares vivencian la muerte por suicidio de un ser querido. Está formada por los familiares de personas suicidas y las Organizaciones No Gubernamentales de prevención de suicidio.

El mecanismo de interacción-retroalimentación que identifiqué entre las esferas, a priori, se desarrolla del siguiente modo: la esfera de la Creación de políticas alimenta a la de la Ejecución de políticas y se conecta con la esfera del Conocimiento y la Sociedad Civil. La esfera de la Ejecución de políticas es alimentada por la de Creación de políticas, y el Conocimiento y toma información de la Sociedad civil, a la esfera del Conocimiento y a la esfera de Efectores de salud. La esfera del Conocimiento es alimentada por la esfera de Ejecución de políticas, por la de los Efectores de salud y por la de la Sociedad Civil y alimenta a la esfera de la Creación de Políticas y a de la Sociedad Civil. La esfera de los Efectores de Salud es alimentada por la esfera de la Ejecución y por la Sociedad Civil y alimenta a la del Conocimiento y a la Sociedad Civil. La Sociedad Civil es alimentada por la de la Ejecución de Políticas, por la de los Efectores y por la del Conocimiento y alimenta a la Esfera del Conocimiento, la Creación de Políticas, a la de la Ejecución de Políticas y también a la Esfera de Efectores.

Anexo 2 : Políticas en Prevención de Suicidio en el Uruguay

- En 2004 se crea la **Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio**, por el decreto N° 378/004.

La Comisión es creada para diseñar un Plan Nacional de Prevención del Suicidio. Tiene como primer objetivo ampliar la cobertura de prestaciones en Salud Mental a las personas con IAE, familiares y al entorno inmediato del suicida. El segundo cometido es crear un marco regulatorio para la atención de los IAE y familiares, en todos los niveles de atención del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública (MSP), con participación del Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio del interior (MI) y en el 2010 se incorpora el Ministerio de Desarrollo Social.

- La ley N.º 18.097: **Día Nacional para la Prevención del Suicidio** creada en 2006.

Esta ley declara el 17 de julio como el Día Nacional para la Prevención del Suicidio. Día en el cual las instituciones educativas deberán realizar actividades informativas sobre la problemática y su prevención. A su vez, se establece como obligatoria la capacitación del personal de la salud, bomberos y funcionarios policiales para la atención de personas con riesgo suicida; y se promueve la ubicación de cabinas telefónicas en lugares con alta ocurrencia de suicidios.

- El **Plan Nacional de Prevención del Suicidio (2011-2015)** del MSP .

Este plan pone el énfasis en la prevención del suicidio *“como problema mayor para la salud pública”*, entendiendo que es un problema previsible y se necesita de la participación de toda la comunidad para brindar la ayuda necesaria en el momento justo. Como población de riesgo se destacó a los grupos etarios comprendidos entre 15 y 29 años y los mayores de 65.

Posee, en teoría, cinco líneas estratégicas:

- a) mayor cobertura y mejor atención a las personas con riesgo suicida, y la incorporación del seguimiento a dicha atención
- b) trabajo intersectorial y en red.
- c) sensibilización y educación poblacional;
- d) capacitación a *gatekeepers*¹⁵;
- e) mejorar las estadísticas y una mayor coordinación entre instituciones relacionadas.

¹⁵ *Gatekeeper*: expresión que designa a todos aquellos sectores que de algún modo están en contacto con la población de mayor vulnerabilidad suicida. Involucra al persona farmacéutico, de emergencias, de instituciones educativas, del sector policial y militar, entre otros.

- En el 2013 entra en vigencia el **Formulario de Registro Obligatorio (FRO)** Documento de carácter obligatorio que debe ser completado por los servicios de salud, cuando se asiste a una persona con IAE. Dicho formulario consta de dos etapas: la primera etapa debe ser completada por el servicio de salud que interviene en primera instancia; y la segunda etapa debe ser completada por el equipo o servicio de salud mental de referencia, en caso de que exista. “Cada Unidad Ejecutora deberá implementar el mecanismo para que, una vez completada la información del servicio de salud interviniente en 1ª instancia, sea entregada al equipo o servicio de salud mental. Cabe recordar que los Equipos de Salud Mental cuentan con un Referente en IAE informados al respecto.”¹⁶ El referente tiene como función entre otras cosas: implementar una agenda preferencial en el equipo de salud mental para personas con riesgo suicida y su familia; facilitar el abordaje de los usuarios que consultan por IAE; y organizar y promover actividades de sensibilización de los técnicos y de la comunidad en el área de influencia correspondiente.
- En el 2011 se crea el **Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el SNIS**

Este plan brinda 3 modos de prestaciones según sea la circunstancia: 1) Atención en grupo, gratuita, de hasta 16 sesiones anuales para cada usuario; 2) Atención individual, de pareja, familia o grupal, de hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un co-pago preestablecido; 3) Atención individual y/o grupal de hasta 48 sesiones anuales para cada usuario, con un co-pago menor al establecido en el modo 2. Esta prestación podrá renovarse hasta 144 sesiones (por 3 años). En todos los casos se habla de atención con un psicólogo, y/o psiquiatra, y/o trabajador social.

El modo 1 está orientado, entre otros, a personas que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana, etc); y a usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano que haya realizado IAE en el último año. A los grupos se entra libremente o por derivación y con una entrevista previa con los coordinadores de los grupos. Tienen un máximo de 15 integrantes. En el caso del modo 2, está dirigida, entre otros, a usuarios con IAE.

Estas prestaciones tienen como características el hecho de ser en lugares y días fijos, con una duración de no menos de 40 minutos en el caso de ser un encuentro individual y no menos de 75 minutos en el caso de ser un encuentro grupal; y mantienen en todos los casos la especificidad del tema.

¹⁶ Extraído de ASSE *Protocolo de atención y prevención en la adolescencia. Intento de Autoeliminación* [online]. Disponible en: <<http://www.asse.com.uy/contenido/Protocolo-de-Prevencion-del-Intento-de-Autoeliminacion-en-Adolescentes-9678>> [acceso 24/1/19].

En la temática del suicidio tanto prevención como postvención el modo 2 de atención (que implica asistencia en modo individual, de pareja, o grupal en un espacio de consulta profesional) es el que más demanda tiene.¹⁷

- El **Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020** creado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Define la Salud Mental como “ (...) un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” y manifiesta como una de las prioridades importantes la prevención del suicidio, ya que a nivel mundial el suicidio es la segunda causa de muerte en los jóvenes. Proponen un ataque multidisciplinar a la cuestión. El plan establece como uno de sus objetivos reducir un 10% la tasa de suicidio en los países para el 2020. Para ello, se debieron elaborar estrategias nacionales de prevención, focalizados principalmente en colectivos vulnerables (gays, transexuales, jóvenes, etc.). A su vez, se incentiva a la provisión de apoyo psicosocial, para niños y adultos que hayan sufrido eventos vitales adversos, así como para las familias de personas suicidas y personas con IAE.

- La **Línea de Vida 2018** Impulsada por ASSE.

ASSE tiene a su cargo desde el 2018 la Línea de Vida. Consiste en una línea de atención telefónica, de cobertura nacional, con el objetivo de contribuir a disminuir los intentos de muerte auto infligida en el Uruguay. Está formada por tres licenciados en enfermería, y nueve licenciados en psicología quienes trabajan las 24 horas los 365 días del año, en conjunto con la línea de atención a consumidores problemáticos de drogas. Es coordinada por el MSP y el MI. La población objetivo son: 1) personas en crisis, con conductas o ideas suicidas que necesitan contención, 2) personas que necesitan orientación para acompañar a alguna persona en riesgo, 3) personas que buscan orientación sobre la temática y la red de atención. Asimismo está dirigida a toda la población sin importar el prestador de salud del cual sean socios.

En términos estadísticos, desde su funcionamiento la línea ha tenido 1700 llamadas de las cuales el 67% provinieron de mujeres y el 32% de hombre, siendo el 1% restante llamadas de colectivos LGBT.¹⁸

- Los **Objetivos Sanitarios Nacionales 2020**

Se proponen “disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad”, incluido en ello se encuentra la incidencia de suicidios y problemas vinculados a la salud

17 Afirmación realizada por integrantes del Equipo de Trabajo sobre Prevención de Suicidio de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado).

18 Extraído de: <https://www.elobservador.com.uy/nota/salvar-vidas-por-telefono-como-funciona-la-linea-de-prevencion-del-suicidio-de-asse--2019118153935>

mental. Como medios para lograr el objetivo proponen entre otras cosas talleres de prevención, sensibilización y educación para la población, y la revisión de las prestaciones en Salud Mental con el objetivo de evaluar la factibilidad de aumentar la cobertura de Salud Mental mediante el acceso a prestaciones psicoterapéuticas para personas con depresión moderada y severa, y consumo problemático de alcohol (MSP, 2016).

En Larrobla et al (2012) se plantean 6 pasos para el abordaje de la conducta suicida: 1) Detección y valoración inicial del problema a través de la identificación de los síntomas y signos. 2) Contacto/ encuentro con la persona con posible riesgo suicida, momento en el cual se busca hablar con la persona sobre el suicidio. 3) Diagnóstico de situación y valoración del riesgo que requiere de cooperación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial para evaluar el riesgo de suicidio, indagando acerca del estado emocional y mental de la persona y sobre la ideación suicida. 4) Primera intervención, identificación del sistema de apoyo, coordinación y trabajo en red. 5) Seguimiento de la situación. Luego de los pasos anteriores las intervenciones pueden variar y combinarse de acuerdo a cada caso: seguimiento individual psicológico, social, psiquiátrico, internación, trabajo grupal o familiar, grupos de autoayuda¹⁹. 6) Postvención de familiares y allegados. (en Silvera, Matías, 2014)

En el caso de la atención a personas que intentan suicidarse, el protocolo a seguir es el siguiente: la persona puede llegar por puerta de emergencia o se puede detectar el intento en una policlínica y ser derivado. El paso siguiente, es llenar la Ficha de Registro Obligatorio y luego de una consulta con psiquiatría, valorar los riesgos sufridos y los posibles factores protectores que la persona posea (familia, amigos, trabajo, salud, etc). Si el riesgo de muerte permanece, se lo debe internar en un sanatorio psiquiátrico, en cambio, si luego de la atención no corre riesgo vital, y cuenta con factores protectores se lo deriva a consulta psiquiátrica. En ambos casos, la atención del Intento de Auto Eliminación culmina luego de seis meses de seguimiento de los pacientes a través de consultas presenciales o contacto telefónico. Finalizada esa etapa, se le ofrece continuar en tratamiento psicológico o psiquiátrico, individual generalmente, aunque existan las demás posibilidades planteadas anteriormente

Siguiendo con otras estrategias que aportan al abordaje de la temática y que pueden llegar a mitigar, en el largo plazo las consecuencias del suicidio en el entorno cercano del suicida, el Ministerio del Interior, por su parte posee a cargo el Centro de Atención a Víctimas de la Violencia y el Delito (C.A.V.I.D), un servicio que brinda información, orientación y asistencia primaria a policías y sus familiares que se encuentren afectados por situaciones de violencia y delito, dentro de las cuales

¹⁹ El seguimiento implica el contacto del paciente, cuando este comienza a faltar a las consultas, agendar nuevas consultas y conocer el desempeño del paciente en las áreas de la vida cotidiana a través del contacto con la familia.

entra el suicidio. Cuenta con un equipo de psicólogos expertos en atención en crisis con el objetivo de brindar un abordaje que potencie la calidad de vida de los usuarios mitigando las secuelas de los actos violentos y/o delictivos.

Por último, desde el ámbito académico, a partir de la Universidad de la República existe el Grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida, dedicado a la investigación científica de la temática. Está integrado por las facultades de Ciencias Sociales, Medicina, Información y Comunicación, Psicología, y Humanidades y Ciencias de la Educación. Es parte activa también, la Dirección de Salud Mental y Poblaciones Vulnerables de ASSE. Desde este grupo, la conducta suicida es abordada de manera holística, con una mirada que integra diferentes saberes y abordajes teóricos y metodológicos sobre la temática en Uruguay y la región. Lleva adelante un importante trabajo de divulgación y formación en el tema, en instituciones como ASSE y el Instituto Nacional de Rehabilitación del Ministerio del Interior y coordina acciones en los territorios con diversos actores sociales, culturales y sindicales. A su vez, participa en congresos, talleres e intercambios específicos sobre la temática y las disciplinas que la abordan.