



Universidad de la República  
Facultad de Psicología  
Maestría en Psicología Social

Autor: Víctor Hugo González

Título: "Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002 – 2010."

Tesis presentada para optar al título de Magíster en Psicología Social.

Director de Tesis: Soc. Rafael Paternain.

Director Académico: Psic. Jorge Maceiras.

Montevideo, Uruguay

2014

<b>1. Introducción.</b>	<b>11</b>
1.1 El Suicidio desde principios del siglo XX hasta hoy.	14
1.2 Agenda política del suicidio.	17
1.3 Antecedentes de investigación.	20
<b>2. Perspectivas teóricas.</b>	<b>24</b>
2.1 Durkheim y la integración social.	25
2.2 Precariedad Vital.	26
2.3 Precariedad y “exclusión”.	28
2.4 El suicida como portavoz.	34
2.5 Reconocimiento y redistribución.	38
<b>3. Metodología y fuentes de datos.</b>	<b>39</b>
<b>4. Hallazgos de la tesis.</b>	<b>45</b>
4.1. El suicidio desde la crisis del 2002 hasta 2010.	45
4.1.1 Dimensiones de la precariedad vital desde la crisis hasta 2010.	57
4.1.1.1 Socio – económica.	57
4.1.1.2. Residencial – corporal.	62
4.1.1.3 Relacional – participativo.	68
4.2. El suicidio en jóvenes adultos (15 a 35 años).	70
4.2.1. Dimensiones de la precariedad vital en jóvenes adultos.	76
4.2.1.1 Socio económica.	76
4.2.1.2 Residencial – corporal.	80
4.2.1.3 Relacional – participativo.	85
4.3. El suicidio en adultos (36 a 59 años).	86
4.3.1. Dimensiones de la precariedad vital en adultos.	91
4.3.1.1 Socio – económica.	91
4.3.1.2 Residencial – corporal.	93
4.3.1.3 Relacional – participativa.	96
4.4. El suicidio en adultos mayores (60 y más).	97
4.4.1. Dimensiones de la precariedad vital en adultos mayores.	102
4.4.1.1. Socio – económica.	103
4.4.1.2. Residencial – corporal.	105
4.4.1.3. Relacional – participativa.	108
<b>5. Sistematización interpretativa.</b>	<b>110</b>
<b>6. Bibliografía.</b>	<b>117</b>
<b>7. Anexos.</b>	<b>124</b>

## Agradecimientos

A mi madre.

A mi hija Camila.

A Gabriela y Nico.

A mi familia y amigos.

### “Ni siquiera las flores”

No maldigas del alma que se ausenta  
Dejando la memoria del suicida  
Quién sabe qué oleajes, qué tormentas  
Lo alejaron de las playas de la vida  
Un día cuando decidas marcharte  
Cuando no haya devolución  
Enfrentando el camino  
Solo irás  
Por el callejón  
Nadie te esperará  
Nadie te mirará...  
Luego en reducido encierro  
Tus huesos estarán  
Vendrán a visitarte el día,  
La tarde, la noche  
Nadie te esperará  
Nadie te mirará...  
Y vendrán las flores  
Y vendrán las flores  
Pero sin pituitaria, sin ojos  
Sin oídos, sin músculos, son tos  
Las flores no podrán alegrarte  
La razón...  
Un día, un día...

Eduardo Darnauchans

## Gráficos

- Gráfico 1. Tasa media decenal de Suicidios. 1901 – 2010.
- Gráfico 2. Suicidios consumados. 1985 – 2012. Uruguay.
- Gráfico 3. Suicidios consumados. Montevideo. 2002 – 2010.
- Gráfico 4. Suicidios consumados según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.
- Gráfico 5. Suicidios según sexo. Porcentajes. Montevideo. 2002 – 2010.
- Gráfico 6. Suicidios consumados según grupos de edad. Montevideo. 2002 – 2010.
- Gráfico 7. Suicidios consumados en jóvenes adultos según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.
- Gráfico 8. Suicidios consumados en adultos según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.
- Gráfico 9. Suicidios consumados en adultos mayores según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.

## Cuadros

- Cuadro 1. Referencias bibliográficas en Bibliotecas de la Universidad de la República. 2002 – 2013.
- Cuadro 2. Suicidios consumados en Montevideo. 2002 – 2010.
- Cuadro 3. Suicidios consumados según método. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.
- Cuadro 4. Suicidios consumados según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.
- Cuadro 5. Suicidios consumados con armas de fuego (cortas y largas). Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.
- Cuadro 6. Suicidios consumados con armas de fuego (cortas y largas) según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.
- Cuadro 7. Suicidios consumados con armas de fuego según tipo Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.
- Cuadro 8. Suicidios consumados con armas de fuego según tipo y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.
- Cuadro 9. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.
- Cuadro 10. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.
- Cuadro 11. Suicidios consumados por estado civil. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 12. Suicidios consumados según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 13. Carta suicida. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 14. Carta suicida según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 15. Aviso de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 16. Aviso de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 17. Intentos de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 18. Intentos de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 19. Datos socioeconómicos para Montevideo 1998 – 2010.

Cuadro 20. Suicidios consumados total según grupos de edad, sexo y estratos socioeconómicos. (Media 2002 – 2004).

Cuadro 21. Suicidios consumados total según grupos de edad, sexo y estratos socioeconómicos. (Media 2005 – 2007).

Cuadro 22. Suicidios consumados total según grupos de edad, sexo y estratos socioeconómicos. (Media 2008 – 2010).

Cuadro 23. Consumo problemático de drogas. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 24. Consumo problemático de drogas según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 25. Alcoholismo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 26. Alcoholismo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 27. Enfermedades. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 28. Enfermedades según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 29. Depresión. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 30. Depresión según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 31. Problemas psiquiátricos. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 32. Problemas psiquiátricos según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 33. Vivía solo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentaje.

Cuadro 34. Vivía solo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Cuadro 35. Suicidios consumados según método. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 36. Suicidios consumados según método y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 37. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 38. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 39. Suicidios consumados por estado civil. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 40. Suicidios consumados según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 41. Carta suicida. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 42. Carta suicida según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 43. Aviso de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 44. Aviso de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 45. Intentos de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 46. Intentos de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 47. Suicidios consumados en jóvenes adultos según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.

Cuadro 48. Consumo problemático de drogas. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 49. Consumo problemático de drogas según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 50. Alcoholismo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 51. Alcoholismo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 52. Enfermedades. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 53. Enfermedades según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 54. Depresión. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 55. Depresión según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 56. Problemas psiquiátricos. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 57. Problemas psiquiátricos según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 58. Vivía solo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 59. Vivía solo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 60. Suicidios consumados según método. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 61. Suicidios consumados según método y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 62. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 63. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 64. Suicidios consumados según estado civil. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 65. Suicidios consumados según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 66. Carta suicida. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 67. Carta suicida según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 68. Aviso de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 69. Aviso de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 70. Intentos anteriores de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 71. Intentos anteriores de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 72. Suicidios consumados en adultos según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.

Cuadro 73. Alcoholismo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 74. Alcoholismo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 75. Enfermedades. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 76. Enfermedades según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 77. Depresión. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 78. Depresión según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 79. Problemas psiquiátricos. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 80. Problemas psiquiátricos según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 81. Vivía solo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 82. Vivía solo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 83. Suicidios consumados según método. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 84. Suicidios consumados según método y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 85. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 86. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 87. Suicidios consumados según estado civil. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 88. Suicidios consumados según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 89. Carta suicida. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 90. Carta suicida según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 91. Aviso de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 92. Aviso de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 93. Intentos anteriores de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 94. Intentos anteriores de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 95. Suicidios consumados en adultos según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.

Cuadro 96. Alcoholismo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 97. Alcoholismo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 98. Enfermedades. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 99. Enfermedades según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 100. Depresión. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 101. Depresión según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 102. Problemas psiquiátricos. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 103. Problemas psiquiátricos según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 104. Vivía solo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

Cuadro 105. Vivía solo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.



## Resumen

La presente tesis “Suicidio y Precariedad Vital en Montevideo 2002 - 2010. En busca de una vida digna de ser vivida.” es producto de la Maestría en Psicología Social.

El suicidio en el Uruguay es un problema estructural desde principios del siglo XX hasta nuestros días, presentando desde la salida democrática en adelante un crecimiento sostenido teniendo su pico máximo en el 2002.

El período que abarca la tesis comienza con una de las crisis socioeconómicas más importantes que haya sufrido el Uruguay, en donde la precarización de la vida de los uruguayos y montevideanos se ve afectada en varias de sus dimensiones, reflejándose esto en indicadores económicos y sociales. Estos años se caracterizan por la precariedad, inestabilidad y vulnerabilidad. En donde predomina en los individuos “la experiencia combinada de inseguridad (de nuestra posición, de nuestros derechos y medios de subsistencia), de incertidumbre (de nuestra continuidad y futura estabilidad) y de desprotección (del propio cuerpo, del propio ser y de sus extensiones: posesiones, vecindario, comunidad)”(Bauman, 2009, p.171).

El suicidio es un tópico que recientemente ha concitado interés desde el sistema político y se vienen desarrollando esfuerzos para buscar la disminución de los mismos. También desde la academia encontramos aproximaciones desde diversas disciplinas, pero tenemos muchas preguntas aún hoy por responder sobre el suicidio en nuestro país.

Es de resaltar que la tasa de suicidios cuestiona nuestras interpretaciones, estas interpretaciones merecen de un esfuerzo por conocer y comprender con rigor y desde diversas disciplinas para no caer en reduccionismos y simplismos.

Por lo tanto esta tesis hace foco en la relación del suicidio con la “Precariedad Vital”, donde sus distintas dimensiones configuran el trasfondo de riesgo que estaría explicando la evolución de los suicidios en tanto priva a las personas de poder llevar una vida digna que merezca la pena vivirse.

Palabras clave:

Suicidio – Precariedad Vital – Reconocimiento

## **Abstract**

The presented thesis "Suicide and vital precariousness in Montevideo 2001 - 2010. In the search of a respectable life to be lived-" is a result of the master's degree in social psychology. Suicide in Uruguay is a structural problem from the beginning of the XX century until nowadays, presenting from the return of democracy onwards, a sustained growth, showing its maximum peak in 2002.

The period covered by the thesis starts with one of the most important socio-economic crisis that Uruguay has suffered, where Uruguayan's lives have been affected in many of its dimensions, being this reflected, in social and economic indicators. These years are characterized by scarcity, insecurity, instability and vulnerability. Where in individuals predominates "the combined experience of insecurity (of our position, of our rights and means of subsistence) , of uncertainty (of our continuity and future stability) and of unsafety (of our body, self and its extensions: possessions, neighbourhood, community)" (Bauman, 2009, 171)

Suicide is a topic that has recently caught interest from the political system and efforts have been made in the search of its decrease. Also, from the academy we find approximations from different disciplines but we have still got many questions to answer about suicide in our country.

It is important to emphasize that suicide rate questions our interpretations, these interpretations come from the effort of knowing and understanding firmly and from varied disciplines so as not to fall in reductionisms and simplicity.

Therefore this thesis makes inference in the relation between suicide and "vital precariousness" , where its different dimensions configure the background of risk that would be explaining the evolution of suicide as it privates people from having a dignified life that is worth living.

Key words:

Suicide – Vital Precariousness– Recognition

## 1. Introducción

Una “verdadera ciencia social comienza con el conocimiento de las enfermedades invisibles, vale decir de los hechos que el enfermo no habla, ya sea porque no tiene conciencia de ellos o porque olvida comunicarlos. (...) Hay que remontarse hasta los verdaderos determinantes económicos y sociales de los innumerables atentados a la libertad de las personas, a su legítima aspiración de felicidad y la autorrealización. (...) Hacer conscientes ciertos mecanismos que hacen dolorosa e incluso intolerable la vida no significa neutralizarlos; sacar a la luz las contradicciones no significa resolverlas. (...) No es posible considerar nulo el efecto que puede ejercer al permitir a quienes sufren descubrir la posibilidad de atribuir ese sufrimiento a causas sociales y sentirse así disculpados; y al hacer conocer con amplitud el origen social, colectivamente ocultado, de la desdicha en todas sus formas, incluidas las más íntimas y secretas.” (Bourdieu, 2007,p.559)

Esta tesis presenta los resultados del proyecto de investigación que buscó la relación del suicidio con la “Precariedad Vital”, en donde sus distintas dimensiones configuran el trasfondo de riesgo que estaría explicando la evolución de los suicidios en tanto priva a los suicidas de poder llevar una vida digna que merezca la pena vivirse.

La investigación realizada para la presente maestría en Psicología Social analizó las novedades de suicidios consumados en el departamento de Montevideo entre el año 2002 y 2010. La principal fuente de información fue el Sistema de Gestión de Seguridad Pública perteneciente al Ministerio del Interior.

La construcción de mi objeto de investigación había comenzado en mi formación de grado como sociólogo, en donde trabajé los suicidios consumados y las tentativas de suicidios para el año 2007 en Montevideo, finalizando el grado en el 2010 con la tesis “Ni siquiera las flores: El suicidio en el Uruguay”.(González, 2010)

En este transitar desde la sociología hacia la psicología social me resultó sumamente productivo el concepto de ECRO (Esquema Conceptual Referencial y Operativo) planteado por Pichon-Rivière (2007), entendiéndolo como

un conjunto organizado de conceptos que remiten a un sector de lo real y permiten su comprensión, su abordaje y la operación en ese sector. Los conceptos cumplen la finalidad de dar cuenta de una realidad para guiar una acción sobre ella. (P. De Quiroga, 1990,p.59)

En mi caso intenté articular las propuestas que traigo desde la sociología desde mi primer matriz disciplinar, tales como Durkheim (2004) (con su caracterización de los suicidios), Le

Blanc (2007) (con su concepto de Precariedad Vital), Honneth (1997, 2006) y Fraser (1997, 2006) y los aportes de Pichon Riviére (1977, 1985, 2002, 2007) desde la psicología social. Haciendo dialogar algunos conceptos e ideas que resultaron enriquecedores para abordar mi campo–tema del suicidio y tratar de operar en este campo desde un nuevo ECRO enriquecido.

También resultó importante mi integración como maestrando en el Núcleo de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE) elaborando en forma conjunta una propuesta de trabajo en el formato de pasantía de investigación en el NIEVE.

La propuesta de trabajo se centró en tareas de investigación que supusieron revisión bibliográfica, selección de variables consideradas relevantes para el tema de investigación, el procesamiento y análisis de datos, participación en seminarios mensuales, así como la participación en espacios de intercambio académico con un equipo interdisciplinario.

La evolución histórica del suicidio en Uruguay es uno de los rasgos más salientes de nuestra estructura social, dejando al descubierto los signos de una “sociedad anómica” con problemas de integración social.

De esta forma abordaré una de las preocupaciones fundamentales de las ciencias sociales y humanas desde Durkheim (2003) a nuestros días, en donde encontramos cómo los individuos están determinados por la realidad colectiva y de ello el problema fundamental de las sociedades modernas es la relación de los individuos con el grupo.

Así, surge la necesidad de mantener una constante vigilancia epistemológica en el uso de conceptos para construir el objeto de estudio y comprender sus asociaciones. Pierre Bourdieu (2004), planteó como vigilancia epistemológica la actividad que debe ejercer el investigador cuando logra reconocer la clara separación entre el discurso científico y la opinión común y aplica técnicas de objetivación, así como también una estrategia de construcción teórica del objeto de estudio y otras estrategias teóricas de decisión sobre los métodos y técnicas a utilizar. La vigilancia estará dada en función del reconocimiento del significado que adquieren los conceptos que se utilicen para construir el objeto de estudio y en función de la adecuación de los conceptos (o teoría) a ese objeto.

Para ello recorreré diversos aportes que nos darán un abanico más amplio de conceptos y miradas del fenómeno tales como el de precariedad vital, desafiliación, descalificación, desinserción intentando mostrar las dificultades de trabajar con un concepto como el de “exclusión” debido a sus falencias.

La evolución de las tasas de suicidios de los últimos treinta años en Uruguay mostraron que:

1. Las tasas de suicidios de todos los grupos de edad crecen.
2. Las de suicidios de los jóvenes adultos son las que más crecen porcentualmente en comparación con los otros grupos de edad.
3. Los adultos mayores presentan las tasas de suicidios más estables y altas con un crecimiento leve. (González, 2012)

Por lo tanto se llevó a cabo la investigación sobre el suicidio y la “Precariedad Vital” en el departamento de Montevideo entre 2002 y 2010, cuyos resultados se estructuran en esta tesis a través de seis capítulos que desarrollan los principales tópicos abordados, así:

En el primer capítulo, se realiza un análisis del suicidio desde principios del siglo XX hasta hoy, la agenda política del suicidio y los antecedentes de investigación nacionales.

El segundo capítulo aborda las perspectivas teóricas para el desarrollo de la investigación, en donde se plantea una de las preocupaciones fundamentales de las ciencias sociales y humanas como es el de la integración social (Durkheim. 2004), pasando por el concepto de “Precariedad Vital” de Le Blanc (2007), problematizando el concepto de “exclusión”, tomando la idea de “portavoz” de Pichon-Rivière (1977, 1985, 2002, 2007), para finalmente considerar la teoría del Reconocimiento de Fraser (1997, 2006) y Honneth (1997, 2006).

El tercer capítulo hace referencia a la metodología utilizada y las fuentes de datos utilizadas.

En el cuarto capítulo se expondrá los hallazgos desde 2002 a 2010 en jóvenes adultos (15 a 35 años), en adultos (36 a 59 años) y finalmente en adultos mayores (60 y más años).

Como quinto capítulo expondré una sistematización interpretativa de los hallazgos.

## 1.1. El Suicidio desde principios del siglo XX hasta hoy

El suicidio en el Uruguay se presenta como un fenómeno estructural desde principios del siglo XX hasta hoy, dejando al descubierto los signos de una “sociedad anómica”.

El suicidio aparece como la clave interpelante de los relatos construidos sobre el país de las cercanías, la sociedad hiperintegrada, la Suiza de América, y la del como el “Uruguay no hay”.

Estudiar el suicidio resulta un desafío para las interpretaciones desde las ciencias sociales, donde a pesar de existir varios abordajes desde distintas disciplinas a este fenómeno, aún las investigaciones son una necesidad imperante ya que existen muchas preguntas por responder para lograr una comprensión mejor.

Así, podemos encontrar en la evolución del fenómeno desde principios del siglo XX hasta hoy preguntas como: ¿Por qué a principios de siglo XX el Uruguay presentaba una alta tasa siendo su población principalmente joven? ¿Cómo se explica que en momentos de consolidación de una matriz social integradora propulsada por el primer batllismo los guarismos de suicidios fueran tan altos? ¿Por qué durante la dictadura los suicidios presentaron un período de estabilidad? ¿Por qué la tasa de suicidios, desde la salida de la dictadura en 1985 hasta hoy, no ha parado de crecer? ¿Por qué crece en los sectores más jóvenes en una sociedad con una estructura demográfica envejecida? ¿Cómo no disminuye el suicidio en momentos de prosperidad económica y social? ¿Cómo se asocia la tasa de suicidios al modelo de desarrollo que el país ha venido implementando? ¿Hasta dónde el suicidio se relaciona con la destrucción de la matriz social? Estas preguntas son algunas de las que hoy nos desafían, y sus respuestas merecen un esfuerzo por conocer y comprender con rigor. Las respuestas a las mismas deberán estar asociadas con aspectos sociales, culturales, políticos y económicos.

Comenzando el análisis de la tasa de suicidios, se observa en el gráfico 1, que de una media de 8.7 cada 100.000 habitantes en la primera década del siglo XX pasa a una tasa media de 14.5 en 1931-40. Este período está marcado por fuertes avances sociales desde un Estado en proceso de ampliación y consolidación pero muestra su “grieta en el muro” reflejado en su tasa de suicidios que explota en 1934 y 1935 (tasas que se volverán a alcanzar y superar casi setenta años después en la crisis del 2002).

Las expresiones de la violencia no son independientes de las estructuras sociales objetivas. De este modo, podemos tener como posible interpretación de este período los impactos

sociales de la crisis de 1929 y las dinámicas de conflictos sociopolíticos que marcarán toda la década de los treinta.

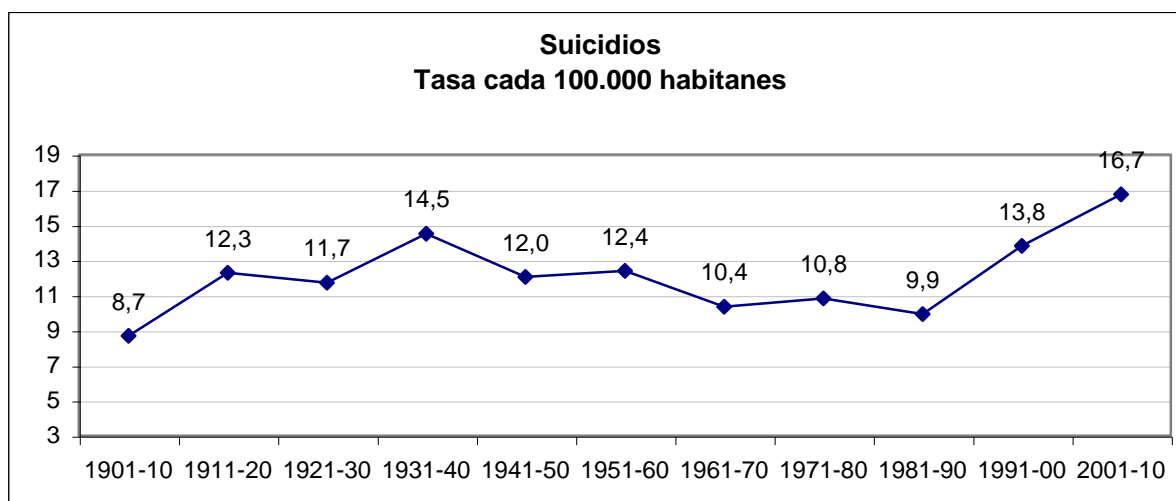
Luego la tasa media de suicidios emprenderá un descenso sistemático. La misma desde los años sesenta hasta la salida de la dictadura militar podría ser explicada por la combinación de un retorno a lo privado y por una resistencia a la dictadura en sus diversas formas (obrera, estudiantil, guerrilla).

Después, comenzará a descender paulatinamente hasta una tasa media de 9.9 en 1981 – 1990. Estos tiempos estarán marcados por un proceso de resquebrajamiento en distintos escenarios tales como el político, económico y social.

Este «piso» se procesa en el contexto de la sociedad «hiperintegrada» del Uruguay de Maracaná, lo que estaría ratificando otro punto a favor de aquella realidad, la cual sin embargo fue duramente cuestionada por la «generación crítica» y por diversas manifestaciones artísticas que no dejaron de expresar la melancolía, la tristeza, el presentimiento de lo mortal, lo grotesco, la depresión, el miedo, la interioridad y el pesimismo. (González, 2012, p. 232)

Como se aprecia en la gráfica 1

Gráfico 1. Tasa media decenal de Suicidios. 1901 – 2010.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del I.N.E.  
Aclaración. Media decenal.

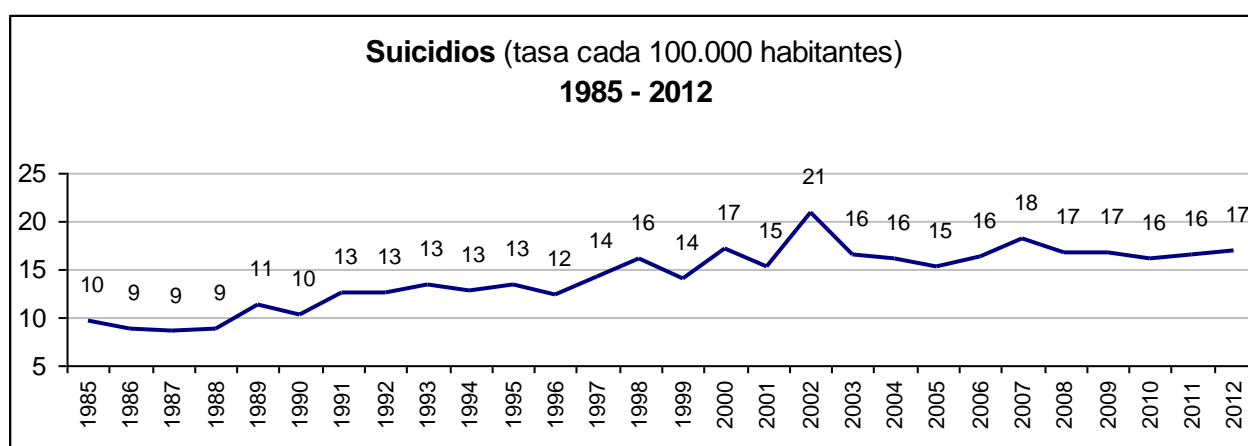
Esto ya en el siglo XIX Durkheim (2003) lo expresó y Robertt (1997) lo observó para el caso uruguayo, en donde la tasa de suicidios varía con las crisis económicas y políticas. Durkheim (2004) decía:

(...) las grandes conmociones sociales, como las grandes guerras populares, avivan los sentimientos colectivos, estimulan, tanto el espíritu de partido como el patriotismo, la fe política, como la fe nacional, (...) determinan, (...) una integración más fuerte de la sociedad. (...) Como ellas obligan a los hombres a asociarse para hacer cara al peligro general el individuo piensa menos en sí y más en la idea común (Durkheim, 2004.p.202).

Por último, la tasa comienza un período de crecimiento sostenido hasta llegar a una tasa media de 16.7 en el período 2001-10. Estos últimos tres períodos se presentarían influenciados por procesos neoliberales, lógicas globales, procesos de fragmentación, segmentación y precarización en diversas dimensiones, las tasas de suicidios junto con otras expresiones de violencia aumentaron en forma importante.

El gráfico 2 presenta los años siguientes a la apertura democrática en donde la tasa mostró un valor por debajo de 10 cada 100.000 habitantes en los tres años siguientes a 1985, para no volver más la misma a tener valores por debajo de 10 en todo el período restante culminando en el año 2012 con un valor de 17.

Gráfico 2. Suicidios consumados. 1985 – 2012. Uruguay.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del I.N.E.

La crisis del año 2002 se vio acompañada con el pico más alto de la tasa de suicidios superando el valor de la tasa del año 1934 (70 años antes).

Así después de la crisis de 2002 el país presentaba indicadores sociales tales como pobreza, indigencia, desempleo entre otros con sus peores valores, en ese momento plantear una hipótesis de asociación de esos indicadores con la tasa de suicidios resulta aparentemente obvia. Pero en los siguientes años esos indicadores han mejorado sustantivamente y la tasa de suicidios no ha descendido.



Robertt (1997) plantea una posible explicación en donde él observó en su estudio que la anomia estaría asociada, actualmente, a la no división del trabajo, a la no participación en la economía, en la cultura y en las decisiones colectivas e individuales. De esta forma, las tasas de suicidio de hoy y ayer serían un reflejo de la violencia estructural que han sufrido los sujetos en nuestro Uruguay.

En definitiva, esta mirada de larga duración permite apreciar la dimensión estructural que el suicidio tiene para la sociedad uruguaya. Su gravitación era muy alta aun con un país demográficamente joven, y lo siguió siendo a medida que se entraba en las distintas fases de envejecimiento poblacional. La profundidad de las crisis socioeconómicas no hace más que multiplicar la cantidad de «muertes voluntarias». Sin embargo, el proceso ni se revierte ni se detiene cuando la sociedad entra en la fase «positiva» de recuperación, lo que exige una mirada más aguda sobre los conflictos latentes y sobre las dimensiones de una violencia eminentemente «implosiva». (González, 2012.p.233)

## **1.2. Agenda política del suicidio**

El suicidio es un tópico que recientemente ha concitado interés desde el sistema político y se vienen desarrollando esfuerzos para buscar su disminución. Sin embargo, ya en el Código Penal de 1934 redactado por José Irureta Goyena aparecen medidas desde el sistema político, el artículo 315 tipifica el delito de determinación o ayuda al suicidio que establece que:

El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con seis meses de prisión a seis años de penitenciaría. Este máximo puede ser sobrepujado hasta el límite de doce años, cuando el delito se cometiere respecto de un menor de dieciocho años, o de un sujeto de inteligencia o de voluntad deprimidas por enfermedad mental o por el abuso de alcohol o estupefacientes. (Código Penal, 2010)

También ya estaba pensado en el mismo código las “causas de impunidad”, en el artículo 37 del mismo dice que “(Del homicidio piadoso) Los Jueces tiene la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima.” (Código Penal, 2010)

Más cerca del presente, en julio 2004 la senadora Xavier presenta un proyecto de ley por el que se declara en su artículo 1° el 16 de julio de cada año como el Día Nacional para la Prevención del Suicidio (Ley 18.097). En la exposición de motivos de dicho proyecto explicita la preocupación por el ascenso de la tasa de suicidios y hacía referencia a qué acciones tomar para prevenirlo.

La misma senadora expresaba que “(...) el comportamiento suicida, es un comportamiento complejo que debe ser abordado desde su complejidad, con sus aspectos médicos, psiquiátricos, psicológicos, sociológicos, religiosos, políticos, bioéticos y antropológicos.” (Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, N° 336, Tomo 422)

La senadora Xavier argumentaba sobre el fenómeno del suicidio que:

La acción del suicidio no es, simplemente, la que comete quien se quita la vida; es también, de alguna manera, la interpelación al conjunto de la sociedad sobre las razones por las que ocurren estas cosas y también sobre por qué aumentan. Muchas veces no existe una patología de fondo que las fundamente, pero sí hay un terreno predispuesto que, por factores sociales como el exilio, la desintegración social, el alcoholismo y otras adicciones, el incesto, la violencia doméstica -también en aumento en este último tiempo- y el desempleo pueden constituirse en desencadenantes de estas situaciones. (Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, N° 348, Tomo 423. 2004)

Esta ley estableció que en dicho día las instituciones educativas e instituciones públicas vinculadas con la prevención del suicidio, deberán realizar actividades informativas sobre el tema y su abordaje (Art.2°) También establece en su artículo 3° la obligación de capacitación del personal de la salud, bomberos y funcionarios policiales en la atención de personas con señales de conducta suicida y en el abordaje de rescate y que los medios de comunicación contribuirán a difundir la información sobre organizaciones de ayuda a personas en riesgo (Art.4°). Finalmente establece en su artículo 5° que se promoverá ubicar de un servicio social de cabinas telefónicas en todo el país en lugares de alta ocurrencia de suicidios.

Ese mismo año se crea la Comisión Nacional Honoraria para la Prevención del Suicidio por Decreto N° 378/04 del Poder Ejecutivo, cuyos cometidos son:

- Diseñar, facilitar, supervisar y evaluar la implementación de un Plan Nacional de Prevención del Suicidio.
- Coordinar y articular las acciones requeridas para lo cual podrá constituir diferentes sub-comisiones o grupos de trabajo, que faciliten la sistematización de los procesos, estrategias y prácticas, que tengan en cuenta los diversos aspectos a ser considerados como el área geográfica, género, grupo etario, factor socioeconómico y otras variables, de modo que el programa diseñado brinde una cobertura equitativa y eficiente.
- Efectuar el seguimiento y elaborar, en forma cuatrimestral, un informe de avance sobre la marcha del Plan Nacional, que será elevado al Ministerio de Salud Pública para su conocimiento y aprobación.
- Gestionar apoyos de otros Organismos Nacionales y/o Internacionales para optimizar el cumplimiento de sus cometidos, de acuerdo a lo que determine el Ministerio de Salud Pública.
- Establecer mecanismos que garanticen la participación y el compromiso de la comunidad.(Decreto N° 378/ 004 del Poder Ejecutivo)

Dicha comisión funciona en la órbita del Ministerio de Salud Pública, presidida por un representante de dicho Ministerio y por delegados del Ministerio de Educación y Cultura, y del Ministerio del Interior.

En el año 2006 la diputada Tourné decía al respecto:

El suicidio es una de las principales causas de muerte en el Uruguay. Los índices de suicidio son altísimos en nuestro país, y entonces creo que, como han demandado académicos que durante muchísimo tiempo se han dedicado a la investigación y al estudio del tema, hay que ocuparse oficialmente y con voluntad política de la prevención del suicidio, porque estamos hablando, en la enorme mayoría de los casos, de víctimas innecesarias. (Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes, N° 3398, 2006)

Así, como expresa Cohen (2007) “en el fenómeno del suicidio se juegan cuestiones fundamentales que competen ni más ni menos que al poder o al deber del Estado frente a las convicciones o desesperanzas más personales.” Kalina y Kovadloff (1983), citado por Robertt (1997,p.74) señalaban que “en cada sujeto que se mata fracasa una propuesta comunitaria, en donde los procesos de anomia asociados a movimientos fuertes en la tasa de suicidio cuestionan nuestros modelos de desarrollo, social y económico.”

También encontramos en el año 2008 las “Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas” presentadas por el Ministerio de Salud Pública a través del Programa Nacional de Salud Mental.

Sin duda, el hecho más significativo lo constituye la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011–2015, planteándose como propósito contribuir a mejorar la calidad de vida y la salud mental de toda la población uruguaya a nivel país, teniendo en cuenta las particularidades territoriales. Como meta de dicho plan propone lograr la reducción de la mortalidad por suicidio en un 10% para el período 2011-2020.

Por último, el Ministerio de Salud Pública por intermedio de la Ordenanza Ministerial N° 801 de 26 de diciembre de 2012, dispuso se notificaran los IAE en forma obligatoria de todos los prestadores de salud del ámbito público y privado. Esto mediante la Ficha Nacional de Registro Obligatorio de los Intentos de Suicidio (FRO – IAE), con la finalidad de poder monitorear y realizar una vigilancia epidemiológica.

### **1.3. Antecedentes de investigación.**

Llegado el momento de explorar e indagar en diferentes documentos relacionados a la temática se ha encontrado que el Suicidio es un tema poco estudiado en el Uruguay desde las ciencias sociales; no obstante, existen trabajos que abordan la temática de interés desde diferentes disciplinas.

De esta forma Federico Dajas (1990) desde la epidemiología y Pedro Robertt (1997) desde la sociología encontraron que la tasa de suicidios de Uruguay en el contexto internacional se ubica en un nivel medio y en el contexto latinoamericano en un nivel alto.

Federico Dajas (1990) encontró que el suicidio se presenta preponderantemente masculino, con la utilización de métodos violentos. Los intentos de autoeliminación son por el contrario mayoritariamente femeninos con preponderancia de la mujer joven. En cuanto al estado civil, encontró un predominio del hombre casado (50%) y de los solteros en los intentos de autoeliminación. Una hipótesis que formula Dajas (1990) es que el suicidio se está presentando en estos años en una población predominantemente de más edad, que precisamente es la que ha sufrido en forma más aguda el cambio ocurrido en las variantes socioeconómicas en el país.

Dajas, Hor y Viscardi (1994) plantearon cómo la desesperanza es conocida como un fuerte predictor del riesgo suicida. Por lo tanto resumen que “la desesperanza en jóvenes adolescentes de nuestro país que concurren a establecimientos secundarios es alta y se correlaciona con la percepción de problemas socioeconómicos, familiares y con la soledad.” (Dajas, et al.1994.p.86)

Robert (1997) halló que la tasa de suicidios estaba asociada a los cambios políticos y económicos mostrando una íntima relación con la estructura social y su cambio. En donde desde los 90's la tasa de suicidios femenina ha aumentado en mayor proporción que la masculina, también halló un aumento de la tasa mayoritariamente en los primeros tramos de edad en relación a los de mayor edad. Planteando que cuando mejoran los índices que miden calidad de vida, disminuye la tasa de suicidios. Paradójicamente desde 2005 a la fecha a pesar de darse mejoras sustanciales en algunos indicadores socioeconómicos la tasa de suicidios no desciende y en algunos grupos de edades aumenta.

Nuevamente, Dajas et al (1997) realizaron una encuesta donde estudian la desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo.

Obteniendo que un 67% de los jóvenes perciben dificultades económicas en el hogar; en donde el 33% de los jóvenes entre 16 y 19 relata tomar alcohol con frecuencia y 28% han probado drogas. Los autores plantean que hoy en día se postula la existencia de una “suicidalidad”, “en donde un conjunto de rasgos de la personalidad que estarían demostrando una vulnerabilidad para la conducta suicida o adictiva o ambas”.(Dajas, Federico,1997.p.221). En donde las circunstancias externas, sociales y familiares actuarían agravándola o permitiendo su expresión, y por el contrario, en un contexto apropiado, ésta podría no llegar a expresarse.

Como preocupación plantearon:

“¿Qué puede estar ocurriendo con los jóvenes que ya han tenido que desertar del sistema educativo y que se integran a un mercado de trabajo con enormes dificultades?¿Y en las ciudades fuera del ámbito metropolitano, con menores perspectivas sociales?. Debido a que su estudio se realizó sobre jóvenes que estaban integrados al sistema educativo pertenecientes a Montevideo”. (Dajas, et al. 1997.p.220).

Lucero Abreu (1998) expone que entre los principales factores de riesgo era la existencia de armas de fuego en el hogar; el que los intentos de autoeliminación es uno de los más potentes predictores del suicidio, en donde estudios de seguimiento mostraron que 10 a 14% de las personas que tuvieron intento de suicidio morirán por suicidio y como según algunos estudios existiría relación entre tasas de mortalidad y ciclos económicos, asociados a situaciones de estrés vinculados al trabajo y a las relaciones sociales en el proceso productivo de una sociedad de clases.

Dajas (2001) realiza un estudio epidemiológico, planteando que la tasa de suicidios se ha mantenido constante a lo largo del siglo, habiendo experimentado un incremento sobre fines de la década de los 90, planteando la hipótesis que la desesperanza y el desamparo son dos dimensiones muy importantes dentro de las condicionantes sociales asociadas al acto suicida. El incremento se da sobre todo en el suicidio masculino, en Montevideo, en hombres jóvenes y en edad madura temprana de la vida, hipotetizando Dajas (2001) que el desempleo de un hombre en los 40 o 50 años, con responsabilidades familiares, puede ser un determinante importante de depresión y posiblemente de conductas suicidas.

Díaz y Villalba (2003) realizaron una caracterización clínica y epidemiológica de los suicidios en Montevideo y de los intentos de autoeliminación (IAE) en el Hospital de Clínicas en el periodo abril 2000 – abril 2001. Entre los resultados constataron un aumento de riesgo en el grupo de 20 a 30 años y luego de un leve descenso se presenta un aumento sostenido a

partir de los 45 a 50 años. Encontrando una asociación significativa entre el estado civil y el tipo de conducta. Al reagruparlos de acuerdo con el hecho de estar solos o en pareja, los primeros se asociaron con los intentos de autoeliminación y los segundos con la muerte por suicidio. En el grupo de IAE encontraron un alto porcentaje de desocupación, sugiriendo que se trate como factor de riesgo asociado con esta conducta.

Julio Vignolo (2004) también realiza un aporte desde la epidemiología, realizando un análisis del suicidio para el período 1887 a 2000. Entre los hallazgos que encontró, está la presencia de una tasa ascendente en el siglo XX para la tasa global y el sexo masculino. En Montevideo en el año 2000, los suicidios de nivel socioeconómico bajo presentaron una tasa de 20,2 por 100.000 habitantes, 50% superior a la de nivel medio y 65% superior a la de nivel socioeconómico alto. La tasa masculina fue mayor en los niveles socioeconómicos medios y bajos y la femenina tuvo una distribución homogénea en los diversos estratos sociales. Los niveles medios y bajos presentaron una masculinización importante y el alto una feminización.

Alejandro Scotti (2005) estudió lo que él llamó de MECAS-O, Mecanismos Sociales Obstaculizadores en políticas de prevención, siendo los mismos las formas que adoptan específicos procesos generados entre los actores sociales (estatales y ONG's) referentes al tema, que estuvieran trabando la necesaria y urgente conformación de políticas de prevención del suicidio (PPS) en el país.

Gines y Arduino (2005) en su aporte sobre el Plan de Salud Mental, resaltan las causas por muertes externas haciendo especial referencia en los suicidios. En donde el suicidio se incrementa en un 40% con respecto a 1990, correspondiéndose con un

(...) periodo histórico con grave deterioro de las condiciones sociales y culturales, con notorio sufrimiento subjetivo y mortificación espiritual de las personas y grupos humanos. El padecimiento de los individuos, sus familias y las comunidades incluye un conjunto de eventos penosos permanentes que interactúan multiplicando sus efectos y expandiendo la desesperanza. (Ginés, A. Porciúncula, H. Arduino, M. 2005.p.140).

La posibilidad de consumir suicidio se ve incrementada en periodos de derrumbe social y cultural, en donde el sufrimiento subjetivo conjuntamente con la desesperanza es un factor agravante.

En 2005 se presentan los resultados de la aplicación de la autopsia psicológica al estudio del suicidio de niños y adolescentes en Uruguay por parte de Hugo Rodríguez, Irene García

y Calíope Ciriacos. Casi la mitad presentó la existencia de avisos de la intención de suicidio, en 10 casos se encontró una nota suicida, y en 12 casos existía IAE.

Natalia Escuder (2012) en su tesis de grado en Trabajo Social estudió la “Relación entre el suicidio o intento de suicidio y la exposición a la violencia de género, en el ámbito intra-familiar en mujeres adultas.”

También desde la sociología German Busch (2012) en su monografía de grado, concluye que la tasa de suicidios es válida para considerarla como un indicador del estado de la cohesión social. El suicidio según Busch es una muerte social primero y humana después.

Para ir finalizando la búsqueda de antecedentes, consultada la pagina de Bibliotecas de la Universidad de la República (<http://www.biur.edu.uy/F>) entre los años 2002 y 2013, hallé 34 referencias bibliográficas. (Divididas en “tesis de grado y posgrado”, “libros o artículos de libros” y “trabajos” que engloban revistas, seminarios y congresos.)

Esto lleva a reflexionar del poco diálogo entre disciplinas y del desconocimiento que tenemos de otros abordajes. Así, es necesario el poder abordar la problemática del suicidio en forma interdisciplinaria teniendo en cuenta la producción desde otras disciplinas.

En el cuadro 1 puede observarse que la disciplina que presenta mayor cantidad de referencias bibliográficas es la enfermería y en su totalidad trabajos de tesis.

Le sigue la medicina en cuanto a tesis de grado y posgrado con 4 referencias, mostrando de esta manera que existe más elaboración bibliográfica entre estas dos disciplinas que desde las sociales. (6 tesis entre la sociología y el trabajo social).

Cuadro 1. Referencias bibliográficas en Bibliotecas de la Universidad de la República. 2002 - 2013

Disciplina	Tesis	Libros	Trabajos	Total
Comunicación			1	1
Derecho		2	4	6
Economía	1			1
Enfermería	8			8
Medicina	4			4
Psicología		1	1	2
Salud Publica		1		1
Sociología	3	3	1	7
Trabajo Social	3		1	4
<b>Total general</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>34</b>

Fuente: elaboración propia a partir de (<http://www.biur.edu.uy/F>)

El cuadro anterior claramente muestra como existe una preponderancia en trabajos de investigación reflejados en tesis de grado y posgrado (19 referencias) , seguido de trabajos presentados en revistas, seminarios y congresos (8 referencias) y por último libros y capítulos en libros (7 referencias).

## **2. Perspectivas teóricas**

De esta forma abordaré mi campo – tema (el suicidio) desde uno de los padres fundadores de la sociología como lo es Durkheim (2004), pasando por Le Blanc (2007), Fraser (1997, 2006) y Honneth (1997, 2006), hasta llegar a Pichon-Riviére (1977, 1985, 2002, 2007). Los mismos exponen cómo los individuos están determinados por la realidad colectiva en donde el problema fundamental de las sociedades modernas es la relación de los individuos con el grupo.

De esta forma utilizaré los aportes que estas tradiciones nos brindan al momento de pensar nuestro objeto de investigación: El suicidio en Montevideo en el período analizado. Estos aportes serán tomados como una caja de herramientas tal como pensaba Foucault la teoría:

Entender la teoría como una caja de herramientas quiere decir:

- que no se trata de construir un sistema sino un instrumento, una lógica propia a las relaciones de poder y a las luchas que se comprometen alrededor de ellas;
- que esta búsqueda no puede hacerse más que poco a poco, a partir de una reflexión (necesariamente histórica en algunas de sus dimensiones) sobre situaciones dadas.(Foucault,1988.p.85)

Abordar un fenómeno como el suicidio con su complejidad y las dificultades hacen necesario un abordaje desde una “epistemología convergente” como planteaba Pichon-Riveire (1977, 1985, 2002, 2007). Ana Maria Fernández (1988) dice que:

(...) es pertinente distinguir los criterios epistemológicos transdisciplinarios de la “epistemología convergente” de Pichon-Riviére. Ambos intentan dar respuesta a problemáticas que resistan a ser reducidas a un solo campo disciplinario. (...) La “epistemología convergente” aspira a que las Ciencias del Hombre funcionen como una unidad operacional y aporten elementos para la construcción de los esquemas referenciales del campo grupal. Una epistemología que haga posible una ‘Teoría del Hombre Entero (entero incluso en su escisión constituyente)(...) Los criterios transdisciplinarios se sustentan, justamente, a partir de una elucidación crítica de este tipo de localizaciones, buscando nuevas formas de articular lo uno y lo múltiple.(Fernández,1988.p.138).



## 2.1 Durkheim y la integración social

Resulta inevitable no comenzar haciendo referencia a Durkheim (2004) y a su obra *El suicidio*. En ella expuso cómo los individuos están determinados por la realidad colectiva en donde el problema fundamental de las sociedades modernas es la relación de los individuos con el grupo. *El Suicidio* está estrechamente vinculado con su tesis de doctorado dedicada al estudio de la división del trabajo.

En “*La División del Trabajo Social*” (Durkheim, 1985) elabora cómo esta relación se transforma y pasamos de la solidaridad mecánica en donde los individuos difieren poco entre sí, ya que la “conciencia colectiva” entendiéndola como “el conjunto de creencias y sentimientos comunes al término medio de los miembros de la sociedad” (Aron, 2004.p.262) se debilita, desplegándose la solidaridad orgánica, en donde la organización de la colectividad es resultado de la diferenciación.

Esta reducción de la esfera de la conciencia colectiva deja un margen más amplio de interpretación individual de los imperativos sociales, en donde se produce una toma de conciencia de la individualidad. El individualismo llega a ser constitutivo de las sociedades modernas, en donde el desarrollo del “culto del individuo” es el reflejo moral de la división del trabajo.

Como consecuencia el yo individual se afirma frente al yo social ya que el individuo se encuentra menos integrado a grupos que actúen poniendo frenos a los deseos individuales. Por lo tanto Durkheim (2004) denomina tres tipos de suicidios: el altruista, el egoísta y el anómico, en donde los dos últimos son un factor regular y específico de suicidios en nuestras sociedades modernas. Ante esto plantea una relación entre integración social y suicidio, proponiendo que “el suicidio varía en razón inversa del grado de integración de los grupos sociales de que forma parte el individuo”.(Durkheim, 2004.p.203)

El suicidio egoísta resultaría del individualismo contemporáneo, en donde los lazos sociales se ven debilitados y los deseos individuales no conocerían de límites, como se ha separado de la sociedad, ésta no ejerce sobre él el suficiente dominio para imponerle reglas.

Gil Gimeno (2009) expresa que

En este período de tránsito se produce un doble proceso, (...) la intensificación de los procesos de individualización y la pérdida de peso de las instituciones de la primera

modernidad. Este doble proceso genera toda una serie de inseguridades e incertidumbres que se traducen en dificultades de integración de los individuos con el medio en que se desarrolla sus vidas. Como nos dice Durkheim, la falta de integración social, ya sea por exceso o por defecto, porta consigo factores favorables al suicidio. (Gil, 2009.p.60)

Cuanto más desligados nos sentimos de la sociedad dice Durkheim (2004), más también nos desligamos de ésta vida de que a la vez es la fuente y el fin.

El otro tipo contemporáneo es el suicidio anómico,

este afecta a los individuos a causa de las condiciones de existencia, en donde la existencia social ya no está regulada por la costumbre; los individuos compiten permanentemente entre sí; esperan mucho de la existencia y le exigen mucho; por tanto están continuamente acosados por el sufrimiento que genera la desproporción entre sus aspiraciones y sus satisfacciones. (Aron, 2004.p.277).

Aumentando proporcionalmente el suicidio ante el ajuste o el aflojamiento de las normas sociales, este tipo refleja las fases del ciclo económico, tanto para un ciclo de crisis como de prosperidad.

Durkheim dice por lo tanto que un aumento notable de suicidios testifica un serio trastorno de las condiciones orgánicas de la sociedad y que cada sociedad está predispuesta a producir un contingente de muertes voluntarias. (Durkheim, 2004.p.19)

## **2.2 Precariedad Vital**

Le Blanc (2007) plantea que la precariedad en el sentido de precariedad ontológica expresa la inseguridad vital en la que se inscribe cada vida, prevaleciendo la indeterminación de la misma. En donde toda precariedad vital tiende a prolongarse en vulnerabilidad social, en donde la vulnerabilidad social encuentra su expresión extrema en la vulnerabilidad vital. En la misma línea Bauman (2009) expresa:

Las características más extendidas de este período son la precariedad, inestabilidad y vulnerabilidad. En donde predomina en los individuos la experiencia combinada de inseguridad (de nuestra posición, de nuestros derechos y medios de subsistencia), de incertidumbre (de nuestra continuidad y futura estabilidad) y de desprotección (del propio cuerpo, del propio ser y de sus extensiones: posesiones, vecindario, comunidad). (Bauman, 2009.p.171)

Se interpreta lo precario al menos en tres dimensiones: “como condición (ser), como situación (estar, vivir, experimentar procesos de precarización) y como medio o recurso dentro de ámbitos de precarización”(Tejerina, Cavia, Santamaría, Carbajo, 2012.p.15).

La precariedad social corresponde a un proceso de despersonalización social de la vida, cuya lógica, particularmente sutil, descansa sobre un conjunto de contradicciones que cuestiona las vidas ordinarias, provocando una deshumanización a quien las sufre. La reificación de la precariedad clausura la historia social al legitimarla, en donde el precario entra en procesos de despersonalización forzado por la precariedad. (Le Blanc. 2007)

En forma similar entiende Le Blanc (2007) el “yo” ó sujeto, en donde éste está sostenido tanto por propiedades sociales interpersonales que le son reconocidas como existente social, como por la vinculación vital con otros “tu” que funcionan en diversos planos como son el afectivo, social, existencial que actúan como instancias de legitimación del “yo”.

Este individuo que no puede adoptar una adaptación activa a la realidad, ha fragilizado por lo menos una de sus capacidades y sin todas ellas no existe vida humana.

Para Le Blanc (2007)

(...) la vida puede ser precarizada mediante el debilitamiento brutal de sus propiedades sociales, por la imposición de regímenes de inacción o por la marginalización de las disposiciones para la acción y por la imposibilidad de una verdadera postura narrativa. La vida es fragilizada y es privada de sus bases materiales, pragmáticas o simbólicas. (p.68).

Los hombres precarizados no pueden oponerse a su situación sino de manera episódica, salvo que sean apoyados por una institución apropiada. El precario que pierde su voz se ve situado en la soledad, y es víctima del desprecio social denegándosele el reconocimiento; en donde el reconocimiento es una lucha por el retorno de las voces inaudibles. (Le Blanc, 2007).

Este proceso de individualización, supone que los problemas son sufridos y enfrentados en soledad y son especialmente inadecuados a la agregación en una comunidad de intereses a la búsqueda de soluciones colectivas para problemas individuales. (Bauman, 2003).

Bauman (2003) nos dirá que los dolores que los sujetos sufren no se suman, no se acumulan, ni condensan en una especie de “causa común” que pueda ser adoptada de manera más eficaz, uniendo fuerzas y actuando unidos.

Por lo tanto estos sujetos que han terminado cometiendo suicidio son una muestra de la imposibilidad de producir un proyecto, de producir una respuesta a sus problemas que sufren en soledad.

La precariedad como proceso y experiencia induce un vuelco sobre sí mismo al “yo” despojándolo del “nosotros” y los “tu”, anulando la confianza en sí mismo. Esta situación genera la precarización de la vida además de amputar los medios para enfrentar la propia precariedad. Esto provoca procesos de desindividualización y deshumanización revelando la fragilidad del lazo de humanidad en la experiencia de la precariedad. En donde “lo que se quebranta es la propia capacidad del ‘yo’ para ser un ‘yo–autor’”. (Le Blanc, 2007.p.59). Lo que se revela es la dificultad para responder a la vulnerabilidad mediante una adaptación activa a la realidad, donde la propia respuesta es precarizada.

Las barreras a poder llevar a cabo esta vida autónoma se deben a las características más extendidas de este período, las mismas son la precariedad, la inestabilidad y la vulnerabilidad combinándose con la falta de expectativas, la desprotección y las dificultades para imaginar futuros reales.

De esta forma Tejerina (2012) definió Precariedad Vital:

como aquella situación de origen estructural o temporal caracterizada por una restricción, imposibilidad o limitación de acceso a las condiciones, requisitos y recursos considerados necesarios para poder definir, llevar a cabo y gestionar una vida autónoma. (Tejerina, et al. 2012.p.23).

En otro trabajo más reciente la define en forma similar como

La “precariedad vital” se puede definir como una situación caracterizada por una restricción, una imposibilidad o una limitación de acceso a las condiciones, exigencias y recursos que se consideran necesarios para plantearse y llevar a cabo una vida autónoma. El nivel de restricción o de limitación puede tener diversos grados de intensidad con respecto a los recursos medios disponibles en una sociedad precisa. La precariedad es por tanto una categoría relacional de doble sentido: a) con respecto a la media de la sociedad, al grupo o a la categoría social estudiada; y b) con respecto a los diferentes ámbitos de la vida. (Tejerina, et al. 2013.p.29).

### **2.3 Precariedad y “exclusión”**

La precariedad social corresponde a un proceso de despersonalización social de la vida, cuya lógica, particularmente sutil, descansa sobre un conjunto de contradicciones que cuestiona las vidas ordinarias, provocando una deshumanización a quien las sufre. La

reificación de la precariedad clausura la historia social al legitimarla, en donde el precario entra en procesos de despersonalización forzado por la precariedad. (Le Blanc, 2007)

Esta reificación de la precariedad se articula con lo que nos plantea Beck (2006), la idea de “modelo biográfico”, en donde los individuos deben enfrentarse a problemas producidos socialmente en forma individual, en donde es el mismo individuo el responsable de sus aciertos y desaciertos, implementando “soluciones biográficas a contradicciones sistémicas”, en donde los peligros deben ser enfrentados y combatidos en soledad.

Por lo tanto resulta insoslayable una vigilancia epistemológica, para ello tomaremos las reservas planteadas por Castel (2010) a la noción de “exclusión” para poder comprender y analizar los riesgos y las fracturas sociales actuales.

La primera dificultad que nos dice Castel (2010) es la heterogeneidad de situaciones diferentes clasificadas como de exclusión, por lo tanto esta noción muestra una polisemia importante que nos dificulta la comprensión de los problemas que intentamos abordar (nombrándolos como exclusión, precariedad, desafiliación, etc.).

Otra dificultad planteada es que trabajar nuestros problemas o intentar abordarlos desde la exclusión es transplantar una calificación puramente negativa que nombra la falta sin decir en qué consiste, ni de dónde proviene. (Castel, 2010)

Por lo tanto podríamos llegar a centrarnos en la falta, en la carencia y no intentar analizar de qué esta hecha la falta. Castel (2010) nos advierte que los rasgos constitutivos esenciales de las situaciones de “exclusión” no se encuentran en esas mismas situaciones.

De ahí la necesidad de ubicar estas situaciones en un “proceso” que son el desenlace de “trayectorias” diferentes, ya que esta (exclusión) es un estado de quienes están por fuera de los circuitos vitales de los intercambios sociales. Son estos procesos y trayectorias un efecto que se origina en el centro y no en la periferia de la vida social. Nunca hay en una sociedad situaciones fuera de lo social. (Castel, 2010)

Por lo tanto la tarea es poder analizar los factores que preceden a la desafiliación, descalificación y des-inserción social para medir los riesgos de fractura social, “exclusión”, ya que si nos centramos en la exclusión describiremos estados de desposesión sin interrogarnos por las dinámicas sociales globales que producen los desequilibrios actuales.

Continuando vemos que Castel (2010) nos dice que los individuos sufren la amenaza de invalidación social, ya sea porque se desconectan de los soportes colectivos (por ejemplo, el desocupado de larga duración), o porque no logran inscribirse (por ejemplo, el joven en busca de empleo transitando por las diversas formas precarias de éste). Nuevamente presente la preocupación durkhemiana de la integración.

Asociando la problematización previa e intentando articularla con mi objeto de investigación, nos surgen interrogantes del porqué del crecimiento del fenómeno del suicidio y cómo puede estar asociado a procesos de fractura social e integración.

De esta forma podemos pensar que la tasa de suicidios se ve alimentada en forma importante por individuos pertenecientes a la “zona de desafiliación” (Castel, 1997, 2010), o que están en camino hacia ella. También resulta necesario para poder implementar políticas adecuadas de prevención del suicidio el poder identificar trayectorias y procesos diferenciales en los sujetos según sexo, edad y otros atributos de los mismos.

Castel (2004) nos plantea el tránsito por “zonas” con distinto grado de integración social: integración, vulnerabilidad, asistencia y desafiliación.

Paugam (2001) habla de descalificación, este concepto

(...) caracteriza el movimiento de expulsión gradual, para fuera del mercado de trabajo, de camadas cada vez más numerosas de la población – y las experiencias vividas en la experiencia de asistencia, ocurridas durante las diferentes fases de ese proceso. (...) Valorizando el carácter multidimensional, dinámico y evolutivo de la pobreza y del estatus social de los pobres asistidos por la asistencia. (Paugam, S. En Sawia, B.2001.p.68)<sup>1</sup>.

Al igual que Castel (2010), Paugam (2001) presentó al mercado de trabajo cómo principal eje estructurador de la integración social en nuestras sociedades contemporáneas, en donde el proceso de expulsión conlleva una “trayectoria” de desafiliación o descalificación social en los individuos transitando por “zonas” hasta llegar a la de desafiliación.

Los ocupantes de las zona de desafiliación están designando el desenlace de un proceso, Castel (2010) presenta este concepto (desafiliación) para resaltar el proceso por el que transitan individuos pertenecientes a diferentes posiciones sociales que asisten a la crisis de los estatutos, siendo debilitados los vínculos de pertenencia a las instituciones que les

---

<sup>1</sup> En portugués el original, la traducción es mía.

confirieron un lugar de utilidad social y de identidad. Esta pérdida de pertenencia social marca la “ruptura del lazo social”, marca “la ruptura de un compromiso social, (...) la desconexión respecto de las regulaciones a través de las cuales la vida social se reproduce y renueva.” (Castel, 2010.p. 229)

Castel (2010) planteará que

(...) no hay individuos sin soportes, y que no hay individuos sin Estado. (...) La individualidad total es la desafiliación total, el distanciamiento con respecto a toda pertenencia y todo soporte que coloca al individuo en una suerte de ípseidad social. (...) Para ser positivamente un individuo hay que estar afiliado o reafiliado, (...) que el individuo debe disponer de puntos de apoyo sobre cuya base pueda asegurar su independencia social. (p.334)

El Estado, dice Castel (2010) es a la vez el soporte de los soportes, debido a que los garantiza y los preserva (derecho de propiedad) o porque es el constructor que presidió su constitución (derechos sociales).

Castel (2001) dice: “lo que llamo de desafiliación no es el equivalente necesariamente de una ausencia completa de vínculos, pero sí a la ausencia de inscripción del sujeto en estructuras que tienen sentido.” (Castel en Sawia, B, 2001.pp. 21-22)<sup>2</sup>.

Entender la precariedad como proceso toca diferentes dimensiones que se relacionan con pérdidas o entradas en “zonas de riesgo” (Castel, 2010) que hacen referencia a limitaciones en recursos y capacidades de los individuos; en esta precarización como proceso participan las instituciones (familia, mercado de trabajo, etc..) por medio de las propias prácticas de la acción pública o por la ausencia de ésta (Estado) (Tejerina, et al,2012).

El concepto de precariedad

aúna la condición y la situación personal en la relación del individuo con el medio. Es una forma de definir la relación del individuo con el medio social. La precariedad es el estado al que se llega mediante procesos de precarización entendidos como ocupaciones de espacios desinstitucionalizados (Tejerina, et al. 2012.p.23).

Ahora, veremos cómo Sawaia (2001) presenta el concepto de des–inserción propuesto por Gaulejac e Leonetti (2001), en congruencia con los anteriores

---

<sup>2</sup> En portugués el original, la traducción es mía

“cómo algo que cuestiona la propia existencia de las personas en cuanto individuos sociales, como un proceso que es lo inverso de la integración. (...) Estos autores buscan demostrar el papel esencial de la dimensión simbólica en los fenómenos de exclusión.” (Sawia, B.2001.pp 21-22)<sup>3</sup>.

Esta precariedad cuestiona la vida tanto en el plano interpersonal (cuestionándose qué sociedad produce estructuralmente precariedad), en donde la noción de lazo social se encuentra singularmente amenazado; como en el plano personal (preguntándose qué engendró el ingreso a la precariedad).

Continuando la idea de los dos planos, vemos cómo estos dos niveles de precariedad se funden, ya que la precariedad es una cuestión social dirigida a la función integradora de lo social en tanto tal, y una experiencia de los sujetos que ven su vida sojuzgada por la precariedad. En donde si relacionamos estos planos con el concepto de desafiliación, descalificación y des-inserción vemos como el fenómeno articula elementos objetivos y elementos subjetivos relacionados con la identidad.

Tratándose de procesos y situaciones que hace que los individuos antes integrados, transiten hacia el aislamiento y la privación de soportes y relaciones.

Por lo tanto la precariedad obstaculizaría la libertad no solo de la existencia humana, sino también de la organización social que aloja a esa persona.

Le Blanc (2007) plantea que las sociedades contemporáneas se han desarrollado gracias al desarrollo de la flexibilidad y su corolario subjetivo de adaptación permanente; en donde “la precariedad es una norma social paradójica, puesto que a primera vista parece introducir el desorden antes que el orden. No obstante, organiza el desorden necesario para el desarrollo de las sociedades dedicadas al comercio”. (Le Blanc, 2007.p.51).

Bader Sawaia (2001) nos plantea que la sociedad excluye para incluir debido a que esta transmutación es la condición del orden social desigual, lo que implica el carácter ilusorio de la inclusión. Esto porque todos estamos posicionados de alguna forma que no siempre es decente o digna en el circuito reproductivo de las actividades económicas.

La división actual del trabajo introduce la precariedad como norma necesaria para el desarrollo del capital, debiendo el individuo vivir una constante adaptación generadora de angustia existencial. Fenómeno que afecta en forma más acentuada a los que transitan hacia zonas de desafiliación, los descalificados.

---

<sup>3</sup> En portugués el original, la traducción es mía.



Por lo tanto la precariedad debe ser analizada en la conjunción de lo social y lo individual en tanto experiencia y proceso. La precariedad no es vivida como un problema social o como la consecuencia de una crisis económica y social, sino ante todo, por parte de aquellos que son sus víctimas, como un cuestionamiento de sí mismo. (Le Blanc, 2007).

Por lo tanto es papel fundamental en esta tarea de recomposición del lazo social, el Estado, mediante el implemento de políticas sociales que provean de las capacidades y soportes que hagan que la vida sea digna de ser vivida.

Como dirá Castel (2010),

(...) el Estado Social es portador de las principales protecciones que dan al individuo su margen de autonomía asegurándolo contra los principales avatares de la existencia social, la enfermedad, el accidente, la vejez insolvente. Y los riesgos que no cubre o que cubre mal pueden tener efectos destructivos. (...) La posibilidad de ser un individuo, (...) fue sustentada por el Estado Social. (...) Cuanto más individualizada es una sociedad, más Estado necesita. (p. 336)

De esta forma al momento de problematizar el fenómeno del suicidio en Uruguay en las últimas décadas resulta relevante considerar las trayectorias diferenciales y los procesos sociales, económicos y culturales que dificultan llevar a cabo una vida digna de ser vivida.

Como el soporte imprescindible que representa el Estado, éste debe transformar las actuales soluciones “biográficas” para enfrentarse a problemas sociales, en donde se dificulten las posibilidades de entrada en la precariedad o en zonas de desafiliación. Para ello es imprescindible recomponer un lazo social que haga posible un nosotros. En donde estas trayectorias vitales no vean erosionados los lazos sociales y soportes que posibilitan el bienestar colectivo e individual.

Para ello se hace necesario estudiar el suicidio desde algunas dimensiones que componen la precariedad vital, tratando de comprender las asociaciones existentes con los procesos de desafiliación, descalificación y des-inserción social.

Surge la necesidad imperiosa de poder brindar insumos desde la academia al Estado para poder promover políticas de prevención eficientes y eficaces.

De esta forma podremos desarrollar capacidades preventivas desde las políticas públicas con un “Estado Social” proveedor de los soportes necesarios para la integración social.

## 2.4 El suicida como portavoz

Pichon-Riviére en conversaciones con Zito Lema (2000) planteaba que:

(...) la enfermedad mental en sus distintas formas proviene básicamente de cuestiones de inseguridad, individuales y familiares, que tienden a realimentarse unas a otras. Es una inseguridad de raíz económica y política que se agrava en las situaciones de crisis social. La ansiedad tiende a invadir a un gran sector de la población por factores de pérdida de toda índole y lleva al sujeto y al cuerpo social a la depresión y, de allí, al ataque, a la violencia como respuesta. (p.79)

Como plantea P. de Quiroga (1990) la concepción de sujeto Pichon-Riviére propone al mismo como social e históricamente determinado, en un

(...) interjuego con un contexto que se nos da siempre entrelazado de vínculos y relaciones sociales. Este interjuego tiene como fundamento una contradicción inherente al sujeto en tanto organismo viviente: contradicción entre necesidad y satisfacción. Es la situación de necesidad la que promueve la relación con el mundo externo, con el otro, en la búsqueda de la gratificación. (p.14)

En las propias palabras de Pichon-Riviére (1985), éste entiende:

(...) al hombre como configurándose en una actividad transformadora, en una relación dialéctica, mutuamente modificante con el mundo, relación ésta que tiene su motor en la necesidad. La secuencia necesidad-relación, necesidad-producción social, (...) esta secuencia se reedita cotidianamente para nosotros. (p.11).

De esta forma Pichon-Riviére (1985) fundamenta que la cotidianidad del sujeto establece los procesos y contenidos psíquicos, la construcción de la subjetividad son el resultado de las experiencias concretas, la acción y la práctica y no en sentido contrario.

Por lo tanto lo psíquico presenta un carácter social e histórico, en donde emerge el sujeto, que es el resultado de una complejísima trama de vínculos. Sujeto producido y emergente, por lo tanto determinado, pero a la vez productor, autor y protagonista de esas relaciones y vínculos.

Pichon-Riviére (1985) caracteriza a los sujetos como de necesidades en donde los mismos están en intercambio permanente con el medio, por ser sujetos de necesidades y por ellas mismas, los mismos establecen relaciones entre sí en donde producen una acción planificada y social la cual se denomina trabajo, y desde este trabajo se busca satisfacer las necesidades.

Pichon-Riviére (2007) dice que:

El ECRO nos permite una comprensión horizontal (las relaciones sociales, la organización y el sistema social) y vertical (el individuo inserto en este sistema) de una sociedad en permanente cambio y los problemas de adaptación o de relación del individuo con su medio. (p.218)

Estos dos niveles de precariedad se funden, ya que la precariedad es una cuestión social dirigida a la función integradora de lo social en tanto tal, y una experiencia de los sujetos que ven su vida sojuzgada por la precariedad. Pichon-Riviére (2007) nos planteará que abordaremos estos campos u objetos de conocimiento en donde anteriormente se ha definido como el “hombre en situación”. Como expresa Pichon-Riviére y Pampliega de Quiroga (1972), en Buzzaqui, (1999) “(...) con el término ‘hombre en situación’ se pretende caracterizar un objeto de conocimiento, en una tarea que reintegre lo fragmentado por un pensamiento disociante que escotomiza las relaciones entre sujeto, naturaleza y sociedad.” (p.696)

De esta forma la precariedad debe ser analizada en la conjunción de lo social, horizontal y lo individual, vertical en tanto experiencia y proceso.

Por lo tanto la precariedad obstaculizaría la libertad no solo de la existencia humana, sino también de la organización social que aloja a esa persona, en donde los sujetos no presentarían una adaptación activa a la realidad. Esta adaptación activa de la realidad entendiéndola como una relación dialéctica, mutuamente transformante entre sujeto y contexto social. (P. de Quiroga, 1990) Con el término adaptación activa hacía referencia “(...) a la adecuación o inadecuación de la respuesta del sujeto a las exigencias del medio. A la conexión operativa o inoperante, empobrecida, entre sujeto y mundo.” (Zito Lema 2000.p. 85)

La adaptación activa se sustenta en la posibilidad de aprendizaje y cambio, es el sujeto sano que aprehende la realidad, la transforma y se transforma en un proceso dialéctico. Consistiendo este aprendizaje de la realidad en el enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos, de las exigencias del medio.

P. de Quiroga (1990) dice que con

(...) todo esto un mayoritario porcentaje de la población queda inmerso en grados crecientes de stress, inseguridad y alineación, lo que también implica empobrecimiento de la identidad y desestructuración a nivel personal y familiar, y da cuenta de las causas del alarmante incremento en los índices de patología mental. La extensión de la jornada laboral significa para muchos la inexistencia de tiempo libre para la participación comunitaria. (...) Esto favorece el aislamiento, el encierro en los

límites del propio mundo, el sentimiento de vacuidad, la depresión y la pasividad, la ausencia de proyecto. (pp. 210-211).

Pichon-Riviére en conversaciones con Zito Lema (2000) considera a la sociedad como el principal factor morbígeno, en donde las enfermedades mentales son resultados de conflictos de los individuos con la sociedad.

Elaborar un proyecto significa para Pichon-Riviére (1977) elaborar un futuro adecuado de una manera dinámica, por medio de la adaptación activa a la realidad, con un estilo propio, ideologías propias de la vida y una concepción de la muerte propia. El futuro influye sobre el pasado y a la inversa y en esto es donde se va a estructurar el sentido.

Para ir finalizando intentare presentar al suicida como el portavoz del grupo, de la comunidad a la que este pertenece.

Pichon-Riviére (2007) dice:

El portavoz es aquel miembro que por su historia personal, por sus características, puede enunciar algo que permite descifrar el acontecer grupal latente. Es decir, su verticalidad (...) se articula con la horizontalidad grupal, que en ese momento constituye el común denominador. (...) Podemos decir que hay un reencuentro inconsciente que lo sensibiliza particularmente ante la situación y lo empuja a denunciarla de alguna manera. El portavoz denuncia su problemática, pero puede denunciarla porque es, en cierta medida y en ese momento, quien vive, siente en mayor o menor grado, con mayor intensidad esta problemática que los otros integrantes del grupo. (p.229).

Por lo tanto esta manifestación expresada a través del portavoz es del acontecer individual y grupal. Este con su accionar expresa motivaciones, acciones, sentimientos, deseos, etc., de otros, de otros con los que constituye el grupo, la comunidad. Con esta noción Pichon-Riviére (2007) buscó articular lo singular, lo personal con la estructura o trama grupal, o vincular, es un concepto puente entre lo explícito y lo implícito, mediando entre el adentro y el afuera. El portavoz para Pichon-Riviére (2007) pone en manifiesto diversos contenidos no sólo propios, sino también del grupo al que pertenece.

Pensando desde los aportes de Pichon-Riviére (2007) la emergencia del suicidio en el ámbito de un grupo o comunidad significaría para estos que el suicida adoptó un rol nuevo en el grupo al cual pertenece, transformándose en el portavoz o depositario de la ansiedad del grupo.

De esta forma el suicidio de un miembro del grupo o comunidad opera como denunciante de la situación conflictiva y del caos subyacente de la sociedad. El suicida, por su conducta desviada, se ha convertido en el portavoz, el alcahuete del grupo.

EL concepto de portavoz como emergente de la enfermedad familiar Pichon-Riviére la extiende a lo colectivo, a lo social.

El enfermo es portavoz de los conflictos y tensiones de su grupo inmediato, la familia. Pero es también por ello el símbolo y el depositario de los aspectos alienados de su estructura social, portavoz de su inseguridad y su clima de incertidumbre (Pichon-Riviére,2007, citado en Buzzaqui,1999.p.801).

Hay un grupo familiar, una comunidad enferma, en la cual el suicida es el emergente y éste adquiere la calidad de portavoz de la enfermedad grupal. En este portavoz del grupo, la comunidad ha depositado los sentimientos de inseguridad y de incertidumbre. Pichon-Riviére (2007) nos plantea que por esta enunciación de lo implícito del grupo ó comunidad, de la situación implícita, podemos acceder a la comprensión de la situación implícita o latente, debido que el portavoz volverá explicito lo implícito.

La noción de emergente en Pichon-Riviére responde a una determinación múltiple, y no a una causalidad mecánica. Pichon-Riviére (2007) hace referencia a una “causalidad gestáltica”, indicando que diversas tensiones (fuerzas) de la estructura producen tal o cual fenómeno emergente. Todas las tensiones de la estructura que convergen en un punto dado hacen salir un emergente. (Pichon-Riviére. 2002).

Buzzaqui (1999) plantea considerar al emergente como un signo de una determinada estructura (individual, grupal, comunal) que nos permite abrir el espacio de la intervención. Está será a través de la decodificación, la comprensión, el análisis de esos signos.

P. de Quiroga (1990) dice que

Lo emergente es el hecho de enfermarse, la enfermedad, tome ésta la forma de una psicosis, un intento de suicidio, un cuadro de drogadicción, una úlcera, un infarto, etc. Este hecho es el emergente y desde allí denuncia el carácter patogenético que en ese momento reviste la interacción familiar. (p.63)

## 2.5 Reconocimiento y redistribución

Los aportes de Fraser (1997, 2006) y Honneth (1997, 2006) sobre reconocimiento y redistribución<sup>4</sup> resultan productivos al ponerlos en relación con los conceptos anteriores. Tal como plantean estos autores el reconocimiento y la redistribución son fundamentales para la existencia e integración de la sociedad.

Honneth (1997) dice que

(...) la reproducción de la vida social se cumple bajo el imperativo de un reconocimiento recíproco, ya que los sujetos sólo pueden acceder a una autorrelación práctica si aprenden a concebirse a partir de una perspectiva de sus compañeros de interacción. (p.114)

La ausencia o falta de reconocimiento, o el mal reconocimiento se constituirá como el principal daño a la personalidad de las personas. La falta de reconocimiento – o un falso reconocimiento – puede causar daño y oprimir a las personas, como expresa Honneth (1997) lesionando el “entendimiento positivo de sí mismas que deben ganar intersubjetivamente.” (p.160). Honneth (1999) señala que “las ofensas morales se perciben como tanto más graves cuanto más elemental es el tipo de autorrealización que dañan o destruyen.”(p.27).

Fraser (2006) plantea como dos paradigmas en donde

(...) el paradigma de la redistribución se centra en injusticias que define como socioeconómicas y supone están enraizadas en la estructura económica de la sociedad. Como ejemplos, podemos citar la explotación (...); la marginación económica (...), y privación (...). En cambio, el paradigma del reconocimiento se enfrenta a injusticias que interpreta como culturales, que supone enraizadas en patrones sociales de representación, interpretación y comunicación. (...) podemos citar la dominación cultural (...), no reconocimiento (...) y falta de respeto (...) (p.22)

Para Fraser (2006) la justicia exige tanto la redistribución como el reconocimiento, proponiendo una concepción bidimensional de justicia que englobe ambas reivindicaciones sin reducir una a la otra.

Honneth (1997) planteó tres formas de reconocimiento intersubjetivo que se expresan en distintas esferas de la vida social:

---

<sup>4</sup> En este espacio no entrare en las diferencias de los aportes de cada autor, para ello es notable el texto en donde ambos discuten su postura en “¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político – filosófico.” (Fraser, Nancy. Honneth, Axel. 2006)

la dedicación emocional en las relaciones de amor o amistad, el reconocimiento jurídico a través del derecho y la adhesión solidaria a través de la valoración social. Cada una de ellas constituye un estadio o forma de integración social en el que el sujeto es reconocido de una manera diferente en su identidad personal. (Fascioli, 2011.p.56)

Honneth (1997) identifica tres tipos de humillación relacionadas a las de reconocimiento; entre maltrato y violencia; entre desposesión de derechos y exclusión y finalmente entre la indignidad y la injuria.

Cuando Honneth (1997) habla de amor se esta refiriendo a lazos afectivos sólidos y primarios. Dice "...por relaciones amorosas deben entenderse aquí todas las relaciones primarias. (...) destinadas a un equilibrio precario entre autonomía y conexión." (p.118)

Al referirse al reconocimiento jurídico a través del derecho también esta concibiéndola desde un modelo de interacción, basada en el reconocimiento recíproco de las personas. Así, Honneth (1997) expresa que "solo desde la perspectiva normativa de un 'otro generalizado' podemos entendernos a nosotros mismos como personas de derechos, en el sentido que podemos estar seguros de la realización social de nuestras pretensiones." (p.133)

Por último, la tercera forma de reconocimiento es la de la solidaridad, es aquella basada en la valoración social de las personas. Ésta es el grado de estima social que merece toda persona o un grupo por la forma de su autorrealización o de su identidad particular. (Fascioli, 2011)

### **3. Metodología y fuentes de datos**

En concordancia a los objetivos del proyecto de Tesis, sus fundamentos teóricos y epistemológicos, se realizó un análisis de los registros de suicidios consumados en el Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP), y por último técnicas cuantitativas de análisis.

Necesariamente en el suicidio consumado los métodos de investigación posibles a utilizar son indirectos y retrospectivos. Las fuentes posibles de investigación y estudio son las estadísticas oficiales, entrevistas a familiares, amigos y personas significativas del entorno del suicida y el análisis de las cartas y notas dejadas por las personas que se suicidaron.

Resulta necesario tener presente las inconsistencias de las estadísticas oficiales al momento de aproximarse al fenómeno. Ya Durkheim (1992) en el siglo XIX en su estudio del suicidio tenía sus dudas sobre algunos aspectos de las estadísticas oficiales y decía

(...) la que se llama estadística de los motivos del suicidio es en realidad la estadística de las opiniones que se forman de estos motivos los agentes, frecuentemente subalternos encargados del servicio de información... las comprobaciones oficiales son a menudo defectuosas, aún cuando se refieran a hechos materiales y ostensibles... por eso deben mirarse con suspicacia... no el de registrar sencillamente un hecho ocurrido, sino el de interpretarlo y explicarlo. (Durkheim (1992) en Alvira, F y Blanco Moreno, F. 1998.p.68)

Actualmente en Uruguay si consultamos datos oficiales en el Ministerio de Salud Pública<sup>5</sup> y del Ministerio del Interior en su Observatorio Nacional de Violencia y Criminalidad encontraremos diferencias en la cantidad de registros.<sup>6</sup>

Por lo tanto, se realizó el análisis de los suicidios consumados (1745 suicidios)<sup>7</sup> y otros registros de la persona que dará lugar a un estudio transversal, ya que describirá las características que asume el suicidio en momentos determinados, y a la vez será longitudinal ya que indagará el fenómeno del suicidio en un transcurso de tiempo determinado (2002 – 2010).

La necesidad de no quedar solo con los registros de los suicidios consumados se debe a posibilidad de mejorar una de las debilidades de la presente investigación, que es el de contar como única fuente de datos al SGSP, por lo tanto el poder consultar otras situaciones de la misma persona que comete suicidio podría dar claves a la interpretación y comprensión del fenómeno.

Como expresamos anteriormente la fuente principal de datos será el SGSP, para ello se tramitaron los permisos ante el Ministerio del Interior, en la División de Estadísticas y Análisis Estratégico. El análisis documental de registros de suicidios consumados y de otros que el suicida posea en el SGSP constará de dos momentos, primero se realizaría un análisis documental de los registros con el fin de extraer las variables que compondrán el banco de datos (sexo, edad, ocupación, lugar del hecho, barrio de residencia, método utilizado, estado civil, etc...)

---

<sup>5</sup> <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/estad%C3%ADsticas-de-mortalidad>

<sup>6</sup> <https://www.minterior.gub.uy/observatorio/>

<sup>7</sup> La base original consultada en el SGSP contenía más registros, los mismos luego de depurados quedaron en 1745 registros.



Los registros de suicidios detallan la actuación tanto de los policías recogiendo pruebas y testimonios, la acción de la policía científica (policía técnica), la participación del médico forense y por último la resolución del juez penal.

Después de construida la base de datos, implementaré las técnicas cuantitativas de análisis, mediante el análisis descriptivo a través de frecuencias y la construcción de tasas. Por último para poder lograr el objetivo específico de identificar los espacios socioeconómicos del suicidio, tendré que realizar el mapeamiento de los suicidios consumados en la ciudad de Montevideo para el período comprendido entre 2002 y 2010.

La estadística descriptiva busca organizar, presentar y sintetizar los datos a través de gráficos, tablas y medidas descriptivas. Normalmente, la estadística descriptiva es utilizada como una etapa inicial del análisis para obtener informaciones que pueden ser trabajadas, posteriormente, en la inferencia estadística.

En esta dimensión de la estadística descriptiva, se trabajó con la distribución de frecuencias con el interés de conocer el comportamiento del fenómeno del suicidio, analizando su ocurrencia para el período de 2002 a 2010. También se elaboraron tasas para poder comparar. La distribución de frecuencias es importante cuando existen grandes cantidades de datos que deben ser agrupados. La finalidad del agrupamiento es facilitar la observación, la visualización de los datos en conjunto.

Con respecto a los Grupos de edad tuve en cuenta lo que Bourdieu (2008) planteó en donde "(...) las divisiones entre las edades son arbitrarias", ya que "siempre se es el viejo o el joven respecto a alguien. Es la razón por la que los cortes, ya sea en clases de edad, ya sea en generaciones, son completamente variables y son objetivo de manipulaciones." (p.143)

El agrupamiento responde a una necesidad teórica como metodológica. Teórica debido a los distintos procesos y situaciones vitales que afectan a cada grupo de edad. Finalmente, metodológica, ya que debido a la reducida muestra realizar esta agrupación me permite obtener resultados más completos de estos grupos de edad.

De esta forma los tres grupos de edad son:

1. Entre los 15 y los 35 años como jóvenes adultos.
2. De 36 a 59 como adultos.
3. 60 y más como adultos mayores.

En cuanto a las dimensiones de la precariedad vital intenté adaptar la propuesta realizada por Tejerina et al. (2012), en donde presentan una selección de las variables que consideraron más relevantes para mostrar en qué medida la precariedad afecta en su estudio a la población juvenil. Así, plantearon perfiles de la precariedad que, considerando distintos grados de intensidad identificarían situaciones de precariedad.

Las dimensiones definidas fueron:

**1. socio – económica:**

(...) la precariedad viene definida por la acumulación de una serie de recursos precarios vinculados a los ingresos o a la situación laboral, y de ahí un salario bajo o una situación laboral poco estable (...) puede dar lugar a un perfil precario. Igualmente, en esta dimensión es necesario destacar la importancia de la percepción subjetiva acerca del estatus socio-económico, ya que sus cambios pueden suponer una transformación en la manera de experimentar la vida social, así como la representación de la identidad individual y colectiva. (Tejerina, et al. 2012.p.75)

**2. residencial – corporal:**

(...) la precariedad viene definida por la vivencia del espacio vital y la corporalidad desde el conflicto o la vulnerabilidad. La configuración de un hábitat con escasez de recursos y equipamientos o la consideración de la conflictividad del entorno pueden generar la experimentación de la vida cotidiana en términos de precariedad. Por su parte, es necesario extender esta dimensión a la noción de lo corporal, considerando la referencia a la salud y, por tanto, al cuerpo sano como normalidad.(Tejerina, et al. 2012.p.75)

**3. relacional – participativa.**

(...) la precariedad viene definida por la ausencia de relaciones sociales, principalmente con los dos grupos de pertenencia que dotan de mayor significado a los procesos de socialización: la familia y las amistades. (Tejerina, et al. 2012.p.75)

Como expresé la fuente principal de la investigación es el Sistema de Gestión de Seguridad Pública, esto tiene consecuencias en la información relevada. El sesgo que impone la actuación policial en su fase administrativa al hecho de construir la novedad de suicidio.

La riqueza de la información relevada no es la misma en todos los casos (1745 suicidios consumados), debido a que estamos ante una fuente única, no contando con otras aproximaciones metodológicas al fenómeno.

Para poder ejemplificar los datos hallados estarán transcritas cartas o notas suicidas, en donde los nombres o referencias personales fueron cambiados.

Por lo mismo es necesario plantear los hallazgos en forma de hipótesis que deberían incitar a una mayor profundización en el tema, complementándolo con otras técnicas como la bibliografía revisada sugiere.

De esta forma al adaptar la propuesta realizada por Tejerina (2012) a la fuente de información que he trabajado, las variables propuestas son:

**1. socio – económica.**

- Estrato socioeconómico según barrio de residencia. La clasificación de los hogares según estrato socioeconómico utiliza una única variable de segmentación que es el ingreso medio per capita de los hogares, a nivel de segmento censal, expresado en UR (Unidades Reajustables). Para Montevideo, esta variable está altamente relacionada con la tasa de desempleo (negativamente) según lo expresado por el Instituto Nacional de Estadística<sup>8</sup>.

**2. residencial – corporal**

- Consumo / uso problemático de drogas. el uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley.
- Alcoholismo. El alcoholismo es cuando el hecho de beber causa serios problemas en diversas áreas de la persona.
- Enfermedad. enfermedades crónicas, enfermedades mentales y las que afectan la capacidad funcional y la autopercepción principalmente. Engloba discapacidades físicas y mentales, tales como las dificultades para ver, oír y/o caminar, parálisis o falta de alguna extremidad.
- Depresión. La depresión se puede describir como el hecho de sentirse triste, melancólico, infeliz, abatido o derrumbado. En este caso no se posee el diagnóstico médico, pero sí referencias de familiares y amigos del suicida.
- Problemas psiquiátricos. Los trastornos mentales abarcan una amplia gama de problemas y al igual que en el caso anterior (depresión) las referencias son de familiares y amigos.

**3. relacional – participativa**

- Vivía solo. Hogar unipersonal compuesto por una sola persona.

---

<sup>8</sup> <http://www.ine.gub.uy/biblioteca/metodologias/ech/Dise%F1o%20muestral.pdf>

Como todo intento de operacionalización de la realidad, estoy consciente de sus defectos, pero considero que es una importante aproximación al fenómeno del suicidio y un desafío a que desde la psicología social, la sociología y otras ciencias humanas se comience a estudiar y abordar interdisciplinariamente con datos a discutir.

#### 4. Hallazgos de la tesis

Tal como he venido señalando, los hallazgos obtenidos de la investigación se basan en una única fuente de datos, la misma es el Sistema de Gestión de Seguridad Pública.(SGSP)

La investigación tuvo una totalidad de 1745 casos de suicidios consumados en el departamento de Montevideo, los mismos fueron caratulados por la Jefatura de Policía de Montevideo de esa forma<sup>9</sup>. Estos 1745 suicidios abarcan el período 2002 a 2010.

Cuadro 2. Suicidios consumados en Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombres	Mujeres	Total
2002	175	68	243
2003	116	51	167
2004	121	39	160
2005	125	56	181
2006	133	57	190
2007	145	48	193
2008	152	55	207
2009	143	42	185
2010	163	56	219
<b>Total</b>	<b>1273</b>	<b>472</b>	<b>1745</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Primero presentaré una visión general de los 1745 casos de suicidio para posteriormente mostrar las características de los suicidios por los grupos de edad arriba señalados y cómo afectan las dimensiones de la precariedad a éstos en forma diferencial. Por último, estarán las conclusiones de la investigación.

##### 4.1. El suicidio desde la crisis del 2002 hasta 2010.

La evolución del suicidio tiene la característica de ser un problema estructural que responde a líneas de larga duración, dejando al descubierto los signos de una “sociedad anómica”.

En el gráfico 3, vemos la tasa de suicidios en el período de la crisis de 2002 en adelante, en donde el país presentaba indicadores sociales tales como pobreza, indigencia, desempleo entre otros con sus peores valores, en ese momento podemos plantear como hipótesis la asociación de esos indicadores con el suicidio. Pero en los siguientes años esos indicadores han mejorado sustantivamente y la tasa de suicidios no ha descendido conjuntamente con otras expresiones de violencia.

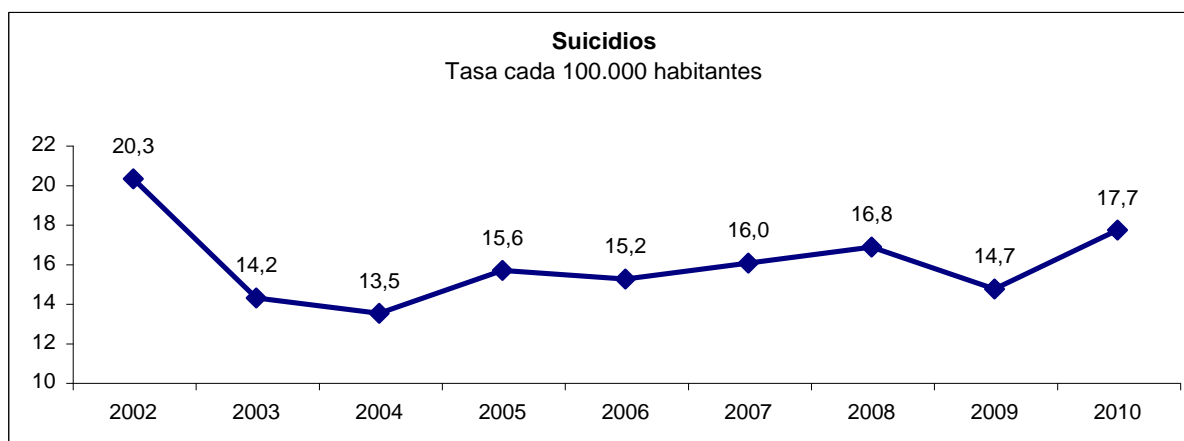
---

<sup>9</sup> Al tomar solamente los casos caratulados como suicidios consumados en el SGSP estoy dejando fuera casos como por ejemplo los de homicidio / suicidio característicos de las situaciones de violencia doméstica.

El año 2002 presentó la tasa más alta con un valor de 20,3 cada 100.000 habitantes para luego caer dos años consecutivos a 13,5 y retomar el crecimiento de la misma oscilando hasta el año 2008 con un valor de 16,8.

El 2009 presentó una caída de la misma igualmente por arriba de los valores de 2003 y 2004 retomando el crecimiento pero ya con valores superiores a los dados entre 2003 y 2009, pero por debajo del valor máximo de 2002.

Gráfico 3. Suicidios consumados. Montevideo. 2002 – 2010.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

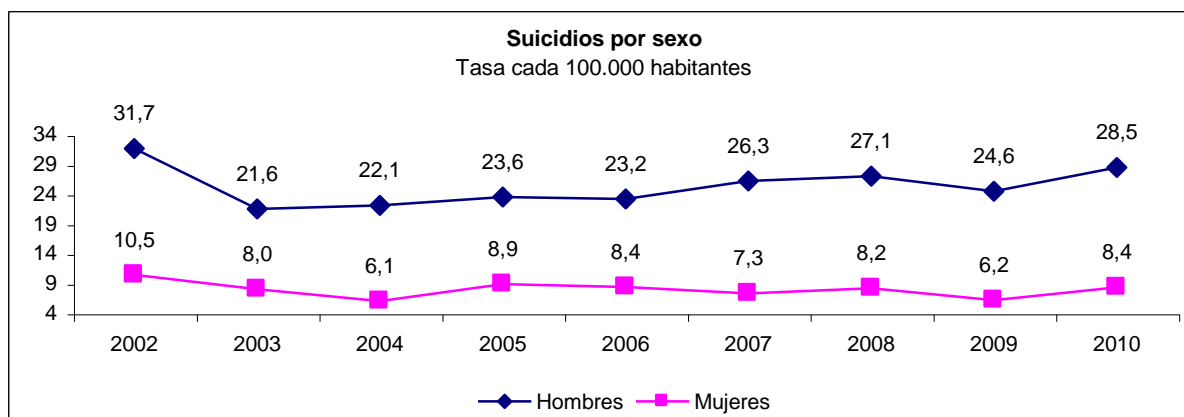
En el gráfico 4 se muestra la evolución del período tomando en cuenta el comportamiento de la tasa de suicidios por sexo. En el mismo la tasa masculina presentó un valor máximo en el año 2002 con un valor de 31,7 cada 100.000 habitantes.

Luego desciende la misma para en 2004 retomar el crecimiento hasta llegar a un valor de 28,5. El año 2002 y el año 2010 presentan los dos valores máximos de la tasa para el período de estudio.

La tasa femenina presenta, al igual que la masculina su valor máximo en el año 2002, con un valor de 10,5. Después desciende durante dos años y vuelve a presentar un crecimiento en el 2005. Este año presenta su segundo pico del valor de la tasa para el período, luego oscilara para volver a caer en 2009 y por último el año 2010 presenta el tercer pico en la tasa con un valor de 8,4 cada 100.000 habitantes.

Al igual que la tasa masculina, el año 2002 presenta el valor máximo, pero el otro pico máximo se da en el año 2005.

Gráfico 4. Suicidios consumados según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

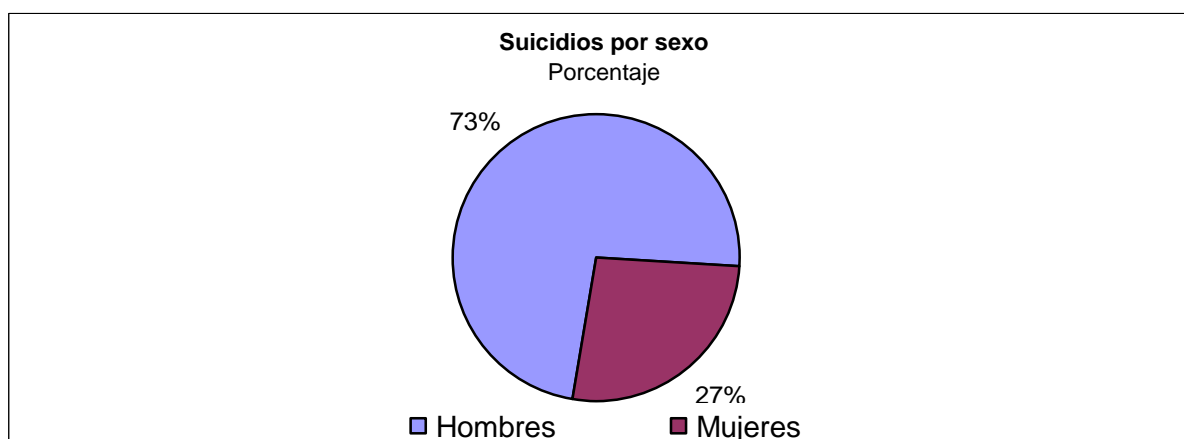


Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Tal como aparece en diversos estudios e informes de investigación el suicidio consumado es un fenómeno típicamente masculino. El presente estudio que abarcó el período 2002 – 2010 para el departamento de Montevideo presentó un porcentaje del 73% del suicidio masculino frente al 27% del femenino. En valores absolutos representó 1273 casos masculinos frente a 472 casos femeninos.

A diferencia con las tentativas de suicidio, que en su mayoría son realizadas por mujeres y las mismas en edades jóvenes.

Gráfico 5. Suicidios según sexo. Porcentajes. Montevideo. 2002 – 2010.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

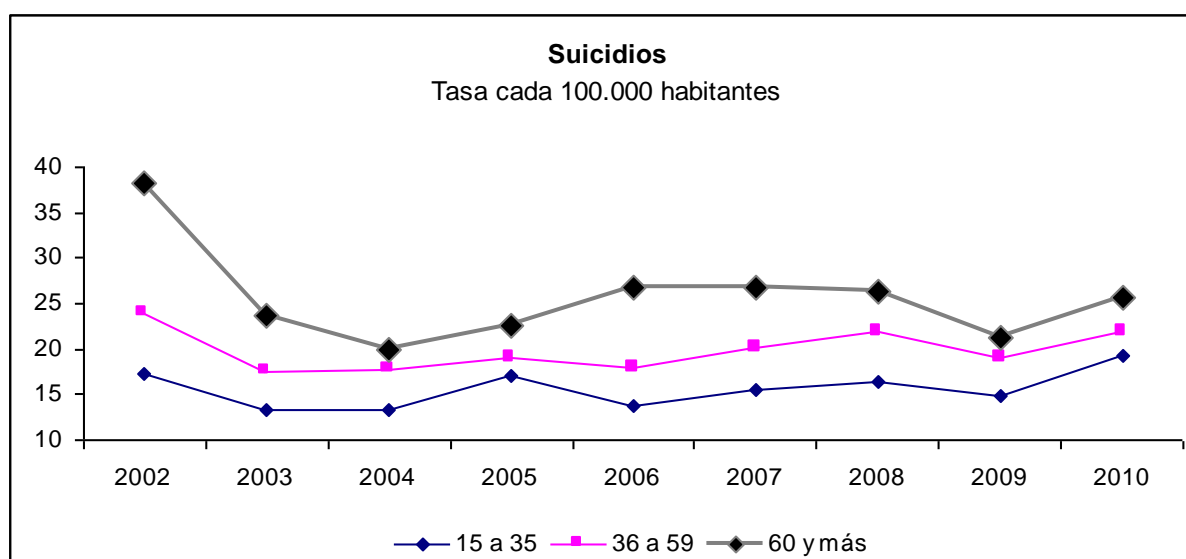
Al analizar la evolución de la tasa por grupos de edad vemos cómo en todo el período la tasa de los adultos mayores presenta valores superiores a los otros dos grupos. Pero presenta la singularidad que en el año 2002 la tasa de adultos mayores presentaba un valor de 38,2 cada 100.000 habitantes frente a 17,3 de los jóvenes adultos y 23,8 de los adultos.

La distancia entre la tasa de los adultos mayores y los jóvenes adultos en 2002 era de 20,9 puntos, terminando el periodo con una distancia de 6,4.

La tasa de los jóvenes adultos comienza el período en 17,3 cada 100.000 habitantes terminando con un valor de 19,3. Mostrando tres picos en el período en los años 2002, 2005 y 2010 con su valor máximo.

La tasa de los adultos comienza el período al igual que los otros dos grupos con un valor alto de 23,8 pero termina el período con una tasa menor a la del 2002 de 22 repitiendo el mismo valor del 2008.

Gráfico 6. Suicidios consumados según grupos de edad. Montevideo. 2002 – 2010.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Pasando a analizar el método de suicidio, en el cuadro 3 se puede ver que para el período el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación fue el método que predominó en prácticamente un 42%, seguido del arma de fuego con un 36,1% y en tercer lugar “salto desde un lugar elevado” en un 10%.

El método ha cambiado de peso entre el primer y el último período, de esta forma las armas de fuego pasan de ser el método más usado en el primer período a un segundo lugar, en donde el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación queda en primer lugar en el tercer período. También aparece una modificación de la utilización de sustancias aunque no cambia el estar en la cuarta posición para los tres períodos.

Para los tres períodos analizados los tres métodos más utilizados son los más contundentes y violentos representando el 88.1% del total de los casos.



Cuadro 3. Suicidios consumados según método. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Arma de fuego	<b>39,8</b>	<b>34,6</b>	<b>34,0</b>	<b>36,1</b>
Arma blanca	2,3	0,0	1,0	1,1
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	<b>37,7</b>	<b>42,0</b>	<b>45,8</b>	<b>41,9</b>
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,9	0,9	0,8	0,9
Ahogamiento y sumersión	0,7	0,9	0,7	0,7
Salto desde un lugar elevado	8,6	<b>11,7</b>	<b>10,1</b>	<b>10,1</b>
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	5,1	6,6	3,9	5,2
Otros métodos	4,6	2,5	3,1	3,4
Sin datos	0,4	0,9	0,5	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando analizamos por sexo la elección del método se observa que el arma de fuego y el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación son los métodos mayormente utilizados por los hombres con un 40% y 45,9% respectivamente, estando en tercer lugar el “salto desde un lugar elevado” con un porcentaje del 6.1.

Para el caso de las mujeres el método presenta otras características, los porcentajes se reparten entre ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación en primer lugar con un 31,4%, seguido de arma de fuego con un 25,6%, en tercer lugar el “salto desde lugar elevado” en un 21% y el uso de sustancias en cuarto lugar con un 11,7%.

Si se compara por sexo las mujeres utilizarían en menor porcentaje las armas de fuego en comparación con los hombres, y presentan en tercer lugar en una proporción significativa el salto desde lugar elevado.

Cuadro 4. Suicidios consumados según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Arma de fuego	<b>40,0</b>	<b>25,6</b>	<b>36,1</b>
Arma blanca	1,0	1,3	1,1
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	<b>45,9</b>	<b>31,4</b>	<b>41,9</b>
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,6	1,5	0,9
Ahogamiento y sumersión	0,4	1,7	0,7
Salto desde un lugar elevado	6,1	<b>21,0</b>	<b>10,1</b>
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	2,7	<b>11,7</b>	5,2
Otros métodos	2,7	5,1	3,4
Sin datos	0,5	0,8	0,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Los siguientes cuadros muestran un análisis más detallado de la utilización del método de armas de fuego (630 casos de suicidios consumados con armas de fuego).

Al desagregar en armas cortas y largas para los tres períodos las primeras son las que predominan en un 93,3% en 2002–2004 pasando a 90,3% en el tercer período, sufriendo un leve descenso. Las largas por el contrario muestran un leve crecimiento pasando de 6,7 a 9,7%. De los datos surge contundentemente que las armas cortas son las que predominan cuando los suicidas optan como método el usar armas de fuego.

La utilización como método de armas de fuego es consistente con la cantidad de armas a disposición de la población. En el Primer Informe presentado por el Observatorio de impacto de armas de fuego dice que “según datos oficiales del Registro Nacional de Armas (RNA), a diciembre del 2012 Uruguay contaba con una cifra de 584.112 armas registradas. Un promedio de un arma de fuego registrada cada cinco uruguayos.” (IELSUR. 2013)

A las armas registradas (584.112) hay que agregarles las no registradas que según el informe dice

Si bien no se ha podido precisar la cantidad de armas de fuego en el mercado clandestino, estudios internacionales estiman la llamada “cifra negra” en un arma ilegal por cada una registrada. De acuerdo a las estimaciones más optimistas, el cálculo sería de un arma de fuego cada 3 habitantes uruguayos, lo que situaría a Uruguay en la novena posición del ranking mundial de cantidad de armas per cápita (Army Survey); similar proporción que Irak, con 32 armas cada 100 habitantes; y muy superior a la de Colombia, con 6 armas cada 100 habitantes. Las cifras son alarmantes, más si se tiene en cuenta que Uruguay carece de la tradición bélica de los países anteriormente mencionados. (IELSUR. 2013)

El mismo informe expresa que estas armas

según el RNA, del total de armas registradas, solo un 11% pertenece a policías, militares y coleccionistas. El restante 89%, está en manos de la población civil (personas físicas o jurídicas). En 2012 se registraron 5.394 armas, de las cuales el 63% fueron presentadas por civiles. (IELSUR. 2013)

Por lo tanto al momento de pensar en políticas de prevención del suicidio habría que pensar en la necesidad de campañas de desarme, debido a los riesgos que existen hoy en día en los hogares por la alta presencia de las mismas.

Cuadro 5. Suicidios consumados con armas de fuego (cortas y largas). Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Corta	93,3	91,8	90,3	91,8
Larga	6,7	8,2	9,7	8,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Por sexo se mantiene la elevada participación de las armas cortas, pero en los hombres se puede apreciar que la participación de armas largas presenta un valor superior que en las mujeres, siendo del 8,9% frente al 5%.

Cuadro 6. Suicidios consumados con armas de fuego (cortas y largas) según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Corta	91,1	95,0	91,8
Larga	8,9	5,0	8,2
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al ver el tipo de arma utilizada en los tres períodos se observa una participación del 72,6% (458 casos) en revolver y en un 16% (101 casos) de pistolas, seguidos en tercer lugar de escopetas en un 4,9% (31 casos).

Se puede ver que la participación de revolver disminuye del 75,9% al 69,7% del primer al tercer período y en el caso de la pistola aumenta su participación pasando de 14,9% al 17,3%. El rifle aumenta su participación también y la escopeta aumenta levemente para luego volver al valor de 4,8% del primer período.

Resulta paradójico pensar que entre los que declaran tener un arma en su hogar en 2009, 6 de cada 10 sostenía que tenía una por prevención o protección personal. (IELSUR 2013)

Cuadro 7. Suicidios consumados con armas de fuego según tipo Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Revolver	75,9	71,8	69,7	72,6
Pistola	14,9	15,9	17,3	16,0
Rifle	1,8	2,6	4,8	3,0
Escopeta	4,8	5,1	4,8	4,9
Otro	0,0	0,5	0,5	0,3
Sin dato	2,6	4,1	2,9	3,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Para ambos sexos el arma de fuego más usada es el revolver, seguido por la pistola, en tercer lugar los hombres presentan las escopetas con un 5,5%, seguido en un 3,1% de los rifles. En cambio, las escopetas y rifles para las mujeres presentan la misma proporción del 2,5%.

Cuadro 8. Suicidios consumados con armas de fuego según tipo y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Revolver	71,6	76,9	72,6
Pistola	16,7	13,2	16,0
Rifle	3,1	2,5	3,0
Escopeta	5,5	2,5	4,9
Otro	0,4	0,0	0,3
Sin dato	2,7	5,0	3,2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Jesús de Miguel (1973) expresaba que “las personas mantienen una cierta aversión a los modos de suicidarse que ocasionan muertes aparatosas acompañadas de sangre”. De esta forma clasificaba en dos grupos los suicidios:

1. Suicidios sin derramamiento de sangre: (Suspensión, Sumersión, Envenenamiento, Asfixia).
2. Suicidios con derramamiento de sangre: (Salto de altura, Arrojar al paso del tren, Arma blanca, Arma de fuego).

En el cuadro 9 se puede observar cómo disminuye del primer al tercer período los suicidios consumados con derramamiento de sangre pasando del 51,6% al 46,2%. A pesar de la disminución no se puede decir de que exista una aversión a las muertes aparatosas acompañadas de sangre como encontró de Miguel en España.

Cuadro 9. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Sin derramamiento de sangre	48,4	52,8	53,8	51,7
Con derramamiento de sangre	51,6	47,2	46,2	48,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Lo mismo sucede cuando se analiza por sexo, aunque las mujeres presentan una mayor paridad entre sin y con derramamiento de sangre que en el caso de los hombres. Estos presentan un porcentaje del 52,2% frente a un 47,8%.

Cuadro 10. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre según sexo.  
Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Sin derramamiento de sangre	52,2	50,4	51,7
Con derramamiento de sangre	47,8	49,6	48,3
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando analizamos el cuadro 11 se observa que el 39,8% de los que consumaron el suicidio en el período son casados o en unión de hecho, en segundo lugar los solteros con un 25,8%, después aparecen los divorciados o separados de la unión en un 20,6% y los viudos o viudos de la unión en un 11,2%.

Entre los períodos se dan algunos cambios en el peso de la participación, disminuyendo el porcentaje los casados o en unión de hecho y los viudos o viudos de la unión, creciendo los otros dos grupos en su participación.

Cuadro 11. Suicidios consumados por estado civil. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Casado o Unión de hecho	43,2	37,9	38,5	39,8
Soltero	22,6	28,2	26,7	25,8
Viudo o Viudo de la unión	13,2	11,7	9,0	11,2
Divorciado o separado de la unión	18,9	19,7	23,1	20,6
Sin datos	2,1	2,5	2,8	2,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

El cuadro 12 presenta que el 40,4% de los hombres son casados seguido del 28% de solteros, en tercer lugar los divorciados aparecen en un 20,2% y por último los viudos en un 9,1%. En las mujeres este porcentaje varía presentando a las mujeres casadas en primer lugar con un 38,3%, luego las distancias entre los estados es más corta, estando el orden dado distinto que en los hombres en relación a estar divorciadas o separadas y o ser solteras, estando al igual que los hombres en último lugar las viudas o viudas de la unión. Según los porcentajes del cuadro 12, estar casado o en unión de hecho afecta en forma similar a hombres como mujeres pero cuando pasamos a otros estados civiles hay diferencias. Es importante ver los aportes de la literatura en cuanto a las transiciones diferenciales a la adultez para poder pensar hipótesis explicativas que asocien los diferentes estados civiles con el suicidio<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Los trabajos de Carlos Filgueira (2002) y más recientemente de Daniel Ciganda (2008) resultan muy enriquecedores al momento de pensar las diferentes transiciones a la adultez asociándolo con el suicidio.

Daniel Ciganda (2008) incursiona sobre la transición de los jóvenes hacia la vida adulta mostrando cómo existen situaciones heterogéneas y sus posibles explicaciones y consecuencias. Una posible síntesis de lo expuesto tanto por Filgueira (2002) como por Ciganda (2008) podría resumirse en que las clases populares realizan una transición temprana hacia la adultez y por lo tanto hipotecan activos y recursos para su futuro y en consecuencia quedan expuestos a las diversas dimensiones de precariedad.

Las clases altas al extender la etapa de la juventud acumulan activos y recursos postergando su inserción en la vida adulta, pero logrando una mayor acumulación en capital humano y social que los llevara a tener un uso más óptimo de la “estructura de oportunidades” brindada por la familia, el mercado y el Estado. (Filgueira, Carlos. 2002)

Cuadro 12. Suicidios consumados según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2010.  
Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Casado o Unión de hecho	40,4	38,3	39,8
Soltero	28,0	19,9	25,8
Viudo o Viudo de la unión	9,1	16,9	11,2
Divorciado o separado de la unión	20,2	21,8	20,6
Sin datos	2,3	3,0	2,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

La existencia de cartas dejadas por los que consumaron el suicidio resultan importantes ya que en las mismas se “(...) plasman directamente los motivos, sentimientos, deseos, pensamientos del suicida, pues generalmente son escritas instantes antes de cometer el acto, lo cual nos permite tener un acceso más cercano al acto mismo y, por tanto, a su comprensión.” (Chávez, Et al. 2011.p.35). Las cartas o notas suicidas pueden permitir conocer y analizar los rasgos más significativos y característicos del suicida.

Escapa al alcance de la presente tesis el ahondar en el tema, pero como expresa Casado, M. Et al (2012)

(...) el análisis de cartas o notas suicidas manuscritas es uno de los métodos más valiosos en el estudio del comportamiento suicida, ya que se puede considerar como un mensaje por el cual el suicida manifiesta su idea, su responsabilidad y su premeditación a la consumación del suicidio y además pretende que sea vista posterior a su muerte. (Casado, M et al. 2012.p.114)

En el cuadro 13 se muestra cómo para el período el 25,3% dejó una carta o nota suicida en donde el porcentaje entre el primer y último período de los que dejan las mismas cae levemente.

Cuadro 13. Carta suicida. Montevideo. 2002 – 2010.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	28,8	23,4	23,7	25,3
No	71,2	76,6	76,3	74,7
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando observamos el peso de las cartas o notas vemos que en las mujeres aparece en un 29,7% frente a un 23,6% de los hombres. Daniel Matusevich (2003) plantea una clasificación referente a las notas o cartas suicidas:

“En 1967 John Jacobs publica su trabajo Phenomenological Study of Suicide Notes en la revista Social Problems; las tipologías creadas por Jacobs siguen manteniendo plena vigencia y son quizás el modo más utilizado de clasificar notas de adultos mayores debido a su sencillez y a que su aplicación es más fácil; este autor divide a las notas en cinco categorías:

1. Notas de disculpa: son notas de pedido de perdón; el contenido apunta a explicar las causas aunque muchas veces aclaran que la persona que recibe la nota no va a comprender los motivos del suicidio o de la tentativa. (...)
2. Notas basadas en enfermedades incurables o muy dolorosas: aquí el centro de la comunicación esta constituido por el sufrimiento que habitualmente es inconmensurable y sin solución y es el que llevó a la persona a tomar la decisión.
3. Notas acusatorias y/o culpabilizadoras: directamente responsabilizan y culpan de la muerte al destinatario de la nota.(...).
4. Notas con instrucciones: en estas quedan consignados los deseos y la voluntad del suicida, en general de forma impersonal; varios autores sostienen que este es el modelo más común de nota.(...).
5. Notas mixtas: son una mezcla de todas las notas anteriores.” (Matusevich, 2003.pp.143-144)

Cuadro 14. Carta suicida según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	23,6	29,7	25,3
No	76,4	70,3	74,7
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 15 se presenta el porcentaje de suicidas que realizaron un aviso previo de su intención de autoeliminarse. Como se expresa en la Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas (GPDFRCS):

(...) los mitos sobre el suicidio son criterios equivocados, culturalmente aceptados, que no reflejan una veracidad científica pues se trata de juicios de valor erróneos que entorpecen la prevención de dicha conducta. Con cada mito se intenta justificar determinadas actitudes que se convierten en un freno para la prevención de esta causa de muerte. (...) El que dice que se va a matar no lo hace. Es un mito porque todo aquel que ha cometido IAE o suicidio lo ha manifestado verbalmente. El que realmente se quiere matar no lo dice. Criterio erróneo, de cada 10 personas que se suicidan, 9 lo manifestaron claramente. (GPDFRCS. 2008.p.8)

En la evolución de los tres períodos se ve un aumento de los que expresaron su deseo de morir pasando el registro de un 14,6% a 21,6% en el último período. Con respecto al porcentaje es importante tener en cuenta aspectos de la construcción del dato y su fuente.

Cuadro 15. Aviso de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	14,6	19,1	21,6	18,5
No	85,4	80,9	78,4	81,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se analiza por sexo encontramos que los hombres presentan un mayor porcentaje con respecto de comunicar su intención de autoeliminarse presentando un porcentaje del 19,4% frente al 16,1% de las mujeres.

Cuadro 16. Aviso de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	19,4	16,1	18,5
No	80,6	83,9	81,5
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Los intentos de autoeliminación son otro mito que aparece, según la GPDFRCS:

El que se ha recuperado de una crisis suicida ni lo volverá a intentar, falso, se ha visto que en general reinciden en corto plazo. Los que intentan el suicidio no desean morir, sólo es un llamado de atención. Este es un prejuicio muy difundido y descalificante en general con el sexo femenino, no se tiene en cuenta que sus mecanismos de adaptación han fallado y no encuentran alternativas adecuadas. (GPDFRCS. 2008.p.8)

Como expresa el cuadro 17 comienza con un 16,8% de intentos previos creciendo en el segundo período a 20,7% y descendiendo a 19,6% en el período 2008 – 2010. O sea que 2 de cada 10 suicidas cometieron un intento de suicidio previo antes de consumar. Esta cifra puede ser mayor debido a la cifra negra en cuanto al registro de intentos de



autoeliminación. Aún hoy el registro de los IAE son defectuosos dificultándose por lo mismo actuar sobre muchas personas que luego consumarán el acto.

Cuadro 17. Intentos de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	16,8	20,7	19,6	19,1
No	83,2	79,3	80,4	80,9
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Como muestra el cuadro 18 las mujeres presentan el mayor porcentaje de IAE en un 33,7% frente a los hombres que presentan el 13,7. Este dato es coherente con estudios e investigaciones anteriores a nivel nacional e internacional, que muestra las tentativas como un fenómeno típicamente femenino.

Cuadro 18. Intentos de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	13,7	33,7	19,1
No	86,3	66,3	80,9
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.1.1 Dimensiones de la precariedad vital desde la crisis hasta 2010.

Tal como se planteó en el marco teórico la precariedad es un proceso y una experiencia en donde “la vida puede ser precarizada mediante el debilitamiento brutal de sus propiedades sociales, por la imposición de regímenes de inacción o por la marginalización de las disposiciones para la acción y por la imposibilidad de una verdadera postura narrativa” (Le Blanc. 2007). La vida es frágilizada y es privada de sus bases materiales, pragmáticas o simbólicas. De esta forma las dimensiones propuestas serán las que describiré en las siguientes paginas.

##### 4.1.1.1 Socio – económica

Tal como expresé en el marco teórico la precariedad socio – económica viene asociada a los ingresos o a la situación laboral, reflejándose en ingresos salariales bajos o a un trabajo poco estable. La relevancia de la percepción subjetiva se expresa en la deprivación

relativa<sup>11</sup>, ya que esta transforma la manera de experimentar la vida, así como la propia identidad individual.

Bayce (2005) nos plantea que

(...) todos nos convertimos en ‘relativamente deprivados y carentes’ en la medida que la exhibición y promoción científica del hedonismo, la abundancia y el consumo son cada vez más inalcanzables para los más. Por ello, todos, tengamos lo que tengamos, nos vamos transformando en psicoculturalmente pobres, incapaces de tener y disfrutar ‘todo’, y por ende a no disfrutar lo que tenemos y/o somos.(...) De ahí que generemos hábitos cualitativamente semejantes a los de los ‘pobres’, porque hemos devenido ‘pobres relativos’, deprivados relativamente, aunque en términos absolutos, disfrutemos de más consumo y confort objetivos materiales que nunca en la historia humana... (Bayce, 2005.pp.42-43)

Este primer período está marcado por la crisis del 2002 y sus repercusiones en todos los indicadores socioeconómicos en forma negativa. Tal como planteamos la dimensión socio – económica depende de los ingresos y el empleo siendo estos datos objetivos y de la percepción subjetiva de los individuos.

Como muestra el cuadro 19 los ingresos reales tienen su piso en el año 2003, para luego comenzar a crecer lentamente y superar el año base de 1998.

El desempleo muestra dos años con una tasa de 17 y 16,7 en los años 2002 y 2003 respectivamente, sumándose el aumento en esos años de la indigencia y la pobreza que crecen hasta 2004, comenzando a mejorar lentamente estos indicadores.

Cuadro 19. Datos socioeconómicos para Montevideo 1998 – 2010.

	Ingresos Reales	Tasa desempleo anual	Indigencia hogares	Indigencia personas	Pobreza hogares	Pobreza personas
1998	100					
1999	101					
2000	100					
2001	96					
2002	86	17,0	0,8	1,6	28,4	37,6
2003	72	16,7	1,5	2,9	28,6	37,8
2004	73	12,9	2	4	28,9	38,4
2005	75	11,8	2	3,9	27,6	36,6
2006	83	10,5	1,3	2,4	24,5	32,9
2007	90	8,9	1,2	2,3	22	30,8
2008	95	7,9	1,3	2,6	19	26
2009	102	8,0	0,9	1,8	17,1	24,1
2010	108	7,2	0,6	1,3	14,6	21,6

Fuente: Elaboración propia a partir de Reporte Social 2013 y del Instituto Nacional de Estadísticas.

Ingresos Reales: promedio de ingresos reales per capita del hogar sin valor locativo. Montevideo. índice base 1998 = 100.

<sup>11</sup> Robert Merton presenta el concepto de “privación relativa” para “explicar los sentimientos de insatisfacción” de comparar su situación con la de otros con quienes están en asociación real, en relaciones sociales constantes, con quienes son de la misma posición o de la misma categoría social y la comparación con quienes guardan una posición diferente o tienen diferente categoría social.(Merton, 2002.p.311)

Con este breve panorama de la situación socioeconómica en Montevideo (que nos muestra el cuadro 18 de algunos indicadores) propondré hipótesis de los datos que surgen del análisis de las novedades de suicidios consumados.

Un primer dato a señalar es que las tasas masculinas en todos los grupos de edad son más altas que las femeninas como ya se había presentado páginas atrás.

Las tasas más altas se presentan en todos los grupos de edad para los hombres en relación a las mujeres. En los tres grupos de edad se da la tasa más alta en los sectores bajos, a excepción de los jóvenes adultos de 15 a 35 años que presentaron su valor máximo en el sector muy bajo con una tasa de 43,1 cada 100.000 habitantes.

Si comparamos a los jóvenes adultos masculinos de sectores muy bajos con los altos la relación es de prácticamente 3 suicidios de los varones de sectores menos favorecidos de Montevideo por cada joven de sector alto. Es el grupo que presenta la mayor diferencia en esta relación; en los demás grupos de edad y según sexo la relación presenta valores entre 1 y 0,5.

En el primer grupo de edad (15 a 35 años) se puede ver claramente la dirección de la asociación en donde las tasas descienden a medida que subimos en los estratos socioeconómicos. Esta asociación está dada por los valores de las tasas masculinas que van de 43,1 a 15,1 cada 100.000 habitantes, ya que las tasas femeninas no muestran asociación entre el suicidio y el estrato socioeconómico de pertenencia.

El grupo de 36 a 59 años presenta en los hombres de sectores muy bajo y bajo con los valores más altos con 31,5 y 34,8 cada 100.000 habitantes. No quedando para los hombres una dirección clara de la relación estratos vs suicidios, ya que los sectores altos presentan el tercer valor y por último los hombres de los sectores medios.

En tanto las mujeres pertenecientes al estrato bajo son las que mostraron el valor más alto con 14,5, pero no existe al igual que en los otros grupos de edad una asociación clara entre estrato de pertenencia y suicidio.

En el último grupo de montevideanos de 60 y más surge un dato interesante de interpretar, los adultos mayores pertenecientes al estrato muy bajo tanto hombres como mujeres presentaron las tasas más bajas, los hombres con un valor de 20 y las mujeres de 7,3 cada 100.000 habitantes. La tasa masculina de los adultos mayores pertenecientes al estrato

socioeconómico “muy bajo” mostró una tasa de 20, fue la más baja en comparación a los grupos de edad, excepto los estratos medios y altos en jóvenes adultos.

En los estratos bajos, medios y altos la tasa masculina crece a medida que aumenta la edad, en el estrato muy bajo se da a la inversa disminuyendo el valor de la tasa a medida que aumenta la edad..

Cuadro 20. Suicidios consumados total según grupos de edad, sexo y estratos socioeconómicos. (Media 2002 – 2004).

2002-2004	15 a 35 años			36 a 59 años			60 y más		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy bajo	<b>43,1</b>	3,7	<b>23,1</b>	31,5	12,7	<b>21,6</b>	20,0	7,3	<b>12,7</b>
Bajo	31,5	<b>5,2</b>	<b>18,1</b>	<b>34,8</b>	<b>14,5</b>	<b>24,1</b>	<b>62,9</b>	<b>14,1</b>	<b>33,7</b>
Medios	17,5	4,1	<b>10,6</b>	20,8	11,6	<b>15,6</b>	43,8	11,8	<b>23,8</b>
Altos	15,1	4,2	<b>9,6</b>	25,4	12,5	<b>18,2</b>	44,3	11,4	<b>23,3</b>
<b>Total</b>	<b>25,2</b>	<b>4,6</b>	<b>14,7</b>	<b>28,0</b>	<b>12,8</b>	<b>19,7</b>	<b>50,9</b>	<b>12,4</b>	<b>27,2</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 21 se puede ver que la tasa global de los jóvenes adultos aumentó levemente y la global de los otros dos grupos de edad disminuyó.

Con respecto al periodo anterior surgen cambios, los jóvenes adultos hombres de estratos bajos presentan la tasa más alta seguido de muy bajo con 38,5 y 38,3 respectivamente. La tasa de los hombres de sectores altos y de las mujeres disminuyó a prácticamente la mitad. La relación con los jóvenes que presentan las tasas más altas creció pasando a ser 5 (3 en el período anterior) jóvenes de sectores bajos o muy bajos por cada 1 de sector alto que se suicida. La tasa total de los hombres y mujeres jóvenes adultos aumentó levemente con respecto al período anterior.

Al observar el segundo grupo de edad muestra que la tasa global de los hombres disminuye sensiblemente y la de las mujeres aumenta levemente. Esto hace que se de una caída sensible de la tasa global del grupo de edad. En este grupo son los hombres de los sectores bajos y las mujeres de los sectores medios los que presentan los valores máximos en sus tasas con 35,8 y 14,1 respectivamente.

En los adultos mayores la novedad se da en los hombres de los sectores muy bajos que presentan la mayor tasa del período (66,6) y muestra un aumento importante con respecto al período anterior. Los valores muestran una asociación según pertenencia a estrato socioeconómico y suicidio en donde a medida que se pasa a un estrato más alto la tasa

disminuye. Es la tasa más alta de todos los grupos de edad de este período y del anterior también. Los hombres de sectores medios disminuyeron sensiblemente su tasa con respecto al período anterior y la de los estratos altos cayó a prácticamente la mitad.

Cuando observamos las tasas de las mujeres adultas vemos que son las pertenecientes a estratos altos las que más se suicidan con respecto de las mujeres de otros estratos.

Cuadro 21. Suicidios consumados total según grupos de edad, sexo y estratos socioeconómicos. (Media 2005 – 2007).

2005-2007	15 a 35 años			36 a 59 años			60 y más		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy bajo	38,3	6,6	<b>22,1</b>	20,9	11,5	<b>15,9</b>	<b>66,6</b>	10,2	<b>33,8</b>
Bajo	<b>38,5</b>	5,0	<b>21,5</b>	<b>35,8</b>	12,4	<b>23,2</b>	60,5	9,6	<b>30,0</b>
Medios	15,8	<b>7,7</b>	<b>11,6</b>	19,7	<b>14,1</b>	<b>16,6</b>	40,3	9,9	<b>21,0</b>
Altos	7,1	1,4	<b>4,1</b>	19,6	10,3	<b>14,4</b>	22,9	<b>15,3</b>	<b>18,2</b>
<b>Total</b>	<b>25,6</b>	<b>5,9</b>	<b>15,5</b>	<b>26,2</b>	<b>13,2</b>	<b>19,1</b>	<b>48,7</b>	<b>10,9</b>	<b>25,3</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Para el último período analizado la tasas globales para los dos primeros grupos de edad aumentan con respecto a los dos períodos anteriores, y la tasa de los adultos mayores presenta el valor más bajo de los tres períodos.

Al analizar las tasas para el grupo de jóvenes adultos encontramos que en los hombres los sectores bajo y muy bajo presentan sus valores máximos con 38,9 y 38 cada 100.000 habitantes. La novedad se da en la tasa de las mujeres pertenecientes a los estratos altos en donde pasa de 1,4 en el período 2005 – 2007 a 8,2 en el período 2008 – 2010, quedando la misma en segundo lugar después de las mujeres jóvenes adultas de los estratos bajos. Como se ha podido observar en el caso de las mujeres la asociación entre suicidio y la pertenencia según estratos socioeconómicos no se encuentra como en los hombres.

En el segundo grupo de edad encontramos que la tasa total masculina (33,3) aumentó con respecto al período anterior y la femenina (10,8) disminuyó, pero en términos globales aumentó 2 puntos pasando de 19 a 21 cada 100.000 habitantes.

Al observar la tasa masculina su máximo valor se presenta para el estrato muy bajo en los hombres (43,8) y en el bajo para las mujeres (14,5). Los valores mínimos tanto para hombres como mujeres corresponden a los que pertenecen a estratos medios. (24,2 y 7,2).

Por último, la tasa global de los adultos mayores presentó su valor más bajo de los tres períodos con un valor de 24,4. En la tasa total son los adultos mayores pertenecientes a sectores bajos los que presentan su valor máximo con 29,7 cada 100.000 habitantes.

Cuando se observa por sexo el valor máximo en los hombres se da en los pertenecientes a estratos bajos con un valor de 58,2 y en las mujeres en los sectores medios con 11,1.

Para ambos sexos el valor mínimo de la tasa se encuentra en los pertenecientes a los sectores muy bajos. (35,9 y 6,5)

Cuadro 22. Suicidios consumados total según grupos de edad, sexo y estratos socioeconómicos. (Media 2008 – 2010).

2008-2010	15 a 35 años			36 a 59 años			60 y más		
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total
Muy bajo	38,0	4,3	<b>20,8</b>	<b>43,8</b>	8,6	<b>25,1</b>	35,9	6,5	<b>19,4</b>
Bajo	<b>38,9</b>	<b>8,7</b>	<b>23,4</b>	38,4	<b>14,5</b>	<b>25,6</b>	<b>58,2</b>	10,6	<b>29,7</b>
Medios	18,9	3,1	<b>10,7</b>	24,2	7,2	<b>14,8</b>	40,2	<b>11,1</b>	<b>21,6</b>
Altos	10,8	8,2	<b>9,5</b>	28,1	9,4	<b>17,7</b>	41,2	9,8	<b>21,4</b>
<b>Total</b>	<b>28,4</b>	<b>6,0</b>	<b>16,8</b>	<b>33,3</b>	<b>10,8</b>	<b>21,0</b>	<b>46,9</b>	<b>10,6</b>	<b>24,4</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.1.1.2. Residencial – corporal

Esta dimensión abarca desde un hábitat con escasez de recursos y equipamientos abarcando referencias a lo corporal, a la salud, como cuerpo sano como normalidad, por lo tanto incluí en esta dimensión el consumo problemático de drogas, el alcoholismo, enfermedades, depresión y problemas psiquiátricos.

El cuadro 22 expresa cómo el consumo problemático de drogas ha ido aumentando en su incidencia en los suicidios consumados pasando de 4,4% a 9,5% en el último período.

En el prefacio de Fisuras (2014) se expresa que

(...) una sociedad consumista e inmediateista ofrece también las sustancias que mejoran e incrementan las posibilidades de esta lógica hedonista. (...) Hoy las drogas – mercancías, algunas de carácter legal y otras no, están orientadas mayormente a un mismo fin: proporcionar bienestar al consumidor. (...) Los que mantengan vínculos con las sustancias (...) que pueden derivar en usos problemáticos con consecuencias importantes en el plano individual, familiar, económico y social. (...) Un caso paradigmático es lo que ocurre con el consumo de pasta base de cocaína (PBC). La población de mayor riesgo para el uso problemático de esta sustancia son las personas jóvenes, mayoritariamente hombres, en condiciones de alta vulnerabilidad social. (Rossal, Suárez, 2014.pp 13-14)

Para todo el periodo 2002 a 2010 representó el 6,8% del total de suicidios, que en valores absolutos representa 119 suicidios con esta característica.

El uso problemático de drogas, por su característica envolvente sobre la vida de los individuos y dada la relación que termina estableciendo la persona con la sustancia en estos patrones de uso, en muchos casos genera barreras, cuando no límites infranqueables, para el buen desempeño individual, familiar y social, en definitiva lo que se espera en términos de adaptación. El consumo abusivo y la dependencia de las drogas afecta no solo de modo significativo la calidad de vida de las personas sino que, por sobre todas las cosas, produce padecimiento. (Rossal, Suárez, 2014.p. 16)

De estos 119 suicidios consumados con problemas de drogas el 91,6 eran hombres, entre los 15 y 35 años encontramos el 84% de los suicidas con problemas de drogas, el 63,9% de ellos era soltero, 16,8 divorciados o separados de la unión y otro 16,8% casados.

El 68,9% pertenecía a los estratos muy bajos y bajos y 6 de ellos presentaban situación de calle. Por último el 23,5% de ellos vivía solo al momento de suicidarse.

Los aspectos psicológicos y las condiciones de salud en general, ya afectados por el consumo problemático de sustancias psicoactivas, refuerzan una situación de marginalidad y de profunda debilidad cuando la posición social del sujeto, previa al consumo, ya muestra aspectos de vulnerabilidad. (Rossal, Suárez, 2014.p. 16)

De estos usuarios de drogas un porcentaje importante presentó en la novedad policial la referencia a que eran usuarios de PBC,

respecto al perfil de los consumidores de pasta base, se encuentra que ocho de cada diez son hombres, tres de cada cuatro son menores de treinta años y siete de cada diez residen en la capital del país. En lo que refiere a las pautas de consumo, se observa que prácticamente la totalidad son policonsumidores y la mayoría inicia el consumo con otras sustancias. (Rossal, Suárez, 2014.p. 16)

Cuadro 23. Consumo problemático de drogas<sup>12</sup>. Montevideo. 2002 – 2010.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	4,4	6,4	9,5	6,8
No	95,6	93,6	90,5	93,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Por sexo un 8,6% de los hombres presentó consumo problemático de drogas frente a un 2,1 en las mujeres.

<sup>12</sup> Consumo / uso problemático de drogas: un uso de drogas puede ser problemático para una persona cuando el mismo afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de la persona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley.

(...) el consumo de pasta base es vivenciado siempre como problemático, aun en estos contextos (y en los propios usuarios); se consideran como devastadoras las consecuencias de este consumo que, según sus propios testimonios, destruye al individuo, a la familia y a todo su entorno inmediato, lo que desencadena y profundiza una situación de exclusión y aislamiento individual y colectivo. (Rossal, Suárez, 2014.p. 27)

En este sentido los autores destacan la asociación entre el uso de PBC y situaciones de extrema precariedad y vulnerabilidad social, como ser la mendicidad, prostitución y otras prácticas marginales de vida que retroalimentan la pérdida del espacio social. (Rossal, Suárez, 2014)

En ellos se expresa

(...) la vulnerabilidad, exclusión, cuando no expulsión: la ruta de deterioro signada por el uso problemático de drogas deja para muchos solo la calle como ilusión de espacio-lugar, lo que los convierte en seres (parias) absolutamente visibles por su desterritorialización e imagen socavada por las miserias. En términos de Castel (1997), se convierten en individuos con una situación que «flota» en la estructura social, poblando sus intersticios sin encontrar un lugar que los contenga. Se convierten en algo más que excluidos y para ello se incorpora el término de desafiliación que es un concepto dinámico y por lo tanto con mayor poder explicativo. (Rossal, Suárez, 2014.pp. 53-54)

Cuadro 24. Consumo problemático de drogas según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	8,6	2,1	6,8
No	91,4	97,9	93,2
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 25 observamos que el alcoholismo estuvo presente en el 5,7% de los suicidas, en donde comienza el primer período con un 4,2% y termina con un 6,9%.

Es de recordar que nos basamos en registros realizados por la policía, que las situaciones y su complejidad varía y por lo tanto la calidad y cantidad de datos recabados en la novedad no es la misma en todos los casos.

Cuadro 25. Alcoholismo. Montevideo. 2002 – 2010.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	4,2	5,9	6,9	5,7
No	95,8	94,1	93,1	94,3
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.



Cuando se observa la situación por sexo los hombres con problemas de alcoholismo representan el 6,8% y las mujeres el 2,5%. En este caso el 58,6% de los suicidas que presentaban problemas de alcoholismo tenía entre 36 y 59 años de edad, el 25,3% más de 60 y el 16,2% entre 15 y 35 años.

El alcoholismo, a diferencia del consumo problemático de drogas está presente preponderantemente en adultos y adultos mayores.

El 22% de los suicidios que presentaron tener problemas de alcoholismo además vivía solo.

Cuadro 26. Alcoholismo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	6,8	2,5	5,7
No	93,2	97,5	94,3
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

La categoría “enfermedades”, hace referencia a enfermedades crónicas, enfermedades mentales y las que afectan la capacidad funcional y la autopercepción principalmente. Engloba discapacidades físicas y mentales, tales como las dificultades para ver, oír y/o caminar, parálisis o falta de alguna extremidad.

La presencia de enfermedades crónicas significa tratar con padecimientos de larga duración y onerosos para el enfermo y la familia, en donde tanto el que padece la enfermedad como su entorno van sufriendo un desgaste, ya que estas enfermedades no tienen cura y se extienden a lo largo de la vida de quien las padece.

Así, en el cuadro 27 se puede observar que el 19% de los suicidios del período 2002 – 2010 padecían alguna enfermedad y expresaron en una carta, en comentarios o los mismos familiares que podría ser el motivo de la causa de la toma de la decisión de suicidarse.

En el primer período el 16,1% de los que se suicidaron presentaban alguna enfermedad y en el último período este porcentaje llegó a 22,1.

Cuadro 27. Enfermedades. Montevideo. 2002 – 2010.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	16,1	18,6	22,1	19,0
No	83,9	81,4	77,9	81,0
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se toma la variable sexo los hombres presentan un porcentaje del 20 y las mujeres del 16,3%. Las enfermedades que con más frecuencia aparecieron en las novedades fue el cáncer, la diabetes y problemas cardiovasculares.

El 76,8% de los suicidas que presentaron enfermedades eran hombres frente al 23,2% de mujeres. El 22,9% de los que presentaron enfermedades además vivían solos.

Por grupos de edad encontramos el 66% de los que presentaron enfermedades tenían más de 60 años, el 24,1% entre 36 y 59 años y entre 15 y 35 años el 9,3%.

Pedro no aguanto más, perdóname, no quiero vivir más, dos por tres me desmayo o mareo en la calle, que me perdone Soledad. (Carta. Hombre, viudo, 88 años.)

Sr. Juez: no se culpe a nadie de ésta, mi decisión, soy único responsable de este acto y lo hago por mi propia voluntad, sin haber incidido nadie en esto, Las razones: mi propia salud cuyos dolores no soporto más.” (Carta. Hombre, casado, 84 años.)

Cuadro 28. Enfermedades según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	20,0	16,3	19,0
No	80,0	83,7	81,0
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Esta categoría (depresión) al igual que la de problemas psiquiátricos son las que presentan más problemas en su confiabilidad. Ya que las mismas no parten de un diagnóstico médico sino del relato de los familiares o amigos del fallecido que construyen la novedad policial conjuntamente con el policía. Es a tener en cuenta en la construcción de estas novedades y la explicación de las acciones y motivos como juega el mito del que “todo el que se suicida está deprimido”, o el de “todos los que se suicidan padecen una enfermedad mental”; ya que la depresión puede ser una causa pero no la única y no todos los enfermos mentales se suicidan, ni todos los que se suicidan son enfermos mentales.

Aún así, nos resulta importante y que se tome en cuenta para desarrollar mejores relevamientos en futuras investigaciones.

De esta forma el 20,4% de los suicidas presentaron problemas de depresión en el periodo, partiendo de 21,9 cayendo levemente a 19%.

Cuadro 29. Depresión. Montevideo. 2002 – 2010.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	21,9	20,2	19,0	20,4
No	78,1	79,8	81,0	79,6
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando observamos por sexo encontramos que son las mujeres las que presentan una mayor proporción con respecto a los hombres siendo de 26,7% y 18% respectivamente.

Cuadro 30. Depresión según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	18,0	26,7	20,4
No	82,0	73,3	79,6
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Los suicidas que presentaron problemas psiquiátricos en el período fueron el 20,5%, pasando de 22,3 a 18,2% en el último período.

Cuadro 31. Problemas psiquiátricos. Montevideo. 2002 – 2010.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	22,3	21,1	18,2	20,5
No	77,7	78,9	81,8	79,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al igual que la variable anterior referente a la depresión los problemas psiquiátricos aparecen con un porcentaje mayor en las mujeres con un 37,7% frente al 14,1 de los hombres.

Cuadro 32. Problemas psiquiátricos según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	14,1	37,7	20,5
No	85,9	62,3	79,5
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

La depresión y los problemas psiquiátricos aparecen como un factor explicativo en el discurso de familiares y amigos de los suicidas en las novedades, tal como expresa Werlang (2013)

(...) O sofrimento estaria presente nos sentimentos de isolamento social, de perda, de sentimentos aliados à depressão, ansiedade, culpa, humilhação e estresse. As pessoas sofrem quando há estados de privação material, com a perpetuação da injustiça social e com a perda da liberdade em todas as suas formas e expressões. (Werlang, 2013.p.98)

Sin embargo, es importante tener en cuenta que aunque en la literatura se presenta la asociación entre suicidio y depresión o problemas psiquiátricos como causa explicativa, y también es común que entre los familiares y amigos de los suicidas hagan referencia a estas causas

Este tipo de interpretaciones podrían explicar, en parte, la tendencia existente (..) de asociar directamente los eventos de suicidio con la salud mental, específicamente con la depresión. Ello no significa que sea una afirmación falsa pues evidentemente existen manifestaciones palpables de enfermedades mentales, especialmente depresiones, entre muchas de las personas que se suicidan o que lo intentan; sin embargo, es cuestionable que se desconozca el proceso que está implícito en la configuración de ese estado mental perturbado. Es decir, la problemática del suicidio suele abordarse en el nivel de los epifenómenos como ejes de interpretación y no como indicios de desequilibrios individuales y sociales. (Pérez, 2013.p.74)

También es importante tener en cuenta cómo los discursos médico y psiquiátrico aparecen en estos relatos. De esta forma “prevalece un enfoque médico con un marcado énfasis en los factores psicológicos. Lo social, en cambio, es visto como aleatorio, complementario y muchas veces marginal”. (Pérez, 2013.p.13)

#### **4.1.1.3 Relacional – participativo**

Honneth (1997) plantea que en el reconocimiento intesubjetivo se expresa en distintas esferas de la vida social, en donde una se basa en la dedicación emocional en las relaciones de amor o amistad. Esta dimensión trata la ausencia de relaciones sociales, principalmente con los dos grupos de pertenencia que dotan de mayor significado a los procesos de socialización: la familia y las amistades.

Como expresa Gil Gimeno “(...) el sentimiento de soledad, común en el contexto actual, es un factor importante para que los actores no se sientan religados con la sociedad, para que los individuos encuentren dificultades para otorgar sentido a su existencia.” (2009.p.74).

De esta forma tomamos como aproximativa la variable “vivía solo”, en donde el 22,6% de los suicidas del período estaban en esta situación. Del primer al último período descendió suavemente de 23,3% a 21,9% entre 2002 – 2004 y 2008 – 2010.

Cuadro 33. Vivía solo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentaje.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	23,3	22,5	21,9	22,6
No	76,7	77,5	78,1	77,4
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al observar por sexo en el cuadro 34 las mujeres presentan un porcentaje levemente superior a los hombres de 23,1% frente a 22,4%.

En valores absolutos en el período fueron 394 suicidas los que vivían solos, los hombres representaron el 72,3% frente al 27,7% de las mujeres.

El 48,6% tenía más de 60 años, el 32,5% entre 36 y 59 años y el 18,9% entre 15 y 35 años. Si se observa por sexo y grupo de edades los hombres de 15 a 35 años presentaron un porcentaje de 22,6%, entre 36 y 59 años de 32,5% y más de 60 con 44,9%.

Las mujeres en cambio presentaron un 9,3% entre 15 y 35 años, 32,4% entre 36 y 59 años y un 58,3% en más de 60 años.

Cuadro 34. Vivía solo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

	Hombre	Mujer	Total
Si	22,4	23,1	22,6
No	77,6	76,9	77,4
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

## 4.2. El suicidio en jóvenes adultos (15 a 35 años)<sup>13</sup>

En el departamento de Montevideo entre los años 2002 a 2010 cometieron suicidio 511 jóvenes adultos, en donde el 81,8% fueron hombres frente a un 18,2% de mujeres, representando en valores absolutos 418 y 93 respectivamente.

A diferencia con los adultos y los adultos mayores en este grupo de edad los hombres presentaron un porcentaje mayor con respecto a las mujeres, siendo el mismo de 81,8% (8 de cada 10 suicidas eran hombres), los hombres de 36 a 59 años representaron el 66,3% y los adultos mayores el 73,1%.

Del total de suicidios de todas las edades los jóvenes representan el 29,5% en el período, pasando de un 25,2% en 2002 a un 33,6% en 2010.

Como expresa el cuadro 35 el método en los períodos ha sufrido un cambio en donde el Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación pasó de 51,3% a 65,8% y el uso de armas de fuego ha disminuido su peso pasando de 35,1 a 19,5%.

Entre estos dos métodos abarcamos el 85,3% de los casos de suicidio. En un tercer lugar aparecen los saltos de altura con un 7,6% y en un cuarto lugar las sustancias con un 4,3%.

Cuadro 35. Suicidios consumados según método. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Arma de fuego	35,1	23,4	19,5	25,4
Arma blanca	1,9	0,0	0,0	0,6
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	51,3	61,1	65,8	59,9
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,0	0,0	0,5	0,2
Ahogamiento y sumersión	0,0	1,2	0,0	0,4
Salto desde un lugar elevado	5,8	7,2	9,5	7,6
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	5,2	5,4	2,6	4,3
Otros métodos	0,6	0,6	1,6	1,0
Sin datos	0,0	1,2	0,5	0,6
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

<sup>13</sup> El Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley N° 17.823) establece en su artículo 1° que a los efectos de la aplicación de este Código, se entiende por niño a todo ser humano hasta los trece años de edad y por adolescente a los mayores de trece y menores de dieciocho años de edad. En el período analizado se suicidaron 6 niños entre 10 y 13 años y de 14 años se dieron 4 casos. Estos 10 casos no son analizados en esta investigación debido a que consideró de 15 años en adelante los casos de suicidios consumados. Entre los 15 y 29 años de edad el Instituto Nacional de la Juventud de Uruguay los considera jóvenes.

Al observar el método por sexo en los hombres claramente el Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación predomina con un 64,6% seguido del uso de armas de fuego con un 24,6%, para luego con un 5,3% aparecer el salto de altura y con un 3,3% el uso de sustancias.

Las mujeres presentan además de Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con un 38,7% y uso de armas de fuego con un 29%, el salto de altura con un 18,3%, seguido en cuarto lugar de la presencia de sustancias con un 8,6%.

Cuadro 36. Suicidios consumados según método y sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Arma de fuego	24,6	29,0	25,4
Arma blanca	0,7	0,0	0,6
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	64,6	38,7	59,9
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,2	0,0	0,2
Ahogamiento y sumersión	0,5	0,0	0,4
Salto desde un lugar elevado	5,3	18,3	7,6
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	3,3	8,6	4,3
Otros métodos	0,2	4,3	1,0
Sin datos	0,5	1,1	0,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 37 se observa cómo va disminuyendo progresivamente el uso de métodos con derramamiento de sangre entre los jóvenes adultos, pasando de 43,5% al 30% en el último período. Siendo el 34,4% de los jóvenes adultos que utilizaron métodos con derramamiento de sangre en el período 2002 a 2010.

Cuadro 37. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Sin derramamiento de sangre	56,5	68,9	70,0	65,6
Con derramamiento de sangre	43,5	31,1	30,0	34,4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se observa en el cuadro 38 por sexo la situación de utilizar métodos con derramamiento de sangre o no, los hombres presentan una disposición menor a utilizar métodos con derramamiento de sangre en comparación con las mujeres en donde el

porcentaje es similar. Los hombres presentaron por lo tanto un porcentaje de 30,9% frente a las mujeres con un 50,5%, por lo tanto las mujeres presentan una predisposición mayor hacia muertes más aparatosas que los hombres según el método de elección.

Cuadro 38. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Sin derramamiento de sangre	69,1	49,5	65,6
Con derramamiento de sangre	30,9	50,5	34,4
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando observamos el estado civil de los jóvenes adultos para el período se observa que el 57,7% de los mismos son solteros, un 25,2% son casados o en unión de hecho y un 15,3% aparece como divorciado o separado de la unión. Estos datos explicitan las dificultades de los jóvenes adultos para poder realizar transiciones exitosas hacia la adultes, como son el emanciparse y formar un hogar, en donde 6 de cada 10 jóvenes adultos esta soltero al momento de suicidarse y 1 de cada 10 divorciado o separado.

Cuadro 39. Suicidios consumados por estado civil. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 – 2007	2008 - 2010	Total
Casado o Unión de hecho	33,1	19,2	24,2	25,2
Soltero	54,5	61,1	57,4	57,7
Viudo o Viudo de la unión	1,3	1,8	0,0	1,0
Divorciado o separado de la unión	9,7	17,4	17,9	15,3
Sin datos	1,3	0,6	0,5	0,8
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 40 podemos observar que en los hombres son 6 de cada 10 solteros (60%) y 2 de cada 10 casados o en unión de hecho (23%) y en tercer lugar con un 16% aparecen los divorciados o separados. Los hombres viudos aparecen en un 0,5%.

En las mujeres aparece el estado de solteras en un 47,3%, en segundo lugar el estar casadas o en unión con un 35,5% y en tercer lugar el estar divorciadas o separadas con un 11,8%. En tanto las mujeres viudas aparecen con porcentaje del 3,2%.

Si tomamos en cuenta el estar soltero o fuera de la relación por divorcio o separación el 76% de los jóvenes varones no se encuentran en pareja o casados mientras que para las mujeres este porcentaje es del 59,1%.



Para los hombres el estar sin esposa o pareja aparece como un factor agravante entre los jóvenes adultos mientras que para las mujeres esto también es importante pero el estar casadas aparece con un factor agravante mayor que para los hombres.

Cuadro 40. Suicidios consumados según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2010.  
Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Casado o Unión de hecho	23,0	35,5	25,2
Soltero	60,0	47,3	57,7
Viudo o Viuda de la unión	0,5	3,2	1,0
Divorciado o separado de la unión	16,0	11,8	15,3
Sin datos	0,5	2,2	0,8
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Querida familia y amigos, quiero que sepan que esto es pura decisión mía, no hay nada que ustedes hayan hecho o no hecho para provocar esto. Desde que tengo memoria, más o menos a los 5 años siempre quise ser angelito. Desde chica siempre me pregunto por que vine a este mundo, si yo no quería venir. No pertenezco acá, no quiero estar acá, nunca quise. Me quiero ir al cielo y si no hay cielo no me importa, acá yo no quiero estar más. No soporto esta vida. No le encuentro sentido, desde mucho antes de los 20 años cuando quise matarme estoy luchando por tener una vida normal y esforzarme para hacer planes a futuro y ser feliz, o hacer cosas que me hagan feliz. Pero la verdad es que nunca lo logré, cada cosa que empiezo me desilusiona. Muchas veces pensé en matarme pero no lo hice para no causarles dolor, pero la verdad llegué a mi límite, no quiero intentarlo más. Perdónenme los amo con todo mi corazón. Donde quiera que vaya quiero que sepan que los voy a estar cuidando todo el tiempo. Tener esta familia hermosa y las amistades que hice en este tiempo fueron lo mejor que me pasó en la vida. Ah, me olvidaba los teléfonos de mi familia son en Buenos Aires, soy donadora de órganos pero dudo que sirva de algo. No quiero que mi familia gaste dinero en trasladarme a Buenos Aires, si les sirve de algo úsenlo en la facultad de medicina. (Carta. Mujer, soltera, 31 años)

Como expresé anteriormente las notas suicidas son una de las posibles fuentes de información para poder comprender el fenómeno del suicidio. En el período de estudio el 17,8% dejó una nota o carta suicida representando en valores absolutos 91 suicidas.

Mamá yo no las merezco porque son mucho para mí y yo no me porto bien con ustedes, por eso me voy pero yo las amo a las dos, son mi vida y lo único que me alegró esta vida de mierda, lo mejor que me pasó en esta vida fuiste vos mamita y a la Silvia pero yo las hago llorar y sufrir. Pero las amo hasta el sol y el agua y mucho más que eso. Hoy por hoy extraño a mi madre y al que fue mi padre, me siento solo por ello, pero ustedes con la Silvia me llenan el espacio pero yo solo les doy problemas, y por eso me voy y las amo mucho y no se lo olviden nunca, mucho, mucho. (Carta. Hombre, unión de hecho, 24 años)

De estos el 75,8% era hombre frente a un 24,2% de mujeres ( 69 hombres, 22 mujeres).

Cuando se tiene en cuenta el estado civil de los que dejaron nota suicida el porcentaje mayor se encuentra entre solteros con un 45,1%, luego los divorciados o separados con un 26,4% en un 25,3% los casados y en último lugar los viudos con un 2,2%.

El 15,4% había presentado intentos de autoeliminación y un 16,5% de los que dejaron nota o carta suicida había comunicado sus intenciones de suicidarse. El 15,4% de los que dejaron nota suicida vivían solos.

Cuadro 41. Carta suicida. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	18,8	15,0	19,5	17,8
No	81,2	85,0	80,5	82,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Las mujeres son las que dejan un porcentaje mayor de notas o cartas de suicidio en un 23,7% frente al 16,5% de los hombres.

Lourdes no sé cómo pedirte que me perdones y a tus hermanos también, a mi madre y a mis hermanas a todos los quiero mucho, yo me fui no por disparar sino que yo si voy a la cárcel me suicido, entonces empeoro las cosas yo sin que nadie sepa donde voy a estar, los voy a ayudar mientras viva y si voy a la cárcel por favor los quiero ver por favor, se los pido pero solo yo y la Lourdes sabe lo que sucedió. Que ella no me culpe a mi solamente yo solo se que los amo a los tres y siempre los voy a tener en mi mente y no se olviden de los buenos momentos que vivíamos si no hubiera sido por su madre, no hubiera pasado esto, pero no la culpen a ella aquí el que esta condenado soy yo, siempre hay tiempo de arrepentirse.(Carta. Hombre, casado, 34 años)

Cuadro 42. Carta suicida según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	16,5	23,7	17,8
No	83,5	76,3	82,2
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Los avisos previos de autoeliminación son otros de los mitos de nuestra sociedad, en donde se piensa que el que comunica que se va a matar no lo hace, en el período de estudio el 17,4% de los jóvenes adultos comunicó que se iba a suicidar, en donde este porcentaje va de un 13,6% hasta llegar al 20,5%. De estos el 47,2% era soltero, seguido de los casados en un 33,7% en donde los divorciados y separados representaron el 18%.

Cuadro 43. Aviso de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	13,6	17,4	20,5	17,4
No	86,4	82,6	79,5	82,6
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Por sexo los hombres presentan una predisposición levemente mayor que las mujeres a comunicar sus intenciones de suicidarse, presentando los mismos un porcentaje de 17,9% frente a un 15,1% de las mujeres.

Cuadro 44. Aviso de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	17,9	15,1	17,4
No	82,1	84,9	82,6
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Los intentos de autoeliminación son un importante predictor de los futuros suicidios consumados como la literatura nacional e internacional expresan. Entre los jóvenes adultos para el período en estudio se presentó que el 19% de los mismos habían presentado un intento anterior. Cuando se observa por período se encuentra que en 2002 – 2004 el porcentaje de suicidas con intentos previos era del 12,3% hasta llegar al 24,7% en el último período.

Cuadro 45. Intentos de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	12,3	18,6	24,7	19,0
No	87,7	81,4	75,3	81,0
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se observa por sexo las mujeres presentan claramente el mayor porcentaje de intentos previos con un 36,6% frente a los hombres que presentaron un 15,1%.

Es importante los esfuerzos que se han venido realizando para poder disminuir la cifra negra en el registro de IAE. Para ello en el 2012, se presenta la Ficha Nacional de Registro Obligatorio de los Intentos de Suicidio (FRO – IAE), con la finalidad de poder monitorear y poder llevar una vigilancia epidemiológica.

Cuadro 46. Intentos de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	15,1	36,6	19,0
No	84,9	63,4	81,0
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.2.1. Dimensiones de la precariedad vital en jóvenes adultos

Como expresamos la precariedad vital en jóvenes adultos se expresa en diferentes dimensiones como ser la socio económica, residencial corporal y relacional participativa.

Desde la salida democrática en 1985 hasta nuestros días este grupo etario es el que presenta los mayores porcentajes de crecimiento de su tasa. (Dajas, 1994, 1997, 2001. Robertt, 1997. González, 2010, 2011, 2012.)

En el año 2002 los jóvenes adultos presentaron una tasa de suicidios consumados de 17,3 cada 100.000 habitantes llegando en el último año en consideración de la presente investigación a una tasa de 19,3.

##### 4.2.1.1 Socio económica

La tasa global del período muestra una asociación entre suicidio y pertenencia a los diferentes estratos socioeconómicos, en donde los jóvenes adultos de sectores bajos presentan una relación de 3 suicidios frente a 1 suicidio de los sectores altos. La tasa global presenta para los sectores muy bajos una tasa de 22 cada 100.000 habitantes disminuyendo levemente cuando pasamos a los sectores bajos a 21, para luego tener un descenso más fuerte y presentar una tasa de 11 para sectores medios y de 7,7 para sectores altos.

Como se observa en el cuadro 45 y en el gráfico 7 la tasa masculina de suicidios a medida que pasa de los estratos muy bajos y bajos a medios y altos disminuye, pasando de 39,8 cada 100.000 habitantes a 11.

Las mujeres jóvenes adultas presentan su valor máximo en los sectores bajos en primer lugar con una tasa de 6,3, en segundo lugar en medios con 5, en tercer lugar con 4,9 para muy bajos y por último las mujeres jóvenes de los sectores altos. La asociación inversa entre pertenencia a determinados estratos socioeconómicos y suicidio no se presenta como en el caso de los hombres.

Tal como se define esta dimensión no es solo el dato objetivo de ser pobre o no, también como expresaba Bayce la deprivación relativa juega en esta dimensión y de forma importante.

En el “Atlas Sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay” (Calvo, 2014) en su fascículo 4 dedicado a los jóvenes en Uruguay referente a educación, mercado laboral y emancipación presenta datos reveladores de las dificultades que atraviesan los jóvenes uruguayos, especialmente los hombres.

El Atlas mostró que los barrios con mayor peso demográfico de jóvenes son aquellos con mayor “riesgo o vulnerabilidad social”. En el mismo se muestra que son los jóvenes, especialmente los hombres pertenecientes a los barrios menos favorecidos los que presentan la tasa de actividad, empleo y desempleo menos favorables<sup>14</sup>.

La tasa de actividad de los jóvenes en los barrios con menor poder adquisitivo son claramente mayores; esto podría estar relacionado con la necesidad de esos jóvenes de complementar los ingresos de sus hogares y por lo tanto debieron dirigirse al mercado de trabajo. A su vez si atendemos la tasa de empleo se comprueba que los hombres presentan sus valores más elevados en comparación con las mujeres en todos los tramos etarios (Calvo. 2014)

Cuando se analiza por barrios la situación en Montevideo son los barrios de menor poder adquisitivo donde los adolescentes participan más del mercado de trabajo y donde también las tasas de empleo son las más altas.

Esta incorporación de jóvenes se efectúa en empleos precarios que no exigen una alta calificación debido a la necesidad de aumentar los ingresos de sus hogares. Por lo tanto

(...) la inserción laboral temprana significa elevadas tasas de actividad pero configura el siguiente ‘circulo vicioso’: la pobreza obliga a los jóvenes a trabajar, inclusive a edades muy tempranas (puede ser trabajo infantil) porque es necesario complementar los ingresos de los hogares y/o porque no existen las oportunidades de estudiar para progresar (como sucede en el área rural o en áreas urbanas marginales) o, si existen, están fuera del alcance de la economía del hogar. Además, cuando el joven trabaja

---

<sup>14</sup> Tasa de actividad mide la proporción de la población en edad de trabajar que está trabajando o buscando empleo activamente.

Tasa de empleo indica la cantidad de personas en edad de trabajar que se encuentran efectivamente ocupadas.

Tasa de desempleo indica la cantidad de personas desocupadas que se encuentran buscando empleo activamente, como proporción de la población económicamente activa.

tempranamente, es casi seguro que no ha completado una educación que lo especialice en el trabajo y por lo tanto laborará por remuneraciones pequeñas, en situación desventajosa para progresar. (OIT, 2010, citado en Calvo, 2014.p.50).

Fraiman y Rossal (2009) retoman de Gabriel Kessler (2004) las ideas de “lógica del proveedor” y “lógica del consumo”, pero para los mismos este proveedor es principalmente un trabajador, sujeto a una moralidad que presiona e interpela en modo diferencial a hombres y mujeres:

el proveedor es principalmente un hombre y será forzado por, antes que una ‘lógica’, una ‘moralidad de proveedor’ desde edades más o menos tempranas, afectando inevitablemente la formación educativa, reproduciendo el rezago en capital cultural, siempre con relación a la sociedad de consumo (Fraiman; Rossal. 2009.p.26).

En consonancia con el Atlas sociodemográfico (Calvo, 2014) y la Encuesta Nacional de Adolescencia y Juventud realizada en 2008 parecería que

(...) las presiones estructurales empujan a los varones a buscar trabajo, implicando una moralidad de la provisión. Lógica del proveedor o lógica del consumo. (...) Si no puede lograrse el éxito ni en la provisión ni en el consumo, se producirá el malestar de vastos sectores, principalmente masculinos y jóvenes, y por cierto no sólo en los que están por debajo del umbral de la pobreza. (Fraiman; Rossal. 2009:27).

La presión del proveedor está dada por una fuerte presencia en el individuo del “nosotros”, esta presión se basaría en el cuidado del otro, al contrario “el imaginario del consumo implicaría la satisfacción inmediata del deseo individual” (Fraiman; Rossal. 2009:26), en este extremo nos encontramos con un yo separado del nosotros, encerrado en sí mismo.

No me arrepiento de terminar así, solo me arrepiento de no haber hecho nada por mi vida, solo quisiera pedirles que me cremaran y que tiren mis cenizas en un lugar abierto, espero que ustedes puedan salir adelante lo más rápido posible, se que son fuertes, mis cosas repártanlas o quémennla. El play es para luisito. P.D. lamento haber tomado el camino fácil y haber sido un mal hijo y le dejo el dinero para que no gaste. Adiós, Pedro cuida de los viejos como yo no lo hice, el arma la compre a un desconocido el 8 de enero, iba caminando y ese muchacho me dijo drogas, armas y le conteste si arma.(Carta. Hombre, soltero, 25 años)
--

Se podría hipotetizar que la lógica del consumo y la de la provisión se expresa diferencialmente por edad, sexo y la posición socioeconómica, en donde en los jóvenes adultos masculinos pertenecientes a sectores pobres y bajos estaría pesando la lógica del consumo y de la provisión, como explican Fraiman y Rossal (2009):

(...) el hijo del trabajador que no puede reproducir sus condiciones de vida, condenado necesariamente a los imperativos de la provisión –ya sea por el hecho de ser padre o por no querer vivir de “agregado”, o para tener para “los vicios”, o bajo el mandato

“anda a laburar”–, en un universo donde el trabajo precario no provee, se podrá convertir en uno de los sujetos más vulnerables de nuestra sociedad, sin dudas el más inseguro (en las múltiples acepciones que la palabra comporta).(p.29).

Kaztman y Retamoso (2005) plantean que “en los barrios con mayores desventajas se acumularían los ‘perdedores’ del sistema, aquellos que por una u otra razón no consiguen establecer un vínculo estable, protegido y redituable con el mundo laboral.” (Kaztman, Retamoso, 2005.p.141)

Es en los barrios montevideanos con menor poder adquisitivo según el Atlas sociodemográfico (2014) en donde se observan las mayores tasas de desempleo, al contrario de lo que se registra en los barrios con mayor poder adquisitivo.

Cuadro 47. Suicidios consumados en jóvenes adultos según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.

	15 a 35 años		
	Hombre	Mujer	Total
Muy bajo	39,8	4,9	22,0
Bajo	36,3	6,3	21,0
Medios	17,4	5,0	11,0
Altos	11,0	4,6	7,7
Total	26,4	5,5	15,7

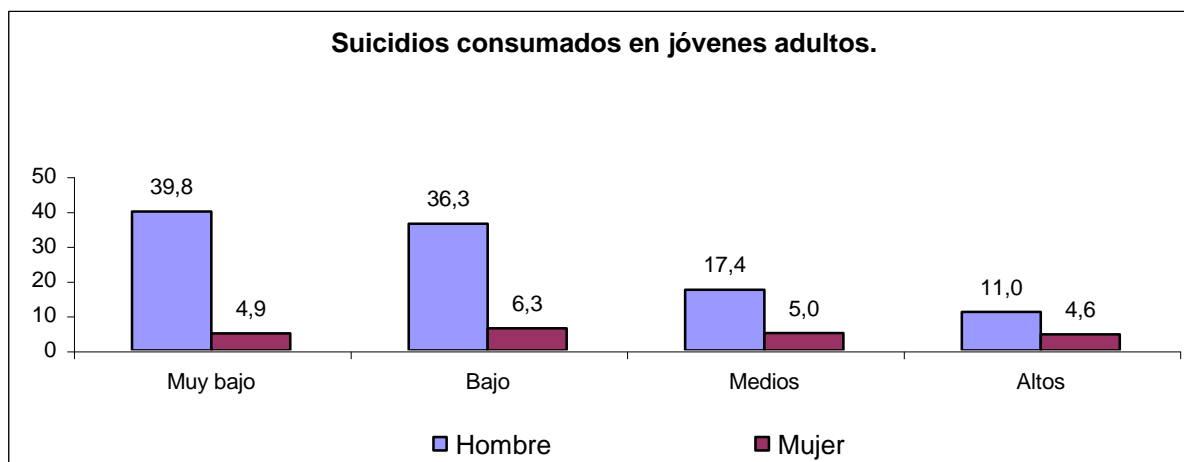
Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Si tomamos la idea de privación relativa nos resulta que serían estos jóvenes de sectores pobres o muy pobres (los perdedores del sistema) que presionados por la moralidad de la provisión o del consumo al compararse con otros sectores de la sociedad sufrirían su mayor frustración al no cumplir con estos imperativos.

Pensando este fenómeno en base a las ideas de redistribución o reconocimiento, planteadas por Fraser (1997, 2006) y Honneth (1997, 2006), estos jóvenes sufrirían una injusticia socioeconómica enraizada en la estructura de la sociedad y, asimismo, ausencia o falta de reconocimiento, lo cual se constituirá como el principal daño a la subjetividad de estos jóvenes. La falta de reconocimiento puede causar daño y oprimir a las personas, como expresa Honneth (1997) lesionando el “entendimiento positivo de sí mismas que deben ganar intersubjetivamente.”(p.160)

De esta forma estos jóvenes se transforman en el portavoz o depositario de la ansiedad del grupo. El suicidio de un miembro del grupo o comunidad operaría como denunciante de la situación conflictiva y del caos subyacente. El suicida se ha convertido en el ominoso portavoz del grupo de jóvenes más precarios.

Gráfico 7. Suicidios consumados en jóvenes adultos según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.2.1.2 Residencial – corporal

Esta dimensión hace referencia a lo corporal, haciendo referencia a la salud y, por tanto, al cuerpo sano como normalidad considerando el consumo problemático de drogas, el alcoholismo y el tener alguna enfermedad como dimensiones de precariedad residencial – corporal.

En el cuadro 48 se puede observar que en el período 2002 – 2010 presentaron consumo problemático de drogas el 19,6% de los que consumaron el suicidio, representando 100 casos de jóvenes adultos. En donde se pasó de un 14,9% a 22,6% en el período 2008 – 2010.

Cuadro 48. Consumo problemático de drogas. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 – 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	14,9	20,4	22,6	19,6
No	85,1	79,6	77,4	80,4
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Mamá perdóname pero me sentía solo alejado de ti, sos lo que más quiero pero estoy con dios, que no fui bueno pero siempre hay una primera vez, los amo a todos, saludos de tu hijo Pedro, estoy con la abuela y el abuelo, no pude salir de las drogas, pero los amo. (Carta. Hombre, soltero, 18 años)



En el cuadro 49, se presenta que es en los hombres donde aparece una mayor incidencia del consumo problemático de drogas con un 22% frente a un 8,6 de las mujeres. En valores absolutos fueron 92 hombres frente a 8 mujeres que presentaron consumo problemático.

La precariedad explota a nuestra vista con respecto a los usuarios problemáticos de PBC, en donde

Hurgar en la basura en busca de alimentos y objetos para reciclar, cuidar coches de manera fija o temporal, realizar «changas» a conocidos del barrio, cometer delitos contra la propiedad o ejercer la prostitución forman parte de los distintos modos cotidianos de subsistencia de muchos de los consumidores de pasta base de cocaína. Estando en situaciones problemáticas de consumo de pbc, los usuarios suelen pasar buena parte del tiempo procurando, es decir, recorriendo distintos lugares buscando la manera de conseguir la droga. Viviendo en la calle muchos de ellos se rebuscan volqueteando, hurgando en contenedores de basura en búsqueda de alimento y objetos que puedan vender, principalmente botellas de plástico y metales, lo que supone amplios recorridos por distintos espacios de la ciudad. (Rossal, Suárez, 2014.p.105).

El 75% de estos jóvenes pertenecía a los estratos socioeconómicos muy bajos y bajos y el 69% presentaba la situación conyugal de solteros.

Fraiman y Rossal encontraron en su trabajo etnográfico que

(...) el consumidor de pasta base, el latero, es marginado en un proceso que, hipotéticamente, podría señalarse como de desistimiento progresivo que minaría, en mayor o menor tiempo, las relaciones sociales del sujeto hasta convertirlo en un paria, en un polvorilla.(...) Es el consumo abusivo de “pasta” y sus efectos, el que los arroja a la marginalidad. (...) Del consumo experimental de la pasta base al consumo adictivo habría una gradación que implicaría a la desafiliación: educativa, laboral y hasta familiar. (2009.p.127).

Estos autores proponen que estas prácticas de consumo implicarían la pérdida de sí mismo y la pérdida del reconocimiento social. Como refieren en su trabajo ante crisis producidas por el consumo de PBC, cobra visibilidad la ausencia de apoyo social ante la emergencia.

Un joven consumidor entrevistado les

(...) señalaba la importancia de la Policía: cuando un chico consumidor de pasta base se ‘pasa de rosca’ es la Policía la que llega a él y se encarga de darle los primeros auxilios: ya que ningún vecino se acerca a un latero”. (Fraiman; Rossal. 2009.p.132)

Ante la ausencia de reconocimiento social, es en el “pegue” del PBC donde procuran un refugio provisorio, una fuga de la realidad, del contexto estigmatizante de su mundo de vida

y la precariedad diaria. Mientras que las condiciones de vida reproducen, radicalizándola, la desigualdad social. (Rossal, Suárez, 2014).

En la etnografía surge claramente una de las dimensiones del reconocimiento presente en la familia, un usuario de PBC expresaba

—El que me para [de consumir], es mi hijo, porque me reflejo en él... es mirarlo a él y digo «ta, no, no hay más, no hay más». No tengo para fumar, no fumo. Primero mi hijo. Me reflejo en él, y así la voy llevando. [...] Conozco gente que ha dejado. O sea, es cuestión de voluntad y a veces de que te empujen un poco también ¿no? Que te ayuden, o sea, el problema de nosotros los consumidores es que la familia se nos aleja, a la mayoría de nosotros, ¿entendés? Ya nos discriminan, ta, nosotros nos mandamos la de nosotros, le rastrillamos a nuestra familia, le vendemos todo lo de adentro. No nos importa. (Rossal, Suárez, 2014.p 90).

Estos jóvenes estarían sufriendo falta de reconocimiento, esencialmente falta de solidaridad, en donde los mismos no presentarían una valoración social positiva de otras personas.

Presentando una falta de estima social a la que es merecedora toda persona, en donde los únicos que se acercan al “latero” hoy el “pastoso”, son los policías tanto para reprimirlos como para ayudarlos.

Cuadro 49. Consumo problemático de drogas según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	22,0	8,6	19,6
No	78,0	91,4	80,4
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 50 para el período se muestra un porcentaje del 3,1 entre los jóvenes que presentaron problemas de alcoholismo, siendo en valores absolutos 16 jóvenes adultos.

Cuadro 50. Alcoholismo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	1,9	3,6	3,7	3,1
No	98,1	96,4	96,3	96,9
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se observa por sexo son los hombres que presentan un mayor porcentaje con un 3,6 frente a las mujeres que presentaron el 1,1%.

Cuadro 51. Alcoholismo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	3,6	1,1	3,1
No	96,4	98,9	96,9
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

El cuadro 52 muestra que en jóvenes adultos el 6,1% (31 casos) presento enfermedades, en donde se pasó de 5,2% a 7,9% del primer al último período.

Cuadro 52. Enfermedades. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	5,2	4,8	7,9	6,1
No	94,8	95,2	92,1	93,9
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al observar por sexo las mujeres presentan un porcentaje levemente superior al masculino con 7,5% frente a 5,7% de la presencia de enfermedades.

Cuadro 53. Enfermedades según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	5,7	7,5	6,1
No	94,3	92,5	93,9
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Como expresé anteriormente esta categoría es problemática pero aún así nos resulta importante presentarla.

En el cuadro 54 se muestra que el 14,3% de los jóvenes adultos presentaban problemas de depresión, siendo en valores absolutos 73 casos.

Cuadro 54. Depresión. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	15,6	12,0	15,3	14,3
No	84,4	88,0	84,7	85,7
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al considerar el sexo las mujeres presentan un porcentaje mayor al de los hombres con 23,7 frente a 12,2%.

La literatura sobre suicidio presenta la depresión como un predictor del suicidio, de esta forma considero importante el construir y presentar estos datos aunque sean discutibles y frágiles.

Cuadro 55. Depresión según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	12,2	23,7	14,3
No	87,8	76,3	85,7
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Otra categoría problemática que considere en esta dimensión es el de problemas psiquiátricos. Para el período 2002 a 2010 el 17,8% de los jóvenes según lo registrado en las novedades de suicidios consumados presentaban problemas psiquiátricos. Oscilando entre 16,8% y 19,2% la presencia de esta categoría.

Cuadro 56. Problemas psiquiátricos. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	17,5	19,2	16,8	17,8
No	82,5	80,8	83,2	82,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al considerar el sexo las mujeres presentan un porcentaje de 33,3% frente a un 14,4% de los hombres.

Cuadro 57. Problemas psiquiátricos según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	14,4	33,3	17,8
No	85,6	66,7	82,2
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.2.1.3 Relacional – participativo

Esta dimensión en los jóvenes adultos intentamos expresarla mediante el proxy de “vivir solo”, en los jóvenes el vivir solo se presentó para el período en un 14,5% oscilando alrededor de ese valor. En valores absolutos representó que 74 jóvenes adultos de 511 vivían solos al momento de cometer el suicidio.

Cuadro 58. Vivía solo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	15,6	13,2	14,7	14,5
No	84,4	86,8	85,3	85,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al desagregarlo por sexo encontramos que los hombres presentaron un porcentaje de 15,3% frente a un 10,8% de las mujeres. En el periodo los jóvenes viviendo solos fueron 64 hombres frente a 10 mujeres.

Cuadro 59. Vivía solo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	15,3	10,8	14,5
No	84,7	89,2	85,5
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

### 4.3. El suicidio en adultos (36 a 59 años)

En este grupo de edad encontramos para el período 626 casos de suicidios consumados en donde 415 fueron hombres y 211 fueron mujeres.

Cuando se observa el método se encuentra un claro predominio en la elección del ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con un 40,6% y las armas de fuego con un 35,9%. Siendo en valores absolutos 254 por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación y 225 por armas de fuego. Para los años analizados se observa un aumento de la proporción de ahorcamientos, estrangulamientos y un pequeño descenso de las armas de fuego.

En tercer y cuarto lugar aparecen los saltos de altura con un 8,5% y el uso de sustancias en un 7,3%. Estos métodos presentan un mismo patrón, en el segundo período crece su participación con respecto al período 2002 – 2004 y en el último período disminuye a un valor por debajo de los dos períodos anteriores. La elección de arma blanca, envenenamiento y ahogamiento y sumersión en su conjunto presentan una proporción del 3,2%.

Cuadro 60. Suicidios consumados según método. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Arma de fuego	37,6	34,7	35,5	35,9
Arma blanca	2,5	0,0	1,3	1,3
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	37,1	37,8	46,1	40,6
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,5	2,0	1,8	1,4
Ahogamiento y sumersión	0,5	0,5	0,4	0,5
Salto desde un lugar elevado	8,4	11,7	5,7	8,5
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	6,9	9,7	5,7	7,3
Otros métodos	5,4	3,1	3,5	4,0
Sin datos	1,0	0,5	0,0	0,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En los hombres la elección del método presenta valores similares con 44,3% el ahorcamiento, estrangulamiento y 41,4% las armas de fuego. En tercer y cuarto lugar aparece el salto de altura y el uso de sustancias en un 5,3% y 2,9%.

Las mujeres al elegir el método presentan primero al igual que los hombres el ahorcamiento en un 33,2%, en segundo lugar las armas de fuego en un 25,1%, pero la diferencia es que en porcentajes apreciablemente menores que el de los hombres.

El tercer y cuarto método son los saltos de altura y el uso de sustancias pero con un peso mayor que el observado en los hombres con un 16,1% y 14,7%.

Cuadro 61. Suicidios consumados según método y sexo. Montevideo. 2002 – 2010.  
Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Arma de fuego	41,4	25,1	35,9
Arma blanca	1,2	1,4	1,3
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	44,3	33,2	40,6
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,7	2,8	1,4
Ahogamiento y sumersión	0,0	1,4	0,5
Salto desde un lugar elevado	5,3	14,7	8,5
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	2,9	16,1	7,3
Otros métodos	3,6	4,7	4,0
Sin datos	0,5	0,5	0,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En cuanto a la presencia de métodos que conllevan derramamiento de sangre o no en los años analizados aparece levemente superior el sin derramamiento con un 53,7%.

Pero al ver por períodos crece la opción de los métodos que son sin derramamiento de sangre pasando de un 51% a 56,6%.

Cuadro 62. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Sin derramamiento de sangre	51,0	53,1	56,6	53,7
Con derramamiento de sangre	49,0	46,9	43,4	46,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se observa por sexo son las mujeres las que presentan un porcentaje levemente superior a los hombres con un 57,3% frente a un 51,8%.

Los jóvenes adultos presentaron en su conjunto una proporción mayor en la utilización de métodos sin derramamiento de sangre con un 65%, mientras que en los adultos esta proporción representó un 53,7%.

Cuadro 63. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre según sexo.  
Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Sin derramamiento de sangre	51,8	57,3	53,7
Con derramamiento de sangre	48,2	42,7	46,3
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En los adultos que comprenden el grupo de edad de 36 a 59 años el estado civil para el período que apareció en mayor proporción fue el de casados o en unión de hecho con un 48,7%, seguido de los divorciados o separados en un 29,4%. Prácticamente la mitad de los que cometieron suicidio en estos años era casado o estaba en pareja.

En tercer lugar aparecen los solteros con un 15,8% y con un 2,6% los viudos.

Cuadro 64. Suicidios consumados según estado civil. Montevideo. 2002 – 2010.  
Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Casado o Unión de hecho	51,0	51,0	44,7	48,7
Soltero	15,3	16,3	15,8	15,8
Viudo o Viudo de la unión	0,5	2,0	4,8	2,6
Divorciado o separado de la unión	30,2	28,1	29,8	29,4
Sin datos	3,0	2,6	4,8	3,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al observar por sexo el patrón es similar al cuadro anterior pero con diferencias en las proporciones. Así son las mujeres las que presentan una levemente mayor proporción de casadas con un 51,7% frente a un 47,2% de los hombres.

En cuanto a estar divorciados o separados las proporciones son similares presentando un 29% prácticamente ambos sexos.

En tercer lugar aparece el estar soltero con un 17,8% de los hombres frente a un 11,8% de las mujeres.

En cuarto lugar aparece el estar viudo con un 3,8% de las mujeres y un 1,9% de los hombres.



Cuadro 65. Suicidios consumados según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2010.  
Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Casado o Unión de hecho	47,2	51,7	48,7
Soltero	17,8	11,8	15,8
Viudo o Viuda de la unión	1,9	3,8	2,6
Divorciado o separado de la unión	29,2	29,9	29,4
Sin datos	3,9	2,8	3,5
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se observa el haber dejado una carta o nota suicida para el período de 2002 a 2010 el porcentaje representó 28,1%, en donde pasa de 33,2% a 25% en 2008 – 2010.

En valores absolutos representó 176 casos de suicidas en 626 para el mismo grupo etario que dejaron carta o nota.

Como expresé antes estas mismas son una fuente importante de información para poder comprender posibles motivaciones y causas de la toma de esta decisión por parte de los suicidas.

Cuadro 66. Carta suicida. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	33,2	26,5	25,0	28,1
No	66,8	73,5	75,0	71,9
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se desagrega por sexo el 30,3% de las mujeres deja una carta o nota frente al 27% de los hombres. En cifras absolutas 112 hombres de 415 dejan nota y 64 de 211 mujeres.

Cuadro 67. Carta suicida según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	27,0	30,3	28,1
No	73,0	69,7	71,9
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 68 se puede observar que el 19,2% de los hombres y mujeres que cometieron suicidio en los años correspondientes a la investigación comunicaron sus intenciones de quitarse la vida. El período comienza con un porcentaje de 13,4% y en los dos períodos siguientes crece a 20,9% y 22,8%. Es importante nuevamente tener en cuenta que la única

fuente relevada es el SGSP y la calidad y cantidad de información de las novedades policiales es variada.

Cuadro 68. Aviso de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	13,4	20,9	22,8	19,2
No	86,6	79,1	77,2	80,8
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al desagregar por sexo puede observarse que son los hombres los que comunican en un porcentaje levemente mayor a las mujeres sus intenciones, siendo el porcentaje de los varones de un 20,5% frente a un 16,6%.

Cuadro 69. Aviso de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	20,5	16,6	19,2
No	79,5	83,4	80,8
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Tal como se ve en el cuadro 70 para el período analizado el 21,6% de los hombres y mujeres de 36 a 59 años presentaron intentos de auto eliminación. En donde comienza con un porcentaje de 22,3% para caer hasta un 19,3%.

Comparándolo con el grupo de jóvenes adultos el porcentaje de IAE se presenta levemente superior en donde los más jóvenes mostraron un 19% frente a un 21% de los adultos.

Cuadro 70. Intentos anteriores de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	22,3	23,5	19,3	21,6
No	77,7	76,5	80,7	78,4
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

El cuadro 71 muestra claramente cómo los IAE aparecen principalmente entre mujeres ya que las mismas mostraron un porcentaje del 37% frente a un 13,7% de los varones.

Es importante tener en cuenta para los IAE la cifra negra de los mismos, a pesar de esto la literatura e investigaciones presentan los IAE como un predictor importante de futuros suicidios, motivo por el cual resulta importante reducir la cifra negra de IAE.

Cuadro 71. Intentos anteriores de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010.  
Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	13,7	37,0	21,6
No	86,3	63,0	78,4
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.3.1. Dimensiones de la precariedad vital en adultos (36 a 59 años)

Partiendo por lo tanto de la hipótesis que la Precariedad Vital desde sus distintas dimensiones configura el trasfondo de “riesgo” que explica la evolución de la tasa de suicidios, intentaré presentar en las siguientes paginas las distintas dimensiones de la precariedad y cómo esta se expresa en el suicidio adulto.

##### 4.3.1.1 Socio – económica

Observando el cuadro 72 el valor máximo de la tasa media del período se presenta en los pertenecientes a barrios de estrato bajo, en donde el valor total de la tasa es 24,3 cada 100.000 habitantes y para los hombres fue de 36,4 y en las mujeres presentó el valor de 13,8.

En los hombres la tasa global presentó un valor de 29,1 frente a las mujeres que tuvieron una tasa de 12,3. Al analizar por sexo como ya mencioné es el sector bajo para los dos sexos el que presenta la mayor tasa, seguido en los hombres por los pertenecientes a los estratos muy bajos con una tasa de 32 para en tercer lugar aparecer los hombres de estratos altos y finalmente los de estratos medios con una tasa de 24,4 y 21,5. Claramente los hombres presentan una asociación entre estratos socioeconómicos y tasa de suicidios, en donde a mejor posicionados menor la tasa de los suicidios.

En el caso de las mujeres esta asociación no se presenta y las tasas varían en su orden comparándola con la de los hombres. Por lo tanto en futuros trabajos deberá buscarse otras explicaciones a la tasa de las mismas.

Cuadro 72. Suicidios consumados en adultos según estrato socioeconómico y sexo.

Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.

	36 a 59 años		
	Hombre	Mujer	Total
Muy bajo	32,0	10,9	20,9
Bajo	36,4	13,8	24,3
Medios	21,5	11,0	15,7
Altos	24,4	10,7	16,8
Total	29,1	12,3	19,9

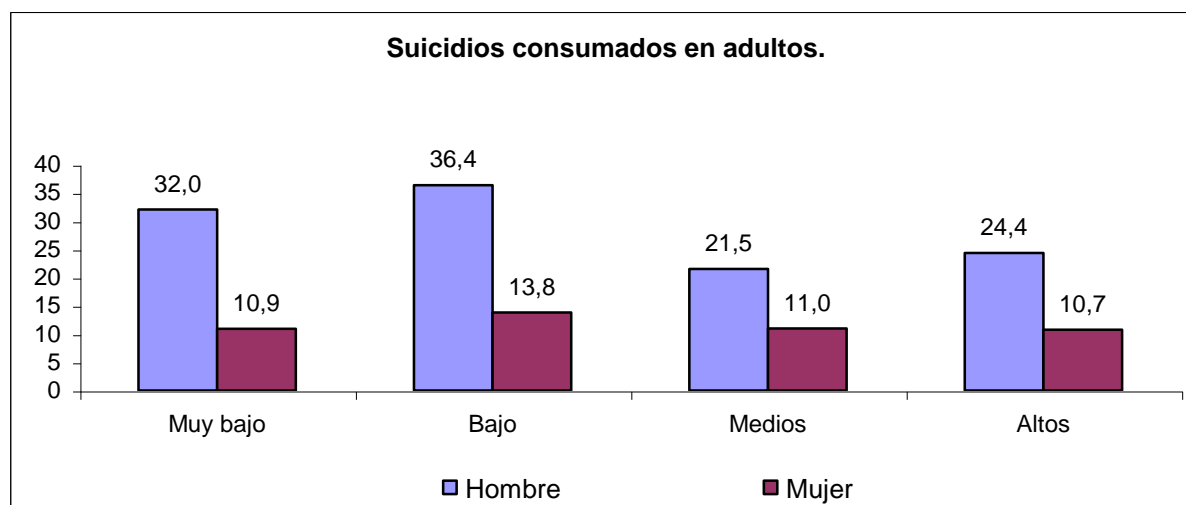
Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el gráfico 8 se puede observar lo antes descrito en el cuadro 72. Claramente son los hombres de sectores bajos y muy bajos los que presentan las mayores tasas en comparación con los hombres pertenecientes a otros estratos socioeconómicos.

Esta relación en los más jóvenes mostró una diferencia más fuerte, en donde por cada joven de estrato alto se suicidaban 2,8 de estratos muy bajos, en los adultos esta relación es de 1,2.

Gráfico 8. Suicidios consumados en adultos según estrato socioeconómico y sexo.

Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.3.1.2 Residencial – corporal

En este grupo de edad no surgen de las novedades analizadas suicidas con consumo problemático de drogas.

En el cuadro 73 se muestra los adultos que presentaban problemas de alcoholismo para el período 2002 a 2010. En el mismo se observa que el 9,3% (58 suicidas de entre 36 y 59 años) de los adultos que consumaron el suicidio tenían problemas con el alcohol, en donde se pasa de 5,9% a 10,5% en el último período 2008 – 2010.

Cuadro 73. Alcoholismo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	5,9	11,2	10,5	9,3
No	94,1	88,8	89,5	90,7
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al diferenciar el problema de alcoholismo por sexo se puede observar que los hombres muestran un porcentaje del 11,8 frente a un 4,3% de las mujeres (49 hombres frente a 9 mujeres).

Cuadro 74. Alcoholismo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	11,8	4,3	9,3
No	88,2	95,7	90,7
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

El cuadro 75 muestra a los suicidas que (según los familiares, amigos o de la carta o nota de suicidio dejada por los mismos) podemos considerar que existía algún tipo de enfermedad crónica o que limitara su autonomía.

El período presentó un porcentaje de 12,8% en donde se pasa de 7,9% a 15,3% y finalmente 14,9%. En valores absolutos hablamos de 80 suicidas de entre 36 y 59 años en donde 54 son hombres y 26 mujeres.

Cuadro 75. Enfermedades. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	7,9	15,3	14,9	12,8
No	92,1	84,7	85,1	87,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al desagregar por sexo presentan los hombres un porcentaje levemente superior al de las mujeres con 13% y 12,3%.

Sr. Juez: no sé como se hace esto, pero por lo que he visto en las películas, tengo que dejar una carta al Sr. Juez, por eso escribo ésta a quien corresponda: tomé la decisión de quitarme la vida porque desde hace dos años padezco una enfermedad terminal, y quise hacerlo por mí misma, antes que la enfermedad no me dejara tomar esta decisión, quizás se apiade y me salve de la autopsia, sino por favor Sr. Juez le pido si se puede agilizar el trámite así mi familia pasa por esto tan doloroso lo más rápido posible – gracias – sin más dejo constancia que fue por propia decisión y en mis plenas facultades mentales. (Carta. Mujer, divorciada, 58 años)

Comparando estos valores con los de los jóvenes adultos podemos apreciar cómo el motivo enfermedades aumenta a prácticamente el doble su presencia, pasando de 6,1% la proporción a 12,8%.

Cuadro 76. Enfermedades según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	13,0	12,3	12,8
No	87,0	87,7	87,2
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el siguiente cuadro aparece que el 22,4% de los suicidios de adultos expresan que padecían de depresión. Pasando de 25,2% a 24 y por último 18,4%.

Nuevamente si comparamos este 22,4% de los adultos frente a los jóvenes adultos estamos frente a un problema que aqueja a éstos últimos en menor proporción, siendo la misma de 14,3%.

Cuadro 77. Depresión. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	25,2	24,0	18,4	22,4
No	74,8	76,0	81,6	77,6
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al analizar por sexo nuevamente, al igual que las jóvenes adultas, las adultas presentan proporciones mayores que los hombres. En el cuadro 78 se puede ver que en las suicidas adultas la depresión apareció con un porcentaje de 27% frente al 20 masculino.

Cuadro 78. Depresión según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	20,0	27,0	22,4
No	80,0	73,0	77,6
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En cuanto a la presencia de problemas psiquiátricos para el periodo el porcentaje fue de 27,6%, comenzando con 31,2% descendiendo paulatinamente a 28,6% hasta llegar a 23,7%.

Cuadro 79. Problemas psiquiátricos. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	31,2	28,6	23,7	27,6
No	68,8	71,4	76,3	72,4
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se observa por sexo las mujeres presentan un valor para el período de 45% frente a un 18,8% de los hombres, prácticamente la mitad de las mujeres de 36 a 59 años. Siendo en valores absolutos 78 hombres y 95 mujeres.

Luis: yo no podía aguantar más el decaimiento, angustia. Traté de luchar con mi cabeza para poder seguir acompañándolos pero ya no pude soportar, me pasaba acostada, no tengo voluntad para cocinar, tenía tristeza, no tenía fuerza para seguir viviendo, no tenía ganas de levantarme. La doctora me sintió todo lo que yo decía, me recetó los medicamentos, pero yo me di cuenta que no iba a poder salir adelante. Gracias Luis por acompañarme en la doctora, porque yo quería hablar con ella, gracias por cocinar cada vez que estaba acostada, gracias por prender la estufa, gracias por alcanzarme la bolsa de agua caliente, perdoname porque yo no pude seguir, acompañarlos, pero yo no podía más, no tenía más voluntad, ni fuerzas para luchar con mi cabeza, un beso, un abrazo a Gabriela y a Jorge. (Carta. Mujer, soltera, 56 años)

Cuadro 80. Problemas psiquiátricos según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	18,8	45,0	27,6
No	81,2	55,0	72,4
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.3.1.3 Relacional – participativa

Al examinar la dimensión relacional con la variable proxy de “vivir solo” encontramos que en el período el porcentaje para este grupo de edad estuvo alrededor del 20,3%, comenzando por 21,3% luego 19,4 y finalmente con 20,2%.

En comparación con los jóvenes adultos los adultos presentan una mayor proporción de suicidas que presentaban la condición de vivir solos, el porcentaje para los jóvenes fue de 14,5% frente a un 20,3% de los adultos.

Cuadro 81. Vivía solo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	21,3	19,4	20,2	20,3
No	78,7	80,6	79,8	79,7
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 82 según sexo puede observarse que son los hombres quienes presentan un porcentaje mayor que el de las mujeres con 22,2% frente a un 16,6%.

Cuadro 82. Vivía solo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	22,2	16,6	20,3
No	77,8	83,4	79,7
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.



#### 4.4. El suicidio en adultos mayores (60 y más)

Para este grupo de edad en el período analizado se relevaron 593 suicidios consumados registrados en el SGSP, de los cuales el 72.% eran hombres y el 27,2% eran mujeres representando en valores absolutos 432 hombres y 161 mujeres.

Cuando se analiza el método para los adultos mayores predomina el arma de fuego con un 44,9%, seguido del ahorcamiento, estrangulamiento con un 28,3% y en tercer lugar el “salto desde lugar elevado” en un 14,3% sumando estos tres métodos el 87,5%. El restante 12,5% se divide en arma blanca, “ahogamiento y sumersión” y sustancias.

Del primer al último período se destaca un leve cambio en las proporciones en donde el arma de fuego aumenta conjuntamente con el salto desde un lugar elevado y disminuye el ahorcamiento en los métodos que predominan.

Cuadro 83. Suicidios consumados según método. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Arma de fuego	44,8	43,6	46,2	44,9
Arma blanca	2,4	0,0	1,6	1,3
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	28,8	30,3	25,8	28,3
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	1,9	0,5	0,0	0,8
Ahogamiento y sumersión	1,4	1,0	1,6	1,3
Salto desde un lugar elevado	10,8	15,9	16,7	14,3
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	3,3	4,1	2,7	3,4
Otros métodos	6,6	3,6	4,3	4,9
Sin datos	0,0	1,0	1,1	0,7
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al analizar según sexo el método seleccionado en los hombres prácticamente un poco más de la mitad elige el arma de fuego (53,2%), seguido por el ahorcamiento con un 29,4%.

En las mujeres el salto desde un lugar elevado aparece en primer lugar con un 31,7% seguido del ahorcamiento con un 25,5%, en tercer lugar el arma de fuego en un 22,4% y en cuarto lugar el uso de sustancias con 7,5%.

Comparando el comportamiento de los adultos mayores con los otros dos grupos etarios podemos observar que la proporción de armas de fuego aumenta con la edad pasando de 25,4% en jóvenes adultos, a 35,9% en adultos, para finalmente en los adultos mayores presentar un porcentaje del 44,9%.

Cuadro 84. Suicidios consumados según método y sexo. Montevideo. 2002 – 2010.

Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Arma de fuego	53,2	22,4	44,9
Arma blanca	1,2	1,9	1,3
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	29,4	25,5	28,3
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,9	0,6	0,8
Ahogamiento y sumersión	0,7	3,1	1,3
Salto desde un lugar elevado	7,9	31,7	14,3
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	1,9	7,5	3,4
Otros métodos	4,4	6,2	4,9
Sin datos	0,5	1,2	0,7
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

También podemos observar que la presencia de derramamiento de sangre aumenta en comparación con los otros dos grupos en donde para los adultos mayores en el período fue de 61,9%, en jóvenes adultos fue de 34,4%, y adultos en 46,3%. En donde 367 suicidas adultos mayores eligieron métodos con derramamiento de sangre en 593.

De un período a otro la presencia de derramamiento de sangre ha crecido levemente de 59,4%, a 61% en 2005 – 2007, hasta 65,6% en 2008 – 2010.

Cuadro 85. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Sin derramamiento de sangre	40,6	39,0	34,4	38,1
Con derramamiento de sangre	59,4	61,0	65,6	61,9
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al observar en el cuadro 86 el comportamiento según sexo se puede observar que son los hombres los que presentan un porcentaje mayor con 63,7% frente al de las mujeres en un 57,1%.

Cuadro 86. Suicidios consumados con y sin derramamiento de sangre según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Sin derramamiento de sangre	36,3	42,9	38,1
Con derramamiento de sangre	63,7	57,1	61,9
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se analiza el estado civil de los adultos mayores, en una proporción importante están casados o en unión de hecho, con un porcentaje del 43,8% para el período.

En segundo lugar aparece el estado de viudos con un 29,3%, después el estar divorciados con un porcentaje del 16,5%, y en último lugar el estar solteros en un 7,8%.

Los estados que sufrieron un cambio más importante en el período fueron el de estar viudos en donde disminuyó la proporción de 34% a 23,1% y el estar divorciado que creció de 15,1% a 21%.

Cuadro 87. Suicidios consumados según estado civil. Montevideo. 2002 – 2010.

Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Casado o Unión de hecho	43,4	41,5	46,8	43,8
Soltero	5,7	10,8	7,0	7,8
Viudo o Viuda de la unión	34,0	30,3	23,1	29,3
Divorciado o separado de la unión	15,1	13,8	21,0	16,5
Sin datos	1,9	3,6	2,2	2,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Según sexo, se puede encontrar que en los hombres predomina el estado de estar casado en un 51,2%, seguido del estar viudo con un 24,5%, para en tercer lugar mostrar el estado de estar divorciado con un 16%, y en último lugar los solteros con una proporción del 6,3%.

Las mujeres adultas mayores en cambio presentan en primer lugar el estar viudas con un 42,2%. En segundo lugar, el estar casadas con un 24,2%, en tercer lugar el estar divorciadas en un 18%, y por último con un 11,8% el estar solteras.

Berriel, Paredes y Pérez (2006) afirman que la existencia de una mayor cantidad de mujeres en comparación a los hombres, no puede ser explicado exclusivamente a partir de factores demográficos, sino que en este fenómeno también influye la construcción subjetiva de género.

De esta forma los hombres que enviudaron o se divorciaron vuelven a buscar una nueva pareja. En cambio las mujeres permanecen solas, obedeciendo el mandato familiar que de que el matrimonio es para toda la vida. De esta forma en las mujeres que cometieron suicidio y estaban solas por soltería, viudez o separación, estarían representando que 7 de cada 10 de las adultas mayores que cometieron suicidio estaban solas. En el caso de los

hombres el estar en la condición de no tener pareja se presenta en prácticamente en 5 de cada 10 adultos mayores que cometieron suicidio.

Berriel et al (2006) encontraron

(...) un aspecto que muestra claras diferencias por género lo constituyen las referencias a la soledad y el aislamiento. En las mujeres este aspecto aparece como una preocupación por la soledad futura, cuando suponen que no podrán hacer una búsqueda activa de la compañía del otro. Esto tiene un tono afectivo respecto a la búsqueda del contacto. En los varones esto parece estar referido a lo ya señalado en cuanto al miedo a la dependencia y la pérdida de autonomía que incluso acarrea para algunos sujetos ideas de suicidio. (p.42).

Cuadro 88. Suicidios consumados según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Casado o Unión de hecho	51,2	24,2	43,8
Soltero	6,3	11,8	7,8
Viudo o Viuda de la unión	24,5	42,2	29,3
Divorciado o separado de la unión	16,0	18,0	16,5
Sin datos	2,1	3,7	2,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

El 28,7% de los adultos mayores dejó carta o nota suicida, pasando de 31,6% a 26,3% en el último período.

Si comparamos la presencia de cartas con los otros dos grupos de edad, se puede observar que los adultos presentan un porcentaje similar a los adultos mayores con 28,1%, y son los jóvenes los que dejan una proporción significativamente menor con un 17,8%.

Cuadro 89. Carta suicida. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	31,6	27,7	26,3	28,7
No	68,4	72,3	73,7	71,3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al analizar por sexo, la presencia de “carta o nota suicida”, las proporciones son de 31,1% en las mujeres, y de 27,8% en los hombres.

Cuadro 90. Carta suicida según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	27,8	31,1	28,7
No	72,2	68,9	71,3
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 91 puede observarse que las comunicaciones previas al suicidio de sus intenciones en los adultos mayores presentó un porcentaje de 18,9%. Pasando de 16% a 19,5%, y en el último período a 21,5%. En este caso las proporciones con los otros dos grupos etarios son similares con un 17,4% los jóvenes adultos, y un 19,2% los adultos, frente a un 18,9% de los adultos mayores.

Berriel, et al. (2006) identificaron en los discursos de hombres adultos mayores, la presencia reiterada de verbalizaciones conteniendo ideas de muerte como forma de afrontar las problemáticas de la dependencia, el sufrimiento, la soledad y la pérdida de autonomía.

Cuadro 91. Aviso de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	16,0	19,5	21,5	18,9
No	84,0	80,5	78,5	81,1
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Según sexo, los que en mayor proporción expresan sus intenciones son los hombres con un porcentaje de 20,1% frente a un 15,5% de las mujeres. En valores absolutos representó que 87 hombres y 25 mujeres presentaron avisos de autoeliminación para el grupo de adultos mayores.

Cuadro 92. Aviso de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	20,1	15,5	18,9
No	79,9	84,5	81,1
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En cuanto a la presencia de IAE, para el período el porcentaje fue de 16,5%, en donde se presentó una mayor proporción en el período 2005 – 2007 con 19,5%, y los dos períodos restantes mostraron un 15,1%.

Cuadro 93. Intentos anteriores de autoeliminación. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	15,1	19,5	15,1	16,5
No	84,9	80,5	84,9	83,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Como era de esperar por la literatura consultada son las mujeres las que presentan una mayor proporción de IAE, con un valor de 28,6%, frente a los hombres que mostraron un porcentaje del 12%.

En valores absolutos representó que 52 hombres y 46 mujeres presentaron IAE para el grupo de adultos mayores.

Cuadro 94. Intentos anteriores de autoeliminación según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	12,0	28,6	16,5
No	88,0	71,4	83,5
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.4.1. Dimensiones de la precariedad vital en adultos mayores (60 y más años)

Los suicidios en adultos mayores representan para el período en estudio el 34,3% del total de suicidios en Montevideo.

Es importante tener en cuenta al momento de pensar el suicidio en adultos mayores “(...) la visión hegemónica con la que la vejez es representada en nuestra sociedad, se construye con una serie de contenidos y por asociaciones con ideas y conceptos fundamentalmente negativos o desvalorizados.” (Berriel, Et al. 2006: 42)

Como muestran diversos trabajos (Robertt, 1997; González, 2010, 2012; Vignolo, 2004) el suicidio en adultos mayores presenta valores en sus tasas mayores que en otras etapas de la vida. Para el período la tasa media de suicidios fue de 25,6 cada 100.000 habitantes, en donde su valor máximo se dio en el año 2002 con una tasa de 38,2, para finalizar en el 2010 con un valor de 25,6.

Estos adultos mayores estuvieron frente a un proceso caracterizado por alguna restricción, imposibilidad o limitación de acceso a las condiciones, exigencias y recursos que se consideran necesarios para plantearse y llevar a cabo una vida autónoma.

Estos procesos y trayectorias por el que transitaron estos adultos mayores pertenecientes a diferentes posiciones sociales expresaron la debilidad de los vínculos sociales de pertenencia marcando la “ruptura del lazo social”.

#### 4.4.1.1. Socio – económica

El cuadro 93 expresa cómo los hombres adultos mayores de sectores bajos presentan la tasa media más alta del período con un valor de 60,6 cada 100.000 habitantes. En segundo lugar a contracorriente de lo que se esperaría son los pertenecientes a los sectores medios los que presentan un valor alto con 41,5 con una mínima diferencia de los sectores muy bajos con 40,8. La tasa más baja se observó en los hombres pertenecientes a los sectores altos con un valor de 36,1 cada 100.000 habitantes.

En cuanto a las mujeres adultas mayores las tasas por pertenencia según estrato socioeconómico presenta pocas diferencias, siendo las mujeres de sectores altos las que presentan su mayor valor con 12,2 seguido de los sectores bajos y medio con 11,4 y 11 cada 100.000 habitantes. El valor más bajo se dio en las mujeres de sectores muy bajos con una tasa de 8 cada 100.000 habitantes.

Cuadro 95. Suicidios consumados en adultos mayores según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.

	60 y más		
	Hombre	Mujer	Total
Muy bajo	40,8	8,0	21,9
Bajo	60,6	11,4	31,1
Medios	41,5	11,0	22,1
Altos	36,1	12,2	21,0
Total	48,9	11,3	25,6

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Una posible hipótesis explicativa del suicidio en los hombres adultos mayores es la posición que éstos han ocupado en sus familias y parejas, tal como expresaban Fraiman y Rossal (2009) la moralidad de la provisión los posiciona como los proveedores bajo el mandato social de ser el sostén socioeconómico.

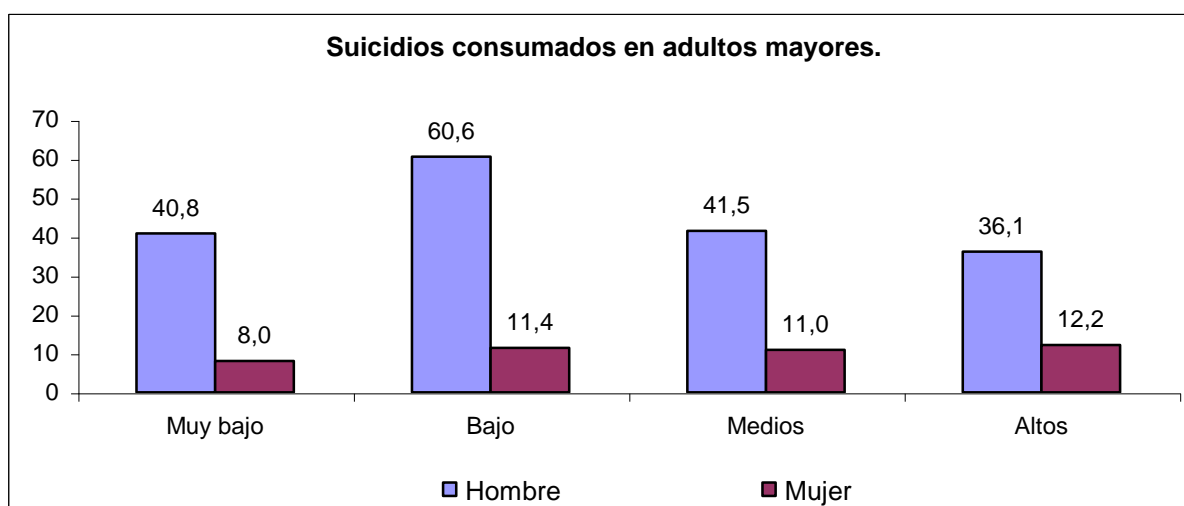
Castel (2010) plantea como una de las instituciones fundamentales de la modernidad el trabajo, destacando su influencia en la formación de la identidad.

Para comprender el lugar que ocupa el trabajo fundamentalmente para los hombres adultos mayores, Berriel et al.(2006) destacan que conjuntamente al significado de ‘ocupar el tiempo’, el trabajar comporta otros sentidos ligados al asumir responsabilidades, a la capacidad de ganarse el sustento, al sentirse útil, lo cual se expresa como una única forma de pensarse en la vida.

En su trabajo un tema significativo es la relación entre jubilación y pérdida de ingresos, la cual se asocia con una pérdida de calidad de vida, manifestándose en una forma particular de pensar y pensarse en la vejez. Los autores avanzan planteando que esta relación se intensifica en los en los sectores de nivel socioeconómico bajo, lo cual se expresaría negativamente en una relación entre vejez y pobreza, dando lugar a conformación de factores de riesgo que atentan contra la salud y bienestar de los sujetos (Berriel, et al. 2006)

Para una amplia mayoría de estos adultos mayores “la jubilación implica una pérdida de roles y actividades que repercuten en su entorno familiar y comunitario, por lo cual se debe encontrar otras sustitutas para no caer en un estado de alineación e inadaptación.” (Berriel, et al. 2006.p.24)

Gráfico 9. Suicidios consumados en adultos mayores según estrato socioeconómico y sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Tasa media del período.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.



#### 4.4.1.2. Residencial – corporal

Tal como he venido realizando esta dimensión hace referencia a la salud y para ello relevé el consumo problemático de drogas, el alcoholismo, la presencia de enfermedades, la depresión y los problemas psiquiátricos.

Al igual que en el grupo de edad de 36 a 59 años no se halló en estos suicidas consumo problemático de drogas.

Nuevamente resultan importantes los hallazgos de Berriel, et al. (en donde para los adultos mayores hombres

la dependencia es dramáticamente planteada por varios de los varones entrevistados. Llega a plantearse la idea de autoeliminación como respuesta posible ante una situación que se concibe como intolerable, señalando un significativo factor de riesgo que es consistente con la prevalencia de suicidios que se registra en nuestro país. (Berriel, et al. 2006: 45).

En el cuadro 96, para el período se puede apreciar que el 4,2% de los adultos mayores presentó problemas con el alcohol. En donde se pasó de 4,2% a 2,6%, y en el último período a 5,9%.

En jóvenes adultos, la presencia de alcoholismo mostró un porcentaje de 3,1%, en adultos fue que apareció la mayor proporción con 9,3%, y en adultos mayores un 4,2%.

Cuadro 96. Alcoholismo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	4,2	2,6	5,9	4,2
No	95,8	97,4	94,1	95,8
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al observar la presencia del alcoholismo según sexo, aparece en mayor proporción en los hombres con un porcentaje del 5,3%, frente al 1,2% de las mujeres.

Cuadro 97. Alcoholismo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	5,3	1,2	4,2
No	94,7	98,8	95,8
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

La presencia de enfermedades para el período fue de 36,9% en donde comenzó con una proporción de 32,1% pasando a 34,4% para finalmente presentar un porcentaje de 45,2.

Por mi propia facultad he decidido quitarme la vida, me siento muy enfermo de próstata y no quiero seguir sufriendo, adiós para siempre, chau, Luis Silvera. (Carta. Hombre, divorciado, 61 años)

Como era de esperar por la etapa vital de cada grupo los jóvenes adultos presentaron la menor proporción con un 6,1%, seguido de los adultos con 12,8% y finalmente con una diferencia importante los adultos mayores con un 36,9%. Representando este porcentaje en valores absolutos 219 suicidas de este grupo etario.

A la policía no culpen a nadie, todos han sido muy buenos conmigo, tanto los enfermeros como mi familia, a todos estoy muy agradecida, pero ya no puedo más, acabo de caerme y estoy fracturada y con todo lo que tengo esto no da para más, espero me perdonen. (Carta. Mujer, 85 años.)

Berriel, et al. (2006) hallaron que para los adultos mayores

un buen estado de salud está a su vez estrechamente relacionado con la autovalidez y ésta, a su vez, con el 'miedo' que suelen manifestar nuestros entrevistados a las residencias de larga estadía en malas condiciones. Esto se vincula asimismo a la posibilidad de tener recursos económicos para poder pagarse un buen geriátrico. (p.103).

Cuadro 98. Enfermedades. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	32,1	34,4	45,2	36,9
No	67,9	65,6	54,8	63,1
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Sr. Juez: no se culpe a nadie de ésta, mi decisión, soy único responsable de este acto y lo hago por mi propia voluntad, sin haber incidido nadie en esto. Las razones: mi propia salud cuyos dolores no soporto más.(Carta. Hombre, casado, 84 años)

Laura perdona esta decisión pero estoy perdiendo sangre y sé que significa eso, ya no sirvo para nada, fuiste una buena compañera, una buena esposa, una buena madre que sos. Perdóname, te amo, mi voluntad no quiero velatorio.(Carta. Hombre, casado, 74 años)

Según sexo los hombres presentaron una proporción de 40,7%, frente a un 26,7% de las mujeres, siendo en valores absolutos 176 hombres y 43 mujeres. 4 de cada 10 suicidas hombres de 60 y más años presentaron el hecho de alguna enfermedad frente a 3 de cada 10 mujeres.

Querida hija perdóname, no me siento bien y tu sabes algo pero no todo, cada vez me siento más enferma, se que tengo algo en el riñón izquierdo y en el estomago. No puedo ayudarte en nada, sólo te doy trabajo y malos momentos, me doy cuenta que mis enfermedades aumentan la tristeza, la angustia. Los nervios me están agotando, quiero que seas fuerte, lucha por esto que es tuyo. (...) No puedo estar mucho en cama, ni sentada, tampoco en una silla mucho rato. (Carta. Mujer, casada, 63 años)

Cuadro 99. Enfermedades según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	40,7	26,7	36,9
No	59,3	73,3	63,1
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

El cuadro siguiente, muestra que en el período los adultos mayores presentaron una proporción de 23,8% en la presencia de depresión, oscilando entre 23,6 y 24,1%.

Cuadro 100. Depresión. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 – 2010	Total
Si	23,6	24,1	23,7	23,8
No	76,4	75,9	76,3	76,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Según sexo las mujeres presentan la mayor proporción con un 28,6% frente a los hombres en un 22%. En los otros dos grupos de edad se repite la situación que son las mujeres las que presentan la mayor proporción frente a los varones.

Cuadro 101. Depresión según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	22,0	28,6	23,8
No	78,0	71,4	76,2
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se observa la presencia de problemas psiquiátricos para el período 2002 a 2010 el porcentaje fue de 15,3%. En donde de período a período disminuye la proporción llegando en 2008 – 2010 a 12,9%.

Cuadro 102. Problemas psiquiátricos. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	17,5	15,4	12,9	15,3
No	82,5	84,6	87,1	84,7
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al igual que en los otros grupos etarios son las mujeres las que presentaron un mayor peso en cuanto a la presencia de problemas psiquiátricos con un 31,7% frente a un 9,3% de los hombres.

Cuadro 103. Problemas psiquiátricos según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	9,3	31,7	15,3
No	90,7	68,3	84,7
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

#### 4.4.1.3. Relacional – participativa

En esta dimensión puede observarse que el 32% de los adultos mayores que cometieron suicidio “vivían solos”, en donde en el primer período el 31,1% “vivía solo”, pasando a 34,4%, y finalmente a 30,6%.

Este grupo de edad es el que presentó la mayor proporción de personas viviendo solas, en donde los jóvenes adultos para el período tuvieron un porcentaje del 14,5%, y los adultos del 20,3%.

Berriel et al (2006) expresan que la percepción de un futuro negativo en cuanto a la salud conjuntamente con la disminución de la red social de apoyo, son factores de riesgo que se potencian entre sí, en donde emerge el sentimiento de soledad, por lo tanto aparece la misma como una de las preocupaciones centrales de la vejez, la cual encontrará formas de expresión diferenciales según las tramas y soportes familiares o sociales en su densidad y en su intensidad.

Cuadro 104. Vivía solo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	2002 - 2004	2005 - 2007	2008 - 2010	Total
Si	31,1	34,4	30,6	32,0
No	68,9	65,6	69,4	68,0
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se examina según sexo son las mujeres las que presentan la mayor proporción de estar viviendo solas en comparación con los hombres, éstas tuvieron un porcentaje del 39,1% frente a un 29,4% de los hombres. 4 de cada 10 mujeres adultas mayores vivían solas, frente a 3 de cada 10 hombres adultos mayores.

Cuadro 105. Vivía solo según sexo. Montevideo. 2002 – 2010. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
Si	29,4	39,1	32,0
No	70,6	60,9	68,0
Total	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

## 5. Sistematización interpretativa

“La vida por definición es, sartreanamente, una pasión inútil, un mundo en vano que se desmorona, un absurdo. Lejos de ello, la muerte voluntaria es el desenlace de un fracaso, pero ella misma se transforma en promesa, sea ésta una promesa de cesar de sufrir, de despedir la vergüenza o de cualquiera sean los motivos intransferibles de los que se trate” (Cohen, 2007.p.291)

La presente tesis de maestría en psicología social, “Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002 – 2010”, no pretende agotar un campo – tema sumamente complejo como el del suicidio, sino que la misma se ofrece como un aporte a la comprensión de las distintas dimensiones que hacen a la temática, y a partir de la cual se han abierto nuevas interrogantes a ser abordadas. Considero que los hallazgos de la misma, aportan nuevos elementos al estado del arte de las ciencias sociales, humanas y de la salud en el abordaje de la problemática del suicidio. Constituyéndose como insumos fundamentales a partir de los cuales seguir investigando, así como actuar de referencia en la elaboración de las políticas públicas.

En función de los hallazgos de la presente tesis, puedo afirmar que el suicida en el Uruguay de principios de siglo XX hasta nuestros días es el portavoz de las “grietas en el muro” de la sociedad uruguaya, el suicidio como emergente explicita sus problemas de integración social en donde las diversas dimensiones de la precariedad socavan las bases de un reconocimiento intersubjetivo positivo.

Las tasas históricas de suicidio en Uruguay se han presentado como un fenómeno estructural, en donde su comportamiento ha estado asociado a los cambios políticos y económicos mostrando una íntima relación con la estructura social y sus transformaciones. La tasa de suicidios de Uruguay, si la cotejamos en el contexto internacional se ubica en un nivel medio, adquiriendo un nivel alto para el contexto latinoamericano.

Desde la recuperación democrática, Uruguay asistió a un crecimiento continuo de sus tasas de suicidios, evidenciando una prevalencia mayor en las edades más jóvenes, especialmente hombres. Los adultos mayores presentan las tasas de suicidios más estables y altas con un crecimiento leve. Las características más relevantes de las últimas décadas desde 1985, podrían definirse por la precariedad, la inestabilidad y la vulnerabilidad,

combinándose posiblemente con la falta de expectativas, la desesperanza, la desprotección y las dificultades para imaginar futuros reales.

Al considerar el período de tiempo (2002 a 2010) se pudo observar que el proceso de crecimiento de la tasa de suicidios, ni se revierte ni se detiene cuando la sociedad entra en la fase positiva de recuperación, este fenómeno identificado exige una mirada más aguda sobre los conflictos latentes de la sociedad y sobre las dimensiones de una violencia eminentemente implosiva.

En el último período, podemos identificar desde el sistema político y sanitario que la problemática ha ido adquiriendo una creciente relevancia, poniéndose énfasis en el desarrollo de acciones y políticas orientadas a la disminución del fenómeno del suicidio. Ejemplo de esto son la creación de la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio; la declaración del 17 de julio como Día Nacional de la Prevención del Suicidio, y la elaboración de guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Sin duda, el hecho más significativo lo constituye la elaboración del Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011–2015, que plantea como meta la reducción de la mortalidad por suicidio en un 10% para el período 2011-2020.

También entendemos relevante la reglamentación por parte del Ministerio de Salud Pública en 2012, disponiendo la notificación obligatoria de los IAE por parte de todos los prestadores de salud del ámbito público y privado. Esto se materializa mediante la Ficha Nacional de Registro Obligatorio de los Intentos de Suicidio, herramienta que aún no se ha podido implementar satisfactoriamente, pero que una vez en funcionamiento permitirá un seguimiento pormenorizado de la evolución de la problemática.

En concordancia con los objetivos de mi proyecto de Tesis, sus fundamentos teóricos y epistemológicos, realicé un análisis de los registros de suicidios (1745 novedades de suicidios consumados) en el Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP), y por último mediante la estadística descriptiva busque organizar, presentar y sintetizar los datos.

Los datos cuantitativos aportados por la investigación presentan información relevante para la comprensión integral del fenómeno del suicidio, pero resulta pertinente recomendar a futuro el desarrollo de estudios de corte cualitativo, los cuales entendemos imprescindibles para profundizar en el conocimiento y comprensión del suicidio desde otras perspectivas.

Forzosamente en el suicidio consumado los métodos de aproximación al fenómeno son indirectos y retrospectivos. Las fuentes posibles de investigación y estudio son las estadísticas oficiales, entrevistas a familiares, amigos y personas significativas del entorno del suicida y el análisis de las cartas y notas dejadas por las personas que se suicidaron. En la presente tesis realicé un análisis de 1745 novedades de suicidio de donde extraje las variables que compusieron el banco de datos (sexo, edad, ocupación, lugar del hecho, barrio de residencia, método utilizado, estado civil, etc.).

Con respecto a la agrupación por edades la misma responde tanto a una necesidad teórica como metodológica. Teórica debido a los distintos procesos y situaciones vitales que afectan a cada grupo de edad, y metodológica, ya que debido a la reducida muestra realizar esta agrupación permite obtener resultados más completos de estos grupos de edad. En este sentido, los grupos de edad en los que se agruparon los casos fueron de jóvenes adultos (15 a 35 años), adultos (36 a 59 años) y finalmente, de adultos mayores (60 y más años).

Las dimensiones de la Precariedad Vital planteadas en la investigación fueron la socio – económica, la cual esta definida por la acumulación de recursos precarios vinculados a los ingresos o a la situación laboral, estos recursos precarios devienen de ingresos salariales bajos o por situaciones laborales poco estables. En esta dimensión se destaca la percepción subjetiva en donde el concepto de deprivación subjetiva resulta de utilidad. Estos datos se procesaron teniendo en cuenta su referenciación con respecto al lugar de residencia de los sujetos, logrando de este modo observar los estratos socioeconómicos de pertenencia de los suicidas.

La siguiente dimensión trabajada fue la residencial – corporal, en donde el énfasis de la dimensión por la fuente de investigación consultada (novedades policiales) hizo hincapié en la noción de lo corporal, referencias a la salud. Por lo cual las variables consideradas fueron el consumo problemático de drogas, la presencia de enfermedades, problemas psiquiátricos y de depresión.

La última dimensión considerada fue la relacional – participativa, esta dimensión expresa la ausencia o débiles relaciones sociales, principalmente con la familia y las amistades, que son los grupos de mayor significado en los procesos de socialización. La variable que tomé en cuenta es el “vivir solos”, como proxy de situaciones que expresan vínculos débiles con la familia y amistades.



La presente investigación ha permitido avanzar en la comprensión y explicación del suicidio, posibilitando identificar algunas de las dimensiones de la Precariedad Vital que operan como factores de riesgo de la conducta suicida.

Se encontró una concordancia de los hallazgos con la literatura consultada referente a investigaciones nacionales e internacionales, donde se plantea que el suicidio consumado es un fenómeno característicamente masculino. Siendo los jóvenes adultos quienes presentan una mayor masculinización del fenómeno en comparación a los adultos y adultos mayores.

Cuando se analizó el método de suicidio se halló que es el “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación”, seguido de las armas de fuego y en tercer lugar el “salto desde lugar elevado” los tres principales métodos seleccionados por los montevideanos entre el año 2002 y 2010.

Al comparar por grupos de edad encontré que a medida que se avanza en la edad las armas van aumentando en su proporción, y el “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” disminuye. También aumenta el método de “salto desde lugar elevado” duplicando su proporción comparando a jóvenes adultos con adultos mayores.

En cuanto al método “armas de fuego”, estas como ya dije aumentan su proporción a medida que aumenta la edad, en una proporción de 9 de cada 10 son armas cortas (revolver y pistola), y otra singularidad es el crecimiento dentro de las mismas de la utilización de pistolas como método.

Pensando en los aportes a las políticas de prevención del suicidio, estos datos alertan sobre la necesidad de desarrollar campañas de desarme, orientados a contrarrestar las situaciones de fácil acceso a las armas, así como la elevada tenencia de las mismas por parte de la población civil.

Jesús de Miguel (1973) en España encontró que las personas presentan cierta aversión a la utilización de métodos que causen muertes aparatosas acompañadas de sangre, para el caso uruguayo, específicamente en Montevideo entre 2002 y 2010, se asistió a que son los adultos mayores los que utilizan métodos que causan muertes aparatosas, y que a medida que se pasa a un grupo más joven disminuye la proporción de este tipo de muertes.

Cuando se analiza la base de datos según la variable del estado civil, se encuentra en primer lugar la presencia de suicidas “casados o en unión de hecho”, seguido de solteros, en tercer lugar “divorciados” y por último “viudos”.

Al avanzar en el análisis por género encontramos que los hombres solteros presentan una proporción mayor que las mujeres y que las mujeres viudas prácticamente duplican en su proporción a los hombres. Al realizar una desagregación por grupos de edad se encontró que la tasa de suicidios cometidos por solteros disminuyen su proporción a medida que aumenta la edad, mientras que los casados aumentan su proporción en forma importante pasando de los jóvenes adultos a adultos pero que luego se estabiliza esa proporción. Para el caso de los viudos, se identifica que la tasa crece en forma drástica en el grupo de adultos a adultos mayores.

Un aporte significativo a las políticas públicas, aportando a su eficiencia y eficacia es la recomendación de tener en consideración los “avisos previos de autoeliminación” y los “intentos de autoeliminación”. En la actualidad en el imaginario colectivo estas situaciones se consideran como mitos, en donde “el que avisa no se mata” y “el que lo intento una vez no lo volverá a intentar”. Ambas situaciones en la literatura nacional e internacional son identificadas como fuertes predictores de conductas suicidas futuras, en concordancia con esto, se identificó que 2 de cada 10 montevidEOS entre 2002 y 2010 comunicó sus intenciones y tuvo intentos anteriores de autoeliminación. Estas cifras son importantes como predictores de futuros suicidios y sirven para desmitificar los mitos mencionados anteriormente.

En cuanto a la identificación de la presencia de dimensiones de la Precariedad Vital en los casos de suicidio investigados, se puede destacar que son los hombres pertenecientes a los estratos socioeconómicos “muy bajos” y “bajos” las principales víctimas ante la precariedad económica objetiva tanto como subjetiva. Estos hombres estarían interpelados bajo los mandatos o moralidades del “consumo” y la “provisión”.

De esta forma, la dimensión socioeconómica expresa una asociación bastante clara con los hombres, en donde la relación se da que a mejor situación socioeconómica menor la tasa de suicidios. Tal como planteamos la situación tanto objetiva como subjetiva de deprivación genera un agravio hacia los hombres, especialmente jóvenes montevidEOS. Es la carencia económica tanto objetiva como subjetiva como muestra la pertenencia a los estratos económicos menos favorecidos de montevidEOS masculinos que cometieron suicidio, que permiten aventurar la hipótesis de que aunque los indicadores socioeconómicos mejoren, la

precariedad vital y sus procesos de privación y vulnerabilidad social atravesada por estos sujetos tienen un carácter duradero, no fáciles de revertir en el corto plazo.

Retomando la idea de privación relativa nos resulta que serían estos jóvenes de sectores pobres o muy pobres (los perdedores del sistema) que presionados por la moralidad de la provisión o del consumo al compararse con otros sectores de la sociedad sufrirían su mayor frustración al no cumplir con estos imperativos. Nos hemos transformado en psicoculturalmente pobres a pesar del cambio sustantivo de estos últimos tiempos (Bayce, 2005).

De esta forma la ausencia o falta de reconocimiento en sus diversas modalidades, o el mal reconocimiento se constituyó como una de las principales causas de los daños a la subjetividad de los suicidas. La falta de reconocimiento – o un falso reconocimiento – en donde estas personas no encontraron a quien poder realizar sus apelaciones, o a quien las escuchara, lesionan el entendimiento positivo de las personas, el cual al decir de Honneth (1997) siempre obedece a una construcción intersubjetiva.

El capitalismo en las sociedades contemporáneas necesita para su desarrollo de la flexibilidad y su corolario subjetivo de adaptación permanente; la división actual del trabajo introduce la precariedad como norma necesaria para el desarrollo del capital, debiendo el individuo vivir una constante adaptación generadora de angustia existencial.

En donde “la precariedad es una norma social paradójica, puesto que a primera vista parece introducir el desorden antes que el orden. No obstante, organiza el desorden necesario para el desarrollo de las sociedades dedicadas al comercio” (Le Blanc, 2007.p51). La sociedad excluye, expulsa, para incluir debido a que esta transmutación es la condición del orden social desigual, lo que implica el carácter ilusorio de la inclusión.

Lo cual nos permite afirmar la existencia de un crecimiento constante de la tasa de suicidios en hombres principalmente jóvenes adultos y adultos en donde las condicionantes económicas objetivas y subjetivas estarían asociadas a tal conducta.

La segunda dimensión de la Precariedad Vital considerada en mi investigación fue la residencial – corporal a través de las variables proxy de “consumo problemático de drogas”, la presencia de “alcoholismo”, “enfermedades”, “depresión” y “problemas psiquiátricos”.

El “consumo problemático de drogas” asociado al suicido se constituye en un fenómeno casi exclusivo de los jóvenes adultos, y en donde principalmente se da con el consumo de PBC, en donde 2 de cada 10 jóvenes adultos presentan un consumo problemático de drogas. Una amplia mayoría de estos jóvenes adultos consumidores problemáticos de drogas pertenecía a los estratos socioeconómicos “muy bajos” y “bajos” de Montevideo en el período de tiempo analizado por la presente tesis.

La ausencia de reconocimiento social hacia estos jóvenes, los lleva a que en el “pegue” del PBC sea donde procuren un refugio provisorio, una fuga de la realidad, del contexto estigmatizante de su mundo de vida y la precariedad diaria. Mientras que las condiciones de vida reproducen, radicalizándola, la desigualdad social. Lo cual se corrobora con los planteos de Rossal y Fraiman (2009): “Del consumo experimental de la pasta base al consumo adictivo habría una gradación que implicaría a la desafiliación: educativa, laboral y hasta familiar”(p.127).

Cobra significación la frecuente presencia en los relatos de los familiares y amigos de los suicidas, de la problemática del “alcoholismo” asociada a los suicidas. Más allá de los propios límites de la fuente de estos datos, ya que la opinión de amigos y familiares no puede ser considerada como un diagnóstico clínico de alcoholismo, entendemos que la misma cobra validez, en tanto alerta sobre la retroalimentación de la problemática del alcoholismo y la conducta suicida.

Este tipo de conducta conjuntamente con el consumo problemático de drogas son adoptadas en una proporción mayor en hombres que en mujeres, en donde el género juega en forma importante en cuanto a que los hombres son los que presentan mayormente conductas de abuso tanto de alcohol como de drogas.

Estos datos invitan a reflexionar en la necesidad de un cambio cultural en donde se puedan construir identidades alternativas a la hegemónica forma de ser joven y hombre.

Haciendo foco en el perfil de los suicidas de Montevideo para este período de tiempo, donde en 2 de cada 10 suicidas aparecieron en los relatos referencias a situaciones de depresión y problemas psiquiátricos, se podría pensar en la asociación de estas situaciones con el suicidio, en donde el sufrimiento es producido por el aislamiento social, la pérdida de capacidades y propiedades sociales, la desesperanza y la incertidumbre. La continuidad de injusticias sociales, de falta de reconocimiento y de redistribución, junto a la pérdida de las

capacidades para poder desarrollar una adaptación activa a la realidad (Pichon–Riviére, 2007), producen una pérdida de su valoración subjetiva.

Por último, a través de los datos surgidos de la presente investigación, resulta que es en los adultos mayores en donde la condición de “vivir solo” se presenta en su mayor proporción. En donde como nos plantea Le Blanc (2007) si una de las dimensiones de la vida se encuentra dañada o debilitada no se hace posible un vida digna de ser vivida. Así, los vínculos familiares y de amistad de estos adultos mayores se ven debilitados, cuando no inexistentes y emerge la soledad en ellos. Esto sumado a la presencia de enfermedades que disminuyen la calidad de vida en forma considerable lleva a un contingente de adultos mayores a optar por esta decisión de quitarse la vida.

Es imprescindible pensar en que variables podemos incidir para que las vidas sean dignas de ser vividas, ya que el suicidio es el emergente de una sociedad con una integración social deficiente. Donde surge la necesidad de reconocimiento en sus diversas áreas pero a la vez reconocimiento con redistribución, que haga posible un nosotros, en donde las apelaciones puedan ser escuchadas, en donde los individuos sean dotados de propiedades que se reflejen en funcionamientos, para que las acciones dejen de ser precarias y en donde esas voces puedan recuperar una narrativa propia que deje de presentarnos una identidad negativa.

El avance desarrollado en esta tesis permite dejar planteadas algunas preguntas y líneas de investigación en donde poder profundizar sobre el fenómeno del suicidio en Uruguay, teniendo en cuenta que esta tesis solo exploró el 40% de los suicidios consumados de Uruguay en el periodo 2002 a 2010 (aquellos consumados en Montevideo), aún resta por conocerse las características que adquiere este fenómeno en el resto del país. Así como ampliar la consulta a otras fuentes, como son las cartas suicidas que la Policía Científica posee, reconstruir mediante entrevistas a familiares y amigos las posibles motivaciones de las decisiones, acercarnos a los archivos judiciales históricos y poder comprender el porque de las altas tasas en el Uruguay.

Si bien la presente tesis hace foco a las diferentes formas que adquiere el morir en estos sujetos, la misma se asocia indisolublemente a la pregunta de: ¿En que consiste un buen vivir que haga que la vida merezca ser vivida? ¿Qué significa para nosotros como sociedad el buen morir? Estos y otros cuestionamientos resultan de impostergable reflexión para poder llevar una vida digna de ser vivida.

## 6. Bibliografía

Abril, Francisco. (2011). Sentimientos negativos y dominación social. Un abordaje crítico de la Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth. *Philosophia* 71, 2011, pp 13 a 24. [http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos\\_digitales/4612/1abril.pdf](http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4612/1abril.pdf)

Aguiar, Sebastián. (2011). Dinámicas de la segregación urbana. Movilidad cotidiana en Montevideo. *Revista de Ciencias Sociales*. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. V. 24 N° 28, 2011.

Alfageme Chao, Alfredo. Algunas desigualdades en el envejecer de los ancianos españoles de los años noventa, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Reis N° 92. pp 93-112. [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_092\\_07.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_092_07.pdf) (Recuperado el 7 de agosto de 2014)

Alvira Martín, F; Blanco Moreno, F. (1998). Estrategia y técnicas investigadoras en El Suicidio, de Emile Durkheim. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. N° 81. Enero – Marzo 1998. [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_081\\_06.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_081_06.pdf) (Recuperado el 2 de agosto de 2014)

Almirón, Mauro. (2012). Estudio del comportamiento suicida en Uruguay. Aportes para el debate. Lic. Trabajo Social. Monografía final. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

Aller, German. (2005). Eutanasia, eugenesia y vida. *Criminología y Derecho penal*, t. I, libro en coautoría con Miguel Langon Cuñarro, Montevideo, Del Foro, pp. 203-221. <http://www.fder.edu.uy/contenido/penal/pdf/aller-eutanasia.pdf>

Améry, Jean. (2005). Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria. Pre - Textos

Aron, Raymond. (2004). Las etapas del pensamiento sociológico. Editorial Tecnos.

Arteaga, Nelson. (2008) Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel, *Sociológica*, 23(68), 151-175. DOI.

Bauman, Zygmunt. (2009). Modernidad líquida. Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Zygmunt. (2008). Vida de consumo. Fondo de Cultura Económica.

Bayce, Rafael. (2005). 5 tareas de Hércules. Para gobernar en el siglo XXI: Uruguay como ejemplo. Trilce.

Bazo, María Teresa. La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. N° 73. Reis. [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_073\\_03.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_073_03.pdf) (Recuperado el 7 de agosto de 2014)

Beck, Ulrich. (2006) La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Paidós.

Berzins, M. V. Watanabe, H. A. W. (2012). Falar de suicido é também falar da vida e da qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1959-1961. Recuperado 30 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800005&lng=pt&tling=pt.10.1590/S1413-81232012000800005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800005&lng=pt&tling=pt.10.1590/S1413-81232012000800005).

- Bourdieu, Pierre. Chamboredon, Jean Claude. Passeron, Jean Claude. (2004). El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos. Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre. (2007). La miseria del mundo. FCE.
- Bourdieu, Pierre. (2008). Cuestiones de Sociología. Akal.
- Bourgois, Philippe. (2010). En busca de respeto. Vendiendo crack en harlem. Siglo XXI.
- Busch, German. (2012). El suicidio en Uruguay, análisis y reflexiones desde la sociología. Lic. Sociología. Monografía final. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.
- Buzzaqui Echevarrieta, Adrian. (1999). El "grupo operativo" de Enrique Pichon-Riviére: Análisis y crítica. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Psicología Social.
- Calvo, Juan José. (Coordinador). (2014). Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Fascículo 4. Jóvenes en Uruguay: demografía, educación, mercado laboral y emancipación. INE, Programa de Población de Facultad de Ciencias Sociales, Ministerio de Desarrollo Social. Instituto Nacional de la Juventud. Trilce.
- Cámara de Senadores. Carpeta N° 595. Se declara el 17 de julio de cada año "Día Nacional para la Prevención del Suicidio.
- Casado, M et al. (2012). Importancia de las cartas suicidas en la investigación forense. Cuadernos de Medicina Forense. <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv/v18n3-4/articulo2.pdf> (recuperado el 31 de julio 2014)
- Castel, Robert. et al. (2013). Individuación, precariedad, inseguridad. ¿Desinstitucionalización del presente?
- Castel, Robert. (2010) El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo. FCE.
- Castel, Robert. (1997) La metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires. Paidós.
- Chavez, Ana Maria. Et al. (2011) Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. Pensamiento Psicológico, vol. 9, núm. 17, 2011, pp 33-42. [www.redalyc.org/pdf/801/80122596003.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/801/80122596003.pdf) (recuperado el 31 de julio 2014)
- Cohen Agrest, Diana. (2007). Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas. FCE
- Cavalcante, F. Gonçalves, & Minayo, M. C. de Souza. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 17(8), 1943-1954. Recuperado em 30 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800002) &lng= pt &tlng=pt. 10.1590/S1413-81232012000800002.
- Ciganda, Daniel. (2008). Jóvenes en transición hacia la vida adulta: el orden de los factores ¿no altera el resultado? En Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI. Varela Petito, Carmen.(Coordinadora)

Código Penal. (2010).  
<http://www.parlamento.gub.uy/htmlstat/pl/codigos/estudioslegislativos/CodigoPenal2010-03.pdf>

Dajas, Federico. Hor, Felicia. Viscardi, Nilia. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. Rev. Med Uruguay.

Dajas, Federico. Bailador, Pilar. Viscardi, Nilia. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev. Med Uruguay.

Dajas, Federico. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay IV: la situación epidemiológica actual. Rev. Med Uruguay.

De Miguel, Jesús M. (1973). El ritmo de la vida social. Análisis sociológico de la dinámica de la población en España. Editorial Tecnos.

De Miguel, Jesús M. (1995). El último deseo: Para una sociología de la muerte en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. N° 71. pp.109-156. [http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS\\_071\\_072\\_07.pdf](http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_071_072_07.pdf) (Recuperado el 19 de agosto de 2014)

Decreto N° 378/004 del Poder Ejecutivo.

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0400378.html>

Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, N° 336, Tomo 422. 2004

Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, N° 346, Tomo 423. 2004

Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, N° 348, Tomo 423. 2004

Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, N° 106, Tomo 433. 2006

Diario de Sesiones de la Cámara de Senadores, N° 112, Tomo 435. 2006

Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes, N° 3364, 42ª Sesión. 2006.

Diario de Sesiones de la Cámara de Representantes, N° 3398, 2006.

Diario Cámara de Representantes, Comisión de Salud Pública y Asistencia Social Informe. Anexo I al repartido N° 752. 2006.

Duran, Maria Angeles. (2004). La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99717667001> Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm. 106, 2004, , pp. 9-32, Centro de Investigaciones Sociológicas (Recuperado el 5 de agosto de 2014)

Durkheim, Emile. (1985). La división del trabajo social. Planeta – Agostini.

Durkheim, Emile. (2003). Las formas elementales de la vida religiosa. Alianza.

Durkheim, Emile. (2004). El suicidio. Ediciones Libertador.

Elias, Norbert. (1987). La soledad de los moribundos. FCE.



Escuder, Natalia. (2012). Relación entre el suicidio o intento de suicidio y la exposición a la violencia de género, en el ámbito intrafamiliar en mujeres adultas. Lic. Trabajo Social. Monografía final. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

Fabris, Fernando A. (2007). Pichon-Riviére un viajero de mil mundos. Génesis e irrupción de un pensamiento nuevo. Edit. Polemos.

Fascioli, Ana. (2011). Justicia social en clave de capacidades y reconocimiento. ARETÉ. Revista de Filosofía. Vol. XXIII, N° 1. 2011. pp 53-77.

Filardo, Verónica. (2009). Jóvenes como objeto, jóvenes como sujetos. Revista Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Año XXII/ N° 25. Julio 2009.

Filardo, Verónica. (2009). Reflexiones sobre equidad entre clases de edad. Revista Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Año XXII/ N° 25. Julio 2009.

Filgueira, Carlos. (1998). Emancipación juvenil: trayectorias y destinos. CEPAL – NACIONES UNIDAS.

Filgueira, Carlos. (2002). Estructura de oportunidades, activos de los hogares y movilización de activos en Montevideo (1991 – 1998). En Trabajo y Ciudadanía. Integración y exclusión social en cuatro áreas metropolitanas de América Latina. Coordinadores Katzman, Rubén y Wormald, Guillermo.

Foucault, Michel. (1988). Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones. Alianza.

Fraiman, Ricardo; Rossal, Marcelo. (2009). Si tocás pito te dan cumbia (Esbozo antropológico de la violencia en Montevideo). PNUD.

Fraser, Nancy. (1997). Iustitia Interrupta: reflexiones críticas desde la posición postsocialista. Ed. Siglo del Hombre.

Fraser, Nancy; Honneth, Axel. (2006). ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político – filosófico. Ediciones Morata.

Giddens, Anthony. (1997). Modernidad e Identidad del Yo. El Yo y la sociedad en la época contemporánea. Península.

Gil Gimeno, Javier. (2009). El suicidio en el tránsito de la modernidad sólida a la modernidad líquida. Revista Estudios Filosóficos. nº 167, pp. 57-77.

González, Víctor Hugo. (2010). Ni siquiera las Flores: El suicidio en el Uruguay. Monografía de grado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

González, Víctor Hugo. (2011). Historia y suicidio en el Uruguay. Revista Encuentros Uruguayos. Volumen V, Número 1, Diciembre 2012, pp. 57-73

González, Víctor Hugo. (2012). Suicidio y precariedad en el Uruguay. En Uruguay. Inseguridad, Delito y Estado. Paternain, Rafael; Rico, Alvaro. (Coordinadores). (pp.230-242) Trilce.

Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas. (2008). Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional de Salud Mental.

Hernández Rodríguez, Gerardo. (1996). El suicidio en la ancianidad en España. *Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 73, 2004, , pp. 127-148, Centro de Investigaciones Sociológicas

Honneth, Axel. (1997). *La lucha por el reconocimiento: por una gramática moral de los conflictos sociales*. Ed. Crítica.

Honneth, Axel. (1999). Entre Aristóteles y Kant. Esbozo de una moral del reconocimiento. Localización: *Logos: Anales del Seminario de Metafísica*, ISSN 1575-6866, N° 32, 1998-99 (Ejemplar dedicado a: Alteridad y reconocimiento) , págs. 17-38

Kaztman, Rubén. Retamoso, Alejandro. (2005). Segregación espacial, empleo y pobreza en Montevideo. *Revista de la CEPAL* 85 – Abril 2005. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/21048/lcg2266eKaztmanRetamoso.pdf> (recuperado el 6 de setiembre 2014)

Kessler, Gabriel. (2004). *Sociología del delito amateur*. Paidós.

Larrobla, Cristina; Canetti, Alicia; Hein, Pablo; Novoa, Gabriela; Durán, Mariana. (2013). *Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud*. Colección Art.2. Universidad de la República. CSIC.

Le Blanc, Guillaume. (2007). *Vidas ordinarias, vidas precarias*. Nueva Visión

López Gómez, Alejandra. (Coordinadora) (2006). Tomo I. Estudio cualitativo. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Ediciones Trilce.

Mallo Reynal, Susana. (2010). Semántica de la pobreza. Axel Honneth y las implicancias del reconocimiento. En *Pobreza y (des) igualdad en Uruguay: una relación en debate*. Serna, Miguel.(coord) CLACSO. FCS. Depto.Sociología.

Marx, Karl. (2012). *Acerca del suicidio*. Las Cuarenta.

Matusevich, Daniel. (2003). Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez. *Revista Argentina de Psiquiatría*. Volumen XIV— N°52. Junio/Julio/Agosto 2003 <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex52.pdf> (recuperado el 31 de julio 2014)

Mauss, Marcel. (2009). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz.

Merton, Robert K. (2002). *Teoría y Estructura Sociales*. Fondo de Cultura Económica.

Morás, Luis Eduardo. (2000). *De la tierra purpúrea al laboratorio social*. Ediciones de la Banda Oriental.

Moreira, G.Alves R. (2012). Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2039-2052. Recuperado em 30 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800015&lng=pt&tlng=pt). 10.1590/S1413-81232012000800015.

Muñoz, Carlos Basilio. (2009). La construcción de las juventudes. *Revista de Ciencias Sociales*. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Año XXII / N° 25, Julio 2009.

Pampliega de Quiroga, Ana. (1990). *Enfoques y perspectivas en Psicología Social*. Desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Riviére. Ediciones Cinco.

Paredes, Mariana. Ciarniello, Maite. Brunet, Nicolás. (2010). Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto Latinoamericano. Lucida Edit.

Pérez, Andrea Lissett. (2013). Suicidio en la población rural: Análisis de la dimensión sociocultural en los municipios de Yamural y La Unión (Antioquia). Centro de Estudios de Opinión (CEO).

Pérez Barrero, S. A. (2012). Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2011-2016. Recuperado em 30 de setembro de 2013, de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800012&lng=pt&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800012&lng=pt&tlng=es). 10.1590/S1413-81232012000800012.

Pérez Fernández, Robert. Compilador. (2004). Gerontología en Uruguay. Una construcción hacia la interdisciplina. Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República. Psicolibros.

Pérez Fernández, Robert. Compilador. (2007). Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea. Psicolibros. Universitario.

Pichon-Riviére, Enrique. Pampliega de Quiroga, Ana. (1985). Psicología de la vida cotidiana. Ed. Nueva Visión.

Pichon-Riviére, Enrique.(1977). El proceso grupal. Ed. Nueva Visión.

Pichon-Riviére, Enrique. (2002). Teoría del vínculo. Ed. Nueva Visión.

Pichon-Riviére, Enrique.(2007). El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (1). Ed. Nueva Visión.

Primer Informe del Observatorio. 2013. IELSUR. - Observatorio de impacto de armas de fuego en la vida cotidiana. <http://ielsurdesarme.org/wp-content/uploads/2013/06/1er-informe-Observatorio.pdf> (recuperado el 30 de julio 2014)

Pochinesta, Paula. (2011). Esbozos de una construcción de la finitud en los mayores de ochenta años: de la negación a la aceptación. *Psicología y Salud*. Vol. 21, Núm 2: 273-286, julio – Diciembre de 2011. <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-2/21-2/Paula%20Pochinesta.pdf> (recuperado el 24 de julio de 2014)

Ricouer, Paul. (2010). La memoria, la historia, el olvido. FCE.

Robertt, Pedro. (1997). Informe de Investigación. No.23. El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico.

Robles Silva, Leticia. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, vol 11, núm 45, julio-setiembre, 2005, pp. 45-69. <http://www.redalyc.org/pdf/112/11204504.pdf> (recuperado el 24 de julio de 2014)

Rodríguez Almada, Hugo. Et al. (2000). Eutanasia y ley penal en Uruguay. <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/dm/revistaDM/eut-uy.htm>

Rodríguez, M. M. A. (2009). Suicidio e sociedade. Um estudo comparativo de Durkheim e Marx. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*. Sao Paulo. V. 12, n 4, p 698-713, dez 2009.

Rossal, Marcelo; Suárez, Héctor. (2014). (Coordinadores) Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas.

Sawaia, Bader. Org. (2004). As artimanhas da exclusão. análise psicossocial e ética da desigualdade social. (2ª ed.), Rio de Janeiro: Editora Vozes.

Serna, Miguel. (Coordinador) (2012). Vulnerabilidad y exclusión. Aportes para las políticas sociales. 2012. MIDES.

Tejerina, Benjamín. et al. (2012). Precariedad vital y juventud vasca. Condiciones sociales y estrategias biográficas para llevar una vida normal. Eusko Jaularitza. Gobierno Vasco.

Tejerina, Benjamín; Cavia, Beatriz; Fortino, Sabine; Calderón, José Ángel. (Editores) (2013). Crisis y Precariedad Vital. Trabajo, practica sociales y modos de vida en Francia y España. Tirant lo Blanch. Valencia.

Tello Navarro, Felipe Hernán. (2011). Las esferas de reconocimiento en la teoría de Axel Honneth. Revista de sociología. N° 26, 2011, pp. 45-57. <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/articulos/26/2603-Tello.pdf>

Vignolo Ballesteros, Julio C. (2004). Estudio del suicidio en Uruguay. Periodo 1887 – 2000 y Análisis epidemiológico del año 2000.

Werlang, Rosangela. (2013). Pra que mexer nisso? Suicidio e sofrimento social no meio rural. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduacao em Psicologia Social e Institucional. Doutorado em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre.

Zito Lema, Vicente. (2000). Conversaciones con Enrique Pichon-Riviére sobre el arte y la locura. Ediciones Cinco.

## **7. Anexos**

### **Problema de investigación**

La investigación propuesta para la presente maestría en Psicología Social pretende analizar el suicidio consumado en el departamento de Montevideo entre 2002 y 2010. El objetivo general consiste en la comprensión y explicación del suicidio asociándolo a las distintas dimensiones de la Precariedad Vital como expresión de la vulnerabilidad que configuran el trasfondo de “riesgo”.

### **Objetivos Específicos son:**

1. Determinar la presencia de las dimensiones de precariedad en el período analizado, con el fin de verificar cambios y tendencias.
2. Trazar un perfil de los suicidas en Montevideo entre 2002 y 2010 por edad, sexo, arma utilizada, lugar del hecho, etc..
3. Determinar los espacios socioeconómicos del suicidio a través de la residencia de los suicidas, destacando diferencias por edad, sexo, etc., para poder identificar contextos que amplían el riesgo de cometer suicidio.

La investigación pretende contribuir con la comprensión y explicación del suicidio a partir de los suicidios consumados (1800 suicidios aproximadamente) registrados por la Jefatura de Policía de Montevideo en el Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP).

### **Preguntas que buscó responder la tesis**

Debido a que el estudio de los suicidios en Montevideo de este período reciente (2002 – 2010) es todavía una asignatura pendiente, se enumerarán algunas interrogantes básicas que se pretenden contestar con esta investigación.

- 1) ¿Cómo ha sido la evolución de las tasas de suicidios entre 2002-2010?
- 2) ¿Cómo es el comportamiento de las tasas de suicidios asociadas a las diferentes dimensiones de la precariedad vital?
- 3) ¿Qué dimensiones de la precariedad vital son las que más impactan por sexo y edad en las tasas de suicidios?
- 4) ¿Cómo se comporta la tasa de suicidios y como es su estructura por sexo, edad y en los distintos contextos socioeconómicos?

### **Las variables relevadas de las novedades del SGSP fueron:**

1. Nro de registro
2. Año
3. Mes
4. Día
5. Sexo
6. Método
7. Tipo de arma (corta, larga)
8. Tipo arma de fuego
9. Método violento (con derramamiento de sangre, sin derramamiento de sangre)
10. Situación Conyugal
11. Barrio del Hecho
12. Barrio de Residencia
13. Estrato según barrio de residencia
14. Carta suicida
15. Aviso de autoeliminación
16. Intentos anteriores de suicidio
17. Vivía solo
18. Drogas / situación problemática
19. Psiquiátrico
20. Depresión
21. Enfermedad
22. Alcoholismo

### **Dimensión socio – económica.**

- Estrato socioeconómico según barrio de residencia.

La clasificación de los hogares según estrato socioeconómico utiliza una única variable de segmentación que es el *ingreso medio per capita de los hogares*, a nivel de segmento censal, expresado en UR (Unidades Reajustables). Para Montevideo, esta variable está altamente relacionada con la tasa de desempleo (negativamente) según lo expresado por el INE. La clasificación en cuatro grupos tuvo el siguiente criterio:

- 1) Barrios *muy bajos* fueron considerados los que presentaron en el estrato bajo un porcentaje mayor o igual al 75%.

2) Barrios de nivel *alto* fueron considerados los que presentaran en el nivel alto un porcentaje mayor o igual al 75%.

3) Para considerar un barrio de nivel *medio* o de nivel *bajo* se decidió que si la suma de los estratos Bajo y Medio – Bajo es mayor al 50% que la suma de los estratos Medio – Alto y Alto el barrio se clasificara como *bajo*, si fuera mayor al 50% la suma de los estratos Medio – Alto y Alto se lo clasificó como medio.

**Barrios muy bajos:** Casavalle, La Paloma, Tomkinson, Paso de la Arena Manga, Casabo, Pajas Blancas.

**Barrios Bajos:** Punta de Rieles, Bella Italia; Villa García, Manga Rural, Piedras Blancas, Conciliación, Nuevo Paris, Bañados de Carrasco, Manga, Toledo Chico, Peñarol, Lavalleja, Cerro, Las Acacias, Jardines del Hipódromo, Colón Centro Y Noroeste, Itzaingó, Maroñas, Guaraní, Castro, Castellanos, Tres Ombues, Pueblo Victoria, Flor de Maroñas, Villa Española, Lezica, Melilla, Ciudad Vieja, La Teja, Colón Sureste, Abayuba, Villa Muñoz, Retiro.

**Barrios Medios:** Cerrito, Las Canteras, Capurro Y Bella Vista, Belvedere, Aires Puros, Palermo, Parque Rodó, Carrasco Norte, Cordón, Figurita, Unión, Mercado Modelo y Bolívar, Atahualpa, Reducto, Jacinto Vera, La Comercial, Aguada, Brazo Oriental, Prado, Nueva Savona, Sayago, Centro, Barrio Sur, Malvín Norte, Paso de las Duranas, Larrañaga, Buceo, Parque Batlle, Villa Dolores.

**Barrios Altos:** La Blanqueada, Malvín, Tres Cruces, Carrasco, Punta Carretas, Punta Gorda, Pocitos.