

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



**SUICIDIOS CONTEMPORÁNEOS:
VÍNCULOS, DESIGUALDADES Y
TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES.
Ensayos sobre violencia, cultura y sentido**

Gabriel Guajardo Soto
(Editor)

Santiago de Chile, septiembre de 2017

Esta publicación debe citarse como:

Guajardo, G. (Ed.) (2017). *Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Septiembre de 2017

ISBN Libro impreso: 978-956-205-262-7

Descriptorios:

1. Suicidio
2. Estadísticas
3. Violencia
4. Sentido
5. Cultura
6. Pueblos indígenas
7. Cibersuicidio
8. Misiones suicidas
9. Ciencias Sociales
10. Políticas públicas

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile

Este libro es una publicación de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile. Sus contenidos no pueden ser reproducidos o traducidos totalmente o en parte, sin autorización previa de FLACSO-Chile.

Las opiniones versadas en los artículos que se presentan en este trabajo, son de responsabilidad exclusiva de sus autores(as) y no reflejan necesariamente la visión y puntos de vista de FLACSO-Chile ni de las instituciones a las cuales se encuentran vinculados(as).

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
PRESENTACIÓN Ángel Flisfisch Fernández	13
PRÓLOGO Gianna Gatti Orellana	15
INTRODUCCIÓN Gabriel Guajardo Soto	19
PARTE I	25
SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL ANÁLISIS	
CAPÍTULO 1. Caracterización del suicidio en Chile: ¿qué nos dicen nuestras estadísticas? Alberto Larraín Salas y Francisca Lobos Mosqueira	27
CAPÍTULO 2. Una aproximación lingüística del suicidio: orígenes y problemas de uso actual en la lengua española Christian Rivera Viedma	45
CAPÍTULO 3. Suicidio, violencia contra el sí mismo y la pulsión de muerte: Una aproximación crítica Marta Josefa Bello Hiriart	57

PARTE II	79
VÍNCULOS Y RELACIONES	
CAPÍTULO 4.	81
El suicidio más allá de la lógica deficitaria. Un estudio de caso Francisco Ojeda G.	
CAPÍTULO 5.	101
Suicidio: el control de la sociedad y sentido a la vida de los individuos José Lledó Muñoz	
CAPÍTULO 6.	111
Suicidio e infancia: hacia una sociedad que escuche y reconozca al otro Carolina Victoria Parra Chiang	
CAPÍTULO 7.	121
Suicidio adolescente y los vínculos relacionales Soledad Arriagada	
PARTE III	131
DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES	
CAPÍTULO 8.	133
Etiologías del suicidio pehuenche: trauma territorial y fuerzas negativas en Alto Biobío, Chile Claudio González Parra, Jeanne W. Simon y Elda Jara	
CAPÍTULO 9.	153
Papa Ismusqa y la otra vida. Estudio etnográfico sobre el suicidio femenino en el área rural de Cochabamba, Bolivia Yara Morales	
CAPÍTULO 10.	187
Cibersuicidio: un nuevo escenario del suicidio Claudia Baros Agurto	
CAPÍTULO 11.	205
Misiones suicidas: violencia y muerte en los fundamentalismos islámicos y judíos Isaac Caro	

CAPÍTULO 12.	213
Suicidio en población LGBTI, un enfoque forense en el contexto de los derechos humanos en Chile Diana Aparicio Castellanos	
PARTE IV	229
REGLAS, NORMAS Y TRANSFORMACIONES	
CAPÍTULO 13.	231
Dispositivo metodológico crítico y transformador para delimitación del tema de investigación ‘suicidio en la escuela’ Gabriel Guajardo Soto, María Isabel Toledo Jofré, José Lledó Muñoz, Carolina Victoria Parra Chiang	
CAPÍTULO 14.	263
Salud mental como derecho: Los casos de implementación de las leyes de salud mental en Estados Unidos y Chile Alberto Larraín Salas y Teresa Abusleme Lama	
AUTORES Y AUTORAS	297

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AMIA	Asociación Mutual Israelita Argentina
APS	Atención Primaria de Salud
AVAD	Años de vida ajustados por discapacidad
AVD	Años de vida perdidos por discapacidad
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
COMISCA	Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental
DEIS	Departamento de Estadísticas de Información de la Salud
DEIS-MINSAL	Departamento de Estadísticas de Información de la Salud del Ministerio de Salud. Chile
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EUA	Estados Unidos de América
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
FONASA	Fondo Nacional de Salud de Chile
Fundéu BBVA	Fundación del Español Urgente de BBVA
GLTBI	Gays Lesbianas, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales

INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRE	Instituciones de Salud Previsional
LGTB	Lesbianas, Gays, Transgénero y Bisexuales
LGTBI	Lesbianas, Gays, Transgénero, Bisexuales, Intersexuales
LGBTTTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros, Travestis, Transexuales e Intersexuales
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile
MDS	Ministerio de Desarrollo Social, Chile
NTLLE	Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española
PAHO	Pan American Health Organization
PDI	Policía de Investigaciones de Chile
PNPS	Programa Nacional de Prevención del Suicidio, Chile
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OEA	Organización de Estados Americanos
OPS	Organización Panamericana de Salud
OMC	Organización Mundial de Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
ONU	Organización de las Naciones Unidas
RAE	Real Academia Española
RTC	Respuesta a Trauma Colonial
Scielo	Scientific Electronic Library Online
SEREMI	Secretaria Regional Ministerial
SML	Servicio Médico Legal
UN	United Nations
WHO	World Health Organization
WoS	Web of Science

AGRADECIMIENTOS

La Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, agradece a las personas que participaron en el grupo de estudio “Suicidio en la época de los individuos: reflexiones sobre la pluralidad de las violencias” organizado por FLACSO-Chile durante el año 2016.

Nuestro reconocimiento a las autoridades y profesionales que apoyaron la realización de este libro, en especial al Núcleo de Sociología del Cuerpo y las Emociones de la Universidad de Chile; Instituto Chileno de Terapia Familiar; Instituto Médico Legal “Dr. Carlos Ybar”, Servicio Médico Legal del Ministerio de Justicia de Chile; y la Fundación José Ignacio.

Agradecemos a la revista *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad* de la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso de Chile por su autorización para publicar en este libro uno de los artículos.

PRESENTACIÓN

A nombre de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede académica de Chile, tengo el agrado de presentar el libro “Suicidios contemporáneos: vínculos, desigualdades y transformaciones socioculturales. Ensayos sobre violencia, cultura y sentido”.

Esta publicación es producto del trabajo de un grupo de estudio de FLACSO-Chile que contó con el apoyo del Núcleo de Sociología del Cuerpo y las Emociones de la Universidad de Chile; Instituto Chileno de Terapia Familiar; Instituto Médico Legal Dr. Carlos Ybar, Servicio Médico Legal del Ministerio de Justicia; y la Fundación José Ignacio.

El tema del libro es el suicidio en las sociedades contemporáneas desde un horizonte ético que apoya las posibilidades de vida con una perspectiva interdisciplinaria. Los catorce capítulos, organizados en cuatro partes, dan cuenta de los diversos ángulos de observación de un fenómeno que se transforma en problema social y problema público. No obstante, ese carácter de problema social y público del suicidio en los países de América Latina y el Caribe no tiene el mismo desarrollo y continúa el desafío de su conocimiento, visibilidad social y su prevención con el debido rango de una política integral.

Se logra apreciar el pluralismo explicativo y metodológico como un efecto de la lectura del conjunto de textos, que al cambiar de posición de observación, desplaza o tensiona el universalismo de ciertas categorías y las dicotomías como son individuo/sociedad, mente/cuerpo o biología/cultura.

Finalmente, quiero agradecer al equipo del Programa Inclusión Social y Género de FLACSO-Chile, directamente involucrados en la realización de esta publicación, por su esfuerzo por desarrollar una línea de investigación de ciencias sociales en materia de suicidio.

ÁNGEL FLISFISCH FERNÁNDEZ

Director

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile

PRÓLOGO

El suicidio es una muerte inesperada para quienes rodean a las personas que han renunciado a la vida, interrumpiendo la convivencia vital de familias y comunidades, en distintas formas. Cada uno de estos eventos constituye además una pérdida socialmente onerosa para el país. Estas muertes hoy superan a nivel global el número de vidas que se han perdido a causa de conflictos armados y actos delictivos. Sin embargo, y tal como en su momento ocurrió en nuestro país con ciertas epidemias, o con la violencia al interior de los hogares y en la pareja humana, el suicidio se concibe aun como un asunto privado que debe mantenerse en el secreto familiar. Avergüenza y culpabiliza. Y es que desde antaño ha habido una relación conflictiva, temerosa y evitativa respecto a la idea de la muerte, moviéndose entre el dogma, el mito y el prejuicio. Con el suicidio esto se hace aun más evidente.

La presente publicación es especialmente bienvenida por quienes trabajamos en el ámbito de la medicina forense, ya que concuerda con evolución, en el sentido de ir más allá del plano pericial, valorando la contribución de otras áreas y enriqueciendo así el contexto de su desempeño, al considerar la importancia social e histórica del conocimiento resultante. Bienvenida sea la mirada holística, multisectorial e interdisciplinaria, de colaboración entre el sector público y la sociedad civil, representada en este importante trabajo de edición, por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile.

Aquí encontramos estadísticas, análisis de determinantes sociales, como el estatus socioeconómico, nivel de escolaridad, género, edad, etnicidad y área geográfica de residencia; pero también factores de riesgo como el uso de sustancias, el estigma y exclusión con relación a las enfermedades mentales, enfermedades crónicas, desajustes familiares tratados de forma no adecuada, la condición de migrante, la pertenencia a grupos

LGBTI, exposición a plataformas de internet que promueven el suicidio, o la ausencia de estrategias para la prevención del suicidio.

El contexto global y local aquí señalado nos muestra importantes realidades, como el consenso que existe en la región, en torno a la todavía limitada respuesta nacional con respecto al suicidio, y que el funcionamiento de los sistemas de vigilancia necesita ser reforzado. Según la Organización Panamericana de la Salud, OPS, Chile ha mejorado sus registros en materia de suicidio consumado desde el año 2000, siendo mucho más confiables que el promedio de América, faltando incorporar en ellos el intento suicida.

Se ha dicho que lo que no se nombra no existe. Podríamos entonces aventurar que la sociedad se ha mantenido soslayando la ocurrencia del suicidio negándose a nombrarlo, ya que la primera aparición de la palabra inglesa *suicide*, se identifica recién a mediados del siglo XVII, mientras el debut del término en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo encontramos dos siglos más tarde.

El estigma adherido a la acción suicida comienza por aspectos ligados al léxico, elemento determinante en el desarrollo de las culturas. Al trasladarse del idioma inglés la idea de “cometer” suicidio, se da a entender que es un acto reprobable. Apenas un par de generaciones atrás, el suicidio era considerado un delito en las legislaciones de algunos países como Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá.

Hasta hace poco –y quizás aun en nuestros días– el suicidio se asociaba a cobardía, locura vergonzante, egoísmo y pecado. Los casos se ocultaban y se borraban de las historias familiares, como se hacía con los enfermos de lepra y portadores de virus de transmisión sexual, habiéndose satanizado de paso, la sexualidad, originando los conflictos de índole moral que han rodeado a todas estas situaciones de salud física o mental. Muchos de los padres de la filosofía occidental dirigieron sus críticas y anatemas hacia el suicidio –Sócrates, Platón, San Agustín, Santo Tomás, Schopenhauer y otros–, mientras algunos otros, como David Hume en el siglo XVIII, o Federico Nietzsche en el siglo XIX, trataron de defender la libertad del acto suicida, librándolo de supersticiones y dogmas imprecisos.

Emilio Durkheim, antropólogo francés cuya vida transcurrió entre los siglos XIX y XX, fue pionero de la moderna sociología, y precursor de la reputación del suicidio como una cuestión social, desvinculándolo

de aristas morales, éticas, o incluso psicológicas; hoy podemos decir, no sólo psicológicas, aumentando al mismo tiempo la relevancia de los entornos sociales. Durkheim es un importante referente de varios de los textos aunados en esta edición.

En cuanto al impacto de las condiciones ambientales y sociales, hay quienes señalan la necesidad de observar cómo las leyes del mercado pueden llegar a degradar a los individuos hasta llevarlos al rol principal de consumidor, sobre todo en los sectores que viven en la exclusión, con significativo deterioro de los lazos sociales protectores y un empobrecimiento acelerado de la comunicación familiar y social, todo lo cual lleva a que cualquier proyecto de vida aparezca como vacío de todo sentido. Es este vacío, como veremos avanzando en la lectura, lo que lleva de la mano al suicida a materializar su acto final.

La mayor ideación suicida adolescente perfilada en algunos estudios presentados en estas páginas, se ha basado en una “escasa expresión de afectividad y de aceptación parental, falta de amabilidad en las relaciones familiares y ausencia de monitoreo paterno”.

Quizás asombre descubrir que en general, en las personas en situación de calle concurren todos los factores de riesgo de suicidio, no obstante no lo realizan. Y es que llegan a su nuevo grupo a poner en práctica los hábitos relacionales heredados de sus familias de origen, aunque hayan sido experiencias fallidas. Por otra parte, el mandato social en cuanto al cumplimiento de estereotipos de género, una heteronormatividad con poder hegemónico en la construcción de la “manera de ser”, como también la falta de intervención que aun existe en los espacios de pertenencia, por ejemplo para combatir y prevenir el *bullying*, todo ello, hace extraviar el sentido de la vida, y lleva a sentirse en una sociedad que no acoge y que obliga a competir “contra” otros, violando el sentido gregario del ser humano.

Como se exponen en uno de los trabajos que dan forma a este libro, las comunidades indígenas de distintos países se ven altamente afectadas en su moral, por políticas e intervenciones públicas que no reconocen la importancia que para ellas tiene su espiritualidad, y el no reconocimiento de la violencia que acompaña a su historia.

También aquí, se da cuenta de la concentración de múltiples suicidios en un corto tiempo, la que tiene lugar con mayor frecuencia en comunidades indígenas. Es de particular importancia el texto sobre

jóvenes pehuenches del Alto Biobío, la dificultad que tienen para encontrar un equilibrio en su vida entre dos culturas; de igual manera se muestra como afecta a las mujeres de estas comunidades, la falta de reconocimiento por parte de sus esposos del trabajo que ellas realizan en su ausencia, junto con el excesivo dominio masculino del hogar compartido. Todo esto lleva a reconocer la necesidad de abordar el estudio desde un enfoque histórico, sociocultural y de derechos.

El suicidio siempre enluta a la sociedad y nos cubre de culpa como personas, como instituciones de Estado y como país. Una culpa que puede seguir pegada a nuestra piel si no llegamos a entenderlo. En nuestro país, la política pública de salud se ha hecho cargo creando un programa nacional de prevención, en consonancia con las lamentables cifras que arrojan las estadísticas, exhibidas en estas páginas, especialmente entre la población adolescente, más la adulta joven y mediana, determinando metas junto a las correspondientes estrategias, entre las cuales se incluyen aquellas de la comunicación social y tareas intersectoriales en general, ya que como dijimos, la ocurrencia del suicidio excede el campo sanitario.

La respuesta rápida está justificada entre otras cosas, en que como nación sobrepasamos el promedio de suicidios de los países miembros de la OCDE. Podemos decir sin mucho riesgo de equivocarnos, que no es en absoluto deseable ser austeros en el gasto público de salud mental –como en esta publicación ha sido planteado– si queremos entrar debidamente y con probabilidades de éxito, en las complejidades de la acción suicida... aunque por razones metodológicas se hayan sistematizado y determinado causas y ámbitos acotados.

La perspectiva de los derechos humanos es por cierto imprescindible en el abordaje de suicidios de impronta social, como el *bullying* escolar o callejero, que arrincona a jóvenes, niñas y niños no heterosexuales, o de ascendencia indígena, a lo que se agrega el aprendido rechazo a ciertos fenotipos u otros detonantes de la discriminación y asedio. Ciertamente, esperamos que las cifras, reflexiones y hallazgos presentes en estos trabajos, sirvan de base a futuras y prontas investigaciones y nuevos estudios, como también de nutrientes para nuevas políticas de Estado.

GIANNA GATTI ORELLANA

Secretaria Ejecutiva del Instituto Dr. Carlos Ybar del Servicio Médico Legal

INTRODUCCIÓN

El tema central de este libro es el suicidio en las sociedades contemporáneas desde un análisis social y cultural. Este análisis comparte el horizonte ético que apoya las posibilidades de vida, sean estas de continuidad o discontinuidad con el orden sociocultural, con una apertura al conocimiento y la reflexión transformadora sobre aquello que ancla, precipitadamente, a la muerte. Desde una metáfora visual, se trataría de un acto de sostener la mirada y ampliarla en ciertos espacios, generalmente rehuidos. Estos propósitos de apertura reflexiva y preocupación por el suicidio se concretaron a través de las contribuciones de autores y autoras, con sus propios estilos de escritura, como su lectura develará.

El libro se inicia con una descripción y análisis de la situación actual desde el campo de la epidemiología a un nivel nacional. La autoría del capítulo es de Alberto Larraín Salas y Francisca Lobos Mosqueira. En la región, al igual que en otros continentes, el estigma de los desórdenes mentales plantea inequidades y brechas en salud, especialmente en los grupos sociales y personas en situaciones de vulnerabilidad. Entre los procesos, que se mencionan, se encuentran las migraciones y con estatus de refugiados, afrodescendientes en sociedades con racismo, pueblos indígenas excluidos históricamente y las personas que se identifican o se les atribuyen categorías como gay, lesbianas, bisexuales, transgénero, intersexuales o *queer* (LGBTIQ). A pesar del conocimiento público de estos problemas existe una limitada respuesta nacional y la necesidad de información de mejor calidad. En el caso de Chile, el intento de suicidio no cuenta con cifras oficiales, al no existir una obligación de notificar legalmente este evento.

Chile junto con Korea del Sur son los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) donde se registra un

acelerado aumento de la tasa de suicidio, en población general, según estadísticas de salud del año 2011. En el caso de Chile, la mayor carga de enfermedad y el principal número de licencias médicas se vincula a las enfermedades mentales. Sin embargo, el capítulo sobre caracterización del suicidio en Chile, se plantea la necesidad analizar y evaluar periodos mayores de tiempo de las tasas de suicidio, pues desde el año 2009 se produce su descenso en población general y población adolescente, para estabilizarse a partir del año 2012 y 2013.

En esta primera parte, se exponen dos perspectivas de análisis, una lingüística a cargo de Christian Rivera Viedma y otra, psicoanalítica desarrollada por Marta Josefa Bello Hiriart. En ambas el lenguaje no es un instrumento o herramienta frente a una realidad, como podría pensarse al hablar o escribir sobre suicidio como un objeto no construido y que se refiere directamente a una realidad externa per se. Hay una opacidad al reconocer que nos encontramos ante el suicidio y que nos aleja con el uso no histórico ni cultural del concepto. Un ejemplo, es el uso en español de la traducción literal de la expresión inglesa *to commit suicide*, que con su carga peyorativa, da origen a un “falso amigo” en la búsqueda de un lenguaje común en el sistema científico. El papel circunloquios verbales o del rodeo para indicar la acción material correspondiente al suicidio, justamente nos muestra que los grupos y personas, en el plano del uso de los conceptos y sus términos, no necesariamente se ajustan a las expectativas técnicas, científicas o políticas. Este desfase entre la producción científica y su recepción por los actores sociales, es un área para ser explorada.

Desde el punto de vista forense el suicidio corresponde a una muerte violenta. Esa premisa podría llevar a pensar que es violento en todos los planos de observación. Suicidio y violencia en esta aproximación sería un binomio, donde ambos términos formarían una unidad y se equilibrarían. El capítulo, que se basa en una aproximación psicoanalítica, plantea esta relación es posible reconocerla en las posiciones freudianas clásicas y que hasta los fines del siglo XX el suicidio fue pensado por el psicoanálisis, y por intelectuales influidos por éste, como una violencia contra el sí mismo, con la adición de la agresión como derivado de la pulsión de muerte. Sin embargo, se propone que el suicidio merece una consideración específica y no sea tratado simplemente como un síntoma, de este modo, no es posible ligar cualquier suicidio a una patología o condición como es la depresión. Esta línea argumentativa pone en tensión, para efectos de una clínica posible del suicidio, la generalización de tipo estadístico, los mandatos generalizadores de pulsión de muerte

y la agresividad innata. En cambio, la autora del capítulo siguiendo a Bion y Bollas, afirma que es prioritario poner atención a las trazas de las sensaciones, afectos y vivencias tempranas como lo verdaderamente nuclear de lo inconsciente, y por tanto, la tela de fondo donde se inscribirán las ulteriores represiones, las que funcionarán como motivos determinantes de elecciones y acciones.

La segunda parte se titula “vínculos y relaciones”. Esta parte agrupa los trabajos de Francisco Ojeda G., José Lledó Muñoz, Carolina Victoria Parra Chiang y Soledad Arriagada. Se analiza el problema del sentido, el sin sentido y el exceso de sentido que se construyen individual y colectivamente en el suicidio. Estos procesos, no necesariamente coherentes, singularizan la muerte propia, es decir, acabar con la vida. Los sistemas familiares condensan la producción de sentido acerca de la vida o lo drenan cuando ya no hay nada que enraíce la vida o se visualizan como productoras de sentido, sin sentido o de su exceso en algunos casos.

La tercera parte se titula “diferencias y desigualdades” en relación con el suicidio, donde escribieron Claudio González Parra, Jeanne W. Simon, Elda Jara, Yara Morales, Claudia Baros Agurto, Isaac Caro y Diana Aparicio Castellanos. Este conjunto de trabajos plantean las tensiones en los campos de la cultura y economía, la tecnología y las nuevas generaciones de jóvenes, las religiones y el terrorismo, las identidades de género y la diversidad de orientación sexual. Este repertorio de temas y ángulos propone que el análisis social y cultural del suicidio es un modo de observación, cuya productividad en distinciones se agrega a la epidemiología, psicología, psiquiatría y las ciencias forenses. La enumeración no es ingenua al pretender una unión en todos los planos, en una suerte de sumatoria de capas geológicas sin debate o sin constatar los efectos de verdad de los campos de conocimiento, y por consiguiente, de poder. Se trata de pluralizar los ángulos de análisis y explorar sus enlaces en la construcción de objeto.

La sección se inicia con dos capítulos sobre el suicidio en pueblos indígenas en áreas rurales de Chile y Bolivia en América del Sur. En el caso de Alto Biobío en Chile, la instalación de dos represas hidroeléctrica, generó un trauma territorial adicional a los procesos históricos de colonización, asimilación forzada y discriminación, resultando en transformaciones culturales, división y debilitamiento de autoridades tradicionales. En el período entre los años 2006 y 2010 hubo una ola de suicidios de hombres jóvenes pehuenches que emplearon la técnica del ahorcamiento. Estos

acontecimientos son materia de un análisis etiológico y con un enfoque comunitario que tiene presente la investigación desde el territorio y de la cosmovisión pehuenche sobre salud. Los autores señalan que la literatura revisada permite resaltar el trauma histórico que ha sufrido el territorio de Alto Biobío, en particular como una causa explicativa tanto de la desesperanza como del debilitamiento de la comunidad. Por el otro lado, se encuentran las explicaciones que vienen desde la cosmovisión pehuenche, donde la enfermedad es producida por las fuerzas malas y que solamente pueda ser tratada por la *machi*.

En el caso del suicidio de Pocona, Cochabamba en Bolivia, se inicia con el antecedente de que 56 mujeres que decidieron suicidarse con un pesticida utilizado en la agricultura. Esto hechos ocurrieron en la década de los años ochenta del siglo XX. Luego de una investigación etnográfica se propone que el obstáculo de vida que habría decantado el intento de suicidio en las mujeres responde a dos eventos. El primero expone la frustración de la mujer ante el no reconocimiento de los hombres del trabajo realizado por ellas durante los periodos de su ausencia. El segundo, se articula con la deshonra pública que califica a la mujer como infiel y, en consecuencia, deja a ésta desacreditada moralmente frente a su comunidad al haber sido tachada como mala esposa. La autora señala que los vejámenes públicos son un factor desencadenante del suicidio.

En la sociedad contemporánea y global la emergencia de la comunicación digital, internet, las redes sociales y su convergencia tecnológica, plantean una novedad para la comunicación humana, todavía en plena evolución. En este panorama es posible identificar un fenómeno igualmente nuevo: el ciber-suicidio. Este término compuesto indica la influencia de la información sobre suicidio aparecida en el medio virtual en la incidencia de los suicidios en las personas usuarias. En el capítulo abocado a este tema, se enfatiza la descripción y propuesta de prevención centralmente desde una dimensión social-comunicativa. Se propone actuar en el propio medio de internet y fuera de él, desde el derecho en cuanto su necesaria regulación.

En el capítulo sobre las misiones suicidas en los fundamentalismos islámicos y judíos se constata que, en la actualidad continúa una ola de violencia y muerte, donde el componente religioso, impregnado de fanatismo y odio, jugaría un rol importante. El autor concluye que la muerte es un tema que está presente en todas las religiones y cosmovisiones del mundo. Sin embargo, los fundamentalismos islámicos y judíos se indica que no siguen sus tradiciones centrales, donde la vida

y la muerte deben ser respetadas. Para el judaísmo, según esta línea de análisis, el suicidio adquiriría un rol importante, puesto que los ritos que normalmente se realizan para honrar la memoria de una persona fallecida se omiten en el caso de un suicida, ya que quien, consciente de su acción se priva de la vida, no es merecedor de ningún ritual. En el islam, nacimiento y muerte se consideran dos etapas vinculantes, que son parte de un tránsito, donde la salvación corresponderá a la actitud justa y correcta de cada persona. El Corán deja en claro que la vida humana es sagrada.

Esta tercera parte del libro se cierra con el suicidio en la población LGBTIQ. Este acrónimo es englobante de una heterogeneidad de identidades y subjetividades que se han hecho visibles para los diferentes campos sociales. Uno de estos campos se produce en la intersección entre las ciencias forenses y el campo jurídico. Hoy es posible registrar que la agenda pública, nacional o internacional, incluye el reconocimiento de las graves violaciones a los derechos humanos que ha experimentado este colectivo y la legislación tendiente a garantizar sus derechos. En este contexto, las ciencias forenses se enfrentan en el fenómeno del suicidio la integración de estos cambios sociales y culturales en su labor pericial y en la producción científico-técnica para una mejor administración de justicia.

La cuarta parte y final la hemos titulado “reglas, normas y transformaciones” y estuvo a cargo de Gabriel Guajardo Soto, María Isabel Toledo Jofré, José Lledó Muñoz, Carolina Victoria Parra Chiang, Alberto Larraín Salas y Teresa Abusleme Lama. Los dos capítulos de esta sección se refieren a la construcción de problemas, uno en el campo de la investigación educacional y el otro, en las políticas públicas. La presencia del suicidio y de la salud mental como un derecho requiere un trabajo en los modos habituales de tematizar la realidad y las metodologías que las acompañan. Ambos capítulos están basados en investigaciones documentales detalladas y proporcionan claves para el cuestionamiento de los hábitos asentados para pensar y actuar.

El capítulo sobre el tema del suicidio en la escuela se origina en el trabajo de campo, donde el suicidio es señalado espontáneamente por los actores escolares como una de tantas violencias que vivencian miembros de la comunidad escolar. Sin embargo, se trata de una proposición contra-intuitiva para la teoría educativa y los estudios de violencia escolar. La escuela está ligada a la vida y no a la muerte. Para delimitarlo, se propone un dispositivo metodológico de carácter

documental en las bases de datos bibliográficos de acceso libre. Estas bases fueron *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *SciELO-Chile* y *Web of Science (WoS)*, las tres ampliamente utilizadas en el ámbito de ciencias sociales y humanas. Tras su aplicación, se constata que: si la búsqueda de información se hubiera detenido en las palabras claves (suicidio/escuela), se establece que se trata de un tema escasamente investigado. Si se focaliza en el concepto interfaz (*bullying*, que vincula suicidio/escuela), el tema se reduce al suicidio por acoso escolar. Si las palabras claves se suman al interfaz, el tema es delimitado de manera alterna. Si no se desnaturaliza el tópico de investigación, este se construye de acuerdo a lógicas de clasificación del conocimiento hegemónico.

En el capítulo titulado “Salud mental como derecho: Los casos de implementación de las leyes de salud mental en Estado Unidos y Chile”, los autores concluyen que en el caso de Estados Unidos el diseño y la implementación de una legislación de paridad logró su concreción por la interacción de actores de un amplio espectro político, con testimonios biográficos relevantes y con una sensibilización continua en la materia, que hizo posible su posicionamiento en la agenda pública. A diferencia de lo ocurrido en Chile, donde la temática aparece intermitentemente, los proyectos de ley han sido patrocinados solo por un segmento del espectro político, y no han existido testimonios dentro de las vocerías de poder.

Los catorce capítulos, que fueron organizados en cuatro partes, son autónomos para su comprensión. No obstante, hay un efecto de la lectura secuencial inspirada en la idea de la observación de segundo orden, donde “los puntos ciegos” se logran hacer visibles al cambiar de posición.

GABRIEL GUAJARDO SOTO

PARTE I.

SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL ANÁLISIS

CAPÍTULO 1.

CARACTERIZACIÓN DEL SUICIDIO EN CHILE: ¿QUÉ NOS DICEN NUESTRAS ESTADÍSTICAS?

Alberto Larraín Salas y Francisca Lobos Mosqueira

El suicidio como un problema de salud pública

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “el acto deliberado de quitarse la vida”, y señala que “es un acto de violencia, la cual genera para los individuos, las familias, las comunidades y los países, graves consecuencias, tanto a corto como a largo plazo, provocando efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud” (2010, pp. 74-75).

Tal es la cantidad de personas que se suicidan al año, que el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública en todo el mundo, siendo la cifra de muertos por esta causa superior a la suma de muertos por homicidios y guerras. Casi un millón de personas mueren al año por esta causa y alrededor de 250 mil corresponden a menores de 25 años, siendo la segunda causa de muerte en el grupo de 10 a 24 años (OMS, 2012). Asimismo, sabemos que por cada suicidio consumado, 7 a 25 personas lo intentan, y en el caso de los adolescentes, se ha descrito que por cada suicidio consumado pudiera haber entre 80 a 100 intentos (OMS, 2014). En respuesta a la alta carga de mortalidad por esta causa, la Organización Mundial de la Salud ha instado a muchos países a iniciar políticas de prevención del suicidio (Hawton & Van Heeringen, 2009; OMS, 2014).

Los factores de riesgo asociados al suicidio tienden a interactuar, combinarse y potenciarse, aumentando conjuntamente la vulnerabilidad de una persona al comportamiento suicida (OMS, 2014; Hawton & Van Heeringen, 2009; Maris, 2002). La OMS clasifica los factores de riesgo del suicidio en las siguientes dimensiones: individual, relaciones humanas, comunidad, sociedad y sistema de salud (Cuadro N°1).

Cuadro N°1
Factores de riesgo del suicidio advertidos por la OMS

Individual	Intento de suicidio previo
	Trastornos mentales
	Uso abusivo de alcohol u otras sustancias
	Pérdida financiera o de trabajo
	Desesperanza
	Dolor crónico y enfermedad
	Historia familiar de suicidio
	Factores genéticos y biológicos
Relaciones Humanas	Sentimiento de soledad y falta de apoyo social
	Relaciones conflictivas, rupturas o pérdida
Comunidad	Desastres, guerra y conflictos
	Aculturación y cambio
	Discriminación
	Trauma de abuso
Sociedad	Acceso a armas
	Inapropiada comunicación de los medios
	Estigma asociada con buscar ayuda
Sistema de salud	Barreras para acceder a atención de salud

Fuente: Elaboración propia en base a cuadro resumen utilizado en informe “Preventing suicide. A global imperative” (OMS, 2014).

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud (MINSAL), la tasa de suicidio en población general en Chile aumentó el doble entre 1990 y 2011, desde 5,6 a 11,8, lo que quiere decir que si en 1990, 5,6 personas se suicidaban por cada 100.000 habitantes, el 2011 lo hicieron 11,8 personas por cada 100.000 habitantes. El 2011 las tasas más elevadas de suicidio se presentaron en el grupo de 50 a 59 años (16,6) y de 20 a 29 años (16,0). No obstante, aunque el grupo adolescente es el que tiene la tasa de suicidio más baja (6,0), es precisamente este grupo el que sufrió la variación más importante en la tasa de mortalidad por suicidio en el periodo analizado, donde se pasó de una tasa de 2,7 en 1990 a 6,0 en 2011, representando un incremento de 123,5%. El *peak* de las tasas de suicidio en población general y población adolescente se produjo el año 2008, descendiendo ambas tasas los años siguientes.

En este contexto, el Ministerio de Salud en sus objetivos sanitarios para la década 2011-2020 ha considerado incluir estrategias que permitan “disminuir en un 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años” (MINSAL, 2011). Asimismo, el año 2013 se

inicia el Programa Nacional de Prevención del Suicidio, el cual tiene el propósito de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en ambos sexos a través de la instalación en las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) de Salud de seis componentes que han mostrado una mayor efectividad para la prevención del suicidio:

- 1) Un sistema de información y vigilancia.
- 2) Planes regionales intersectoriales de prevención.
- 3) Capacitación del personal de salud.
- 4) Intervenciones preventivas en los colegios.
- 5) Sistemas de ayuda en situaciones de crisis.
- 6) Trabajo con los medios de comunicación.

Evolución del suicidio en los últimos 35 años

Las estimaciones epidemiológicas de suicidio en Chile se basan en registros oficiales, donde los datos reportados hacen referencia a suicidios consumados. En la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), el suicidio aparece dentro de las causas externas de morbilidad y mortalidad como lesiones auto infligidas intencionalmente. Lamentablemente, en Chile no se dispone de cifras oficiales sobre los casos de intento de suicidio ya que no existe una obligación de notificar legalmente ese evento.

De acuerdo a Duarte (2007), el año 2000 se mejoraron en Chile los procesos a partir de los que se codificaban las causas de muerte. Se introdujeron cambios en los sistemas de validación de la información, que permitieron superar, al menos parcialmente, los problemas de sub-notificación de los casos de suicidio que existía en años anteriores. Por ejemplo, se comenzaron a utilizar otras fuentes que contienen información más precisa sobre las causas de muerte en el caso de los suicidios, como los registros de autopsias médico legales.

Actualmente, todas las muertes por traumatismos y envenenamientos ocurridas en establecimientos de salud o en otro lugar, independientemente del lapso transcurrido entre el evento traumático o tóxico y el deceso, deben ser denunciadas a la Fiscalía del Ministerio Público que corresponda al territorio jurisdiccional donde se encuentre el establecimiento o el lugar donde fue proporcionada la atención. En los casos de muertes de origen traumático o tóxico, una vez hecha la denuncia, el cuerpo debe ser remitido al Servicio Médico Legal, o al lugar donde se ejecute la autopsia médico legal, en las localidades carentes de establecimientos de ese Servicio.

En esta sección se muestra la evolución de la tasa observada de mortalidad por suicidio en población general y población adolescente en el periodo 1980-2014, la que es una serie de datos inédita, ya que no se había publicado con anterioridad¹. La publicación de estas series de datos pueden ser insumos para futuras investigaciones que busquen explicar las variaciones en las tasas de suicidio en Chile en el periodo reciente, algo que no intenta hacer este artículo.

En el Gráfico N°1 se aprecia cómo la tasa de suicidio en población general se mantiene bastante estable en la década de los 80', con una leve tendencia al alza. Si se consideran ambos sexos, la tasa de suicidio en población general fluctúa desde 4,6 a 5,6 en el periodo 1980-1990. Ya en la década de los 90', la tasa de suicidio en población general sigue un crecimiento moderado hasta 1999, año que se registran 6,8 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes. Como se observa, el año 2000 se produce un aumento repentino de la tasa de suicidio, la que alcanza la cifra de 9,6. Esta alza abrupta en la tasa de suicidio entre un año y otro coincide con el cambio en los protocolos para registrar las causas de muertes descritas por Duarte (2007). Desde el año 2000 se observa una tendencia al alza que llega a su *peak* el año 2008 (12,9 suicidios por cada 100 mil habitantes), existiendo en los años posteriores un descenso de las tasas de suicidio en población general. A partir del año 2013, las tasas de suicidio se estabilizan en torno a las 10 muertes por suicidio por cada 100 mil habitantes.

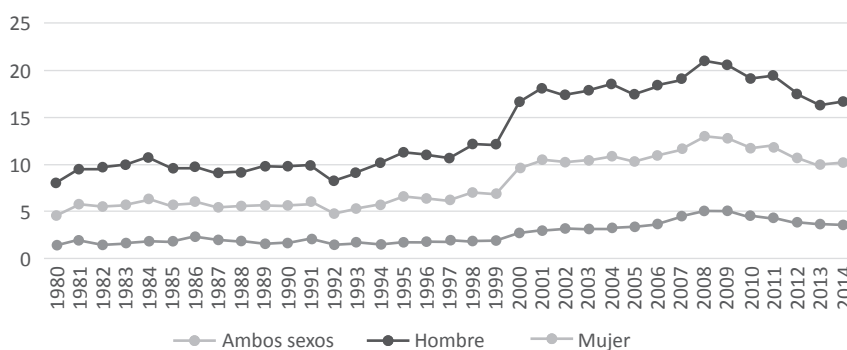
En la población adolescente se observan tendencias similares a las observadas en la población adulta durante el periodo analizado. En la década de los 80' y los 90' la tasa de mortalidad por suicidio observada se mantiene relativamente estable y cercana a las 3 muertes por cada 100.000 adolescentes. Nuevamente, entre el año 1999 y el año 2000 se constata una repentina alza en la tasa de suicidio adolescente, desde 2,4 a 4,6 muertes por cada 100.000 habitantes, coincidente con los cambios de protocolos en cuanto al registro de defunciones. A su vez, durante casi toda la década del 2000 se observa una tendencia al alza en la tasa de

¹ Entre 1980 y 1989, se recurrió a los Anuarios de Demografía publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en donde se pudo obtener, por un lado, el número de defunciones anuales por lesiones auto inflingidas intencionalmente, y por otro, las estimaciones anuales de población, lo que permitió calcular las tasas de suicidio en las poblaciones analizadas. Luego, entre los años 1990 y 2014 se acudió, en primer lugar, a cifras del Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL) para conocer el número de defunciones anuales por suicidio, y en segundo lugar, a estimaciones de población del INE, con lo cual se pudieron calcular las tasas de suicidio en población general y población adolescente.

suicidio adolescente, la cual –al igual que la tasa de suicidio en población general– llega a su *peak* el año 2008 (7,7). En los años siguientes se constata una disminución en la tasa analizada. Sin embargo, a partir del año 2012, la tasa de suicidio adolescente se estabiliza en cifras cercanas a las 5 muertes por cada 100.000 habitantes (Ver Gráfico N°2).

En ambos gráficos se observa que las tasas de suicidio son mayores en hombres que en mujeres, lo que es concordante con la literatura sobre suicidio y con otros registros de suicidio. De hecho, en los países adscritos a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), en promedio, la tasa de mortalidad por suicidio en población general es cuatro veces mayor para los hombres que para las mujeres (OECD, 2013).

Gráfico N°1
Tasa observada de mortalidad por suicidio en población general, 1980-2014

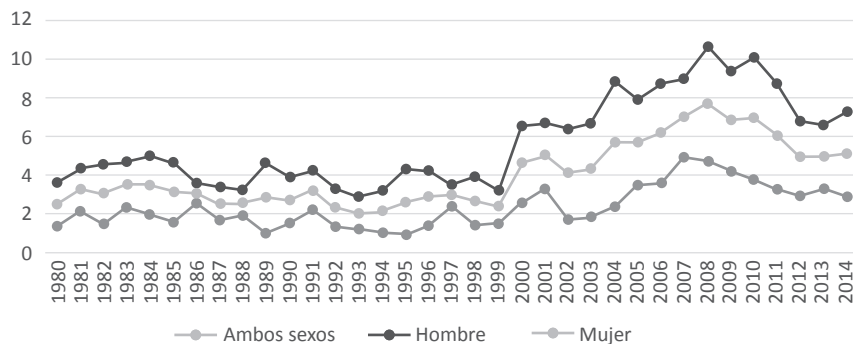


Año	Tasa ambos sexos	Año	Tasa ambos sexos	Año	Tasa ambos sexos	Año	Tasa ambos sexos	Año	Tasa ambos sexos
1980	4,6	1987	5,4	1994	5,7	2001	10,4	2008	12,9
1981	5,7	1988	5,5	1995	6,5	2002	10,2	2009	12,7
1982	5,5	1989	5,6	1996	6,3	2003	10,4	2010	11,7
1983	5,7	1990	5,6	1997	6,2	2004	10,8	2011	11,8
1984	6,2	1991	5,9	1998	6,9	2005	10,3	2012	10,6
1985	5,7	1992	4,8	1999	6,8	2006	10,9	2013	9,9
1986	5,9	1993	5,3	2000	9,6	2007	11,6	2014	10,0

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Anuarios de Demografías publicados anualmente por el INE en el periodo 1980-1989, cifras del DEIS-MINSAL del periodo 1990-2014 y estimaciones de población realizadas por el INE para el periodo 1990-2014².

² La población estimada entre los años 1990 y 2001 corresponde a proyecciones realizadas por el INE con datos demográficos hasta el 2002. La población estimada entre los años 2002 y 2012 corresponde a proyecciones del INE en base al Censo 2002. La población estimada para los años 2013 y 2014 proviene de las proyecciones del INE elaboradas el año 2014, basada en nacimientos, defunciones y migraciones.

Gráfico N°2
Tasa observada de mortalidad por suicidio en población adolescente, 1980-2014



Año	Tasa ambos sexos	Año	Tasa ambos sexos	Año	Tasa ambos sexos	Año	Tasa ambos sexos	Año	Tasa ambos sexos
1980	2,5	1987	2,5	1994	2,1	2001	5,0	2008	7,7
1981	3,3	1988	2,6	1995	2,6	2002	4,1	2009	6,9
1982	3,0	1989	2,8	1996	2,9	2003	4,3	2010	7,0
1983	3,5	1990	2,7	1997	3	2004	5,7	2011	6,0
1984	3,5	1991	3,2	1998	2,7	2005	5,7	2012	4,9
1985	3,1	1992	2,3	1999	2,4	2006	6,2	2013	5,0
1986	3,1	1993	2,0	2000	4,6	2007	7,0	2014	5,1

Fuente: Elaboración propia en base a información de los Anuarios de Demografías publicados anualmente por el INE en el periodo 1980-1989, cifras del DEIS-MINSAL del periodo 1990-2014 y estimaciones de población realizadas por el INE para el periodo 1990-2014³.

Caracterización de los suicidios cometidos en periodo 2001-2014

Para efectos de caracterizar los suicidios ocurridos en Chile, se utilizaron las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL del periodo 2001-2014. Se escogió este periodo ya que el año 2000 se mejoraron los registros de los casos de fallecimiento, por lo tanto desde 2001, existe cierta certeza de que todos los fallecimientos registrados como suicidios a partir de ese año fueron sometidos a un protocolo más exigente en la determinación de la causa de muerte. Estas bases de datos contienen

³ La población estimada entre los años 1990 y 2001 corresponde a proyecciones realizadas por el INE con datos demográficos hasta el 2002. La población estimada entre los años 2002 y 2012 corresponde a proyecciones del INE en base al Censo 2002. La población estimada para los años 2013 y 2014 proviene de las proyecciones del INE elaboradas el año 2014, basada en nacimientos, defunciones y migraciones.

información anual sobre todas las personas fallecidas por suicidio en el periodo 2001-2014 y son de corte transversal.

En el periodo de tiempo analizado se suicidaron en Chile 25.724 personas, de las cuales 21.225 eran hombres y 4.499 mujeres. De esta manera, los suicidios cometidos por hombres representan el 82,5% del total de suicidios registrados en el periodo, mientras que los cometidos por mujeres sólo representan el 17,5% (Cuadro N°2).

En relación a la edad, el 60,9% del total de suicidios corresponde a personas entre 20 y 49 años. Con respecto al área geográfica donde habitaban las personas que fallecieron por suicidio, se constata que del total de personas fallecidas por esa causa en el periodo analizado, el 81,1% vivía en zonas urbanas y el 18,9% vivía en zonas rurales. Si bien la proporción de suicidios cometidos es mucho mayor en zonas urbanas que rurales, el peso que tienen las zonas rurales en el país es de sólo el 13,2%, lo que indica que comparativamente, se producen más suicidios en el mundo rural (Cuadro N°2).

Cuadro N°2
Distribución de los casos de suicidio según sexo, tramos de edad y zona, y peso promedio de los distintos grupos en la población durante el periodo 2001-2014

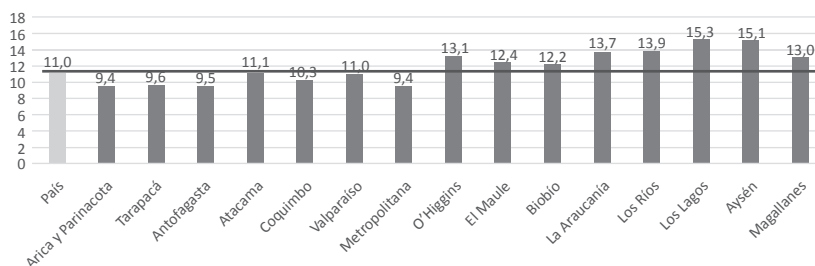
	Casos de suicidio	Peso de la población
Sexo	%	%
Hombre	82,5	49,5
Mujer	17,5	50,5
Edad	%	%
10-19	8,8	16,8
20-29	22,0	16,1
30-39	19,7	15,0
40-49	19,2	14,2
50-59	14,3	10,5
60-69	8,3	6,7
70-79	5,2	3,9
80 o más	2,5	1,7
Zona	%	%
Urbana	81,1	86,8
Rural	18,9	13,2

Fuente: Elaboración propia en base a la información contenida en las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL y estimaciones de población realizadas por el INE.

Con respecto al nivel de educación de las personas que se suicidaron en Chile en el periodo analizado, 3,6% no tenía educación, 41,5% tenía educación primaria, 45,7% tenía educación secundaria, y el 9,3% tenía educación superior. En cuanto a la actividad económica de estas personas, se constata que la mayoría de ellas estaba ocupada (59,7%), aunque un grupo importante era inactiva (32,8%) y un grupo más reducido se encontraba cesante (7,5%).

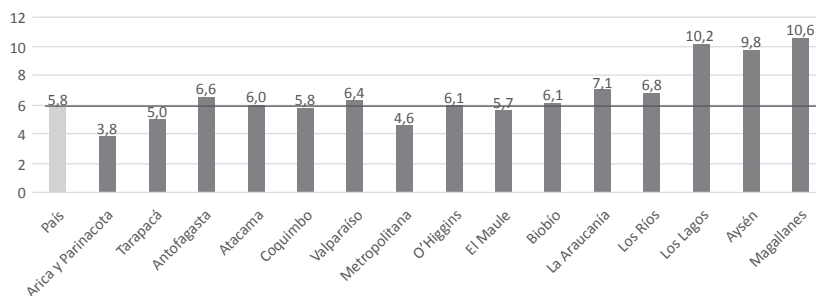
En el Gráfico N°3 y N°4 se presenta el promedio regional de las tasas de suicidio en población general y población adolescente para el periodo 2001-2014. Las regiones están ordenadas de izquierda a derecha, de menor a mayor latitud, o lo que es lo mismo, de norte a sur. Tal como se puede observar, existe una cierta tendencia a encontrar mayores tasas de suicidio –en población general y población adolescente– en las regiones del sur del país en comparación con las regiones del norte.

Gráfico N°3
Promedio tasas observadas de suicidio en población general en regiones, periodo 2001-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL, 2001-2014 y estimaciones de población realizadas por el INE.

Gráfico N°4
Promedio tasas observadas de suicidio en población adolescente en regiones, periodo 2001-2014



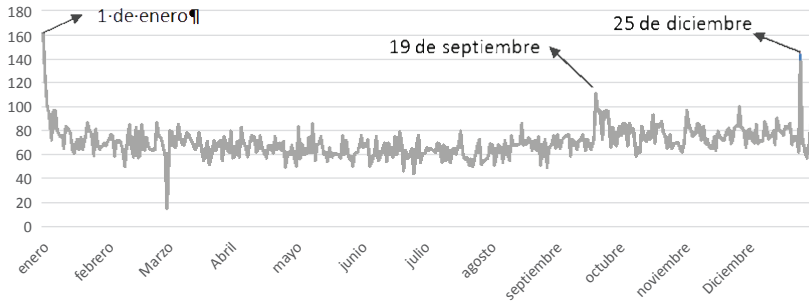
Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL, 2001-2014 y estimaciones de población realizadas por el INE.

Si bien a partir de estos resultados, podría pensarse que la latitud es una variable importante a la hora de explicar la variación en las tasas de suicidio, la relación que se observa podría ser espuria o estar interferida por otras variables, por lo que es necesario controlar esta relación por otras variables que la literatura sugiere que podrían ser explicativas del suicidio, como por ejemplo prevalencia de trastornos psiquiátricos y de uso abusivo de sustancias, tasas de pobreza, tasas de desempleo, tasas de delitos violentos, densidad poblacional, deserción escolar, entre otras variables.

No obstante, la relación sugerida entre tasas de suicidio y latitud ha encontrado sustento empírico en otras investigaciones. Hawton & Van Heeringen (2009) constatan que las tasas de suicidio varían sustancialmente entre regiones y países. Terao y sus colegas (2002) demuestran que la latitud tiene un efecto sobre las tasas de suicidio en Japón y sugieren que existe una influencia de la cantidad de luz de sol acumulada al año sobre el suicidio.

En el Gráfico N°5 se presenta la distribución mensual de los suicidios en población general ocurridos en el periodo 2001-2014. Se constata cierta temporalidad del suicidio, concentrándose las mayores frecuencias entre los meses de septiembre a enero. Se observa un primer *peak* de frecuencia en la segunda quincena de septiembre –justo en la víspera del comienzo de la primavera en el hemisferio sur, que también corresponde al segundo día feriado de fiestas patrias–, luego otro *peak* más pronunciado que se produce a fines de diciembre, justo en navidad, y por último, el *peak* más pronunciado de todos que se produce a comienzos del año, especialmente el primer día del año. Todas estas fechas tienen en común que corresponden a una importante festividad.

Gráfico N°5
Distribución en el calendario de los suicidios en población general ocurridos en el periodo 2001-2014



Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL, 2001-2014.

La gran mayoría de los suicidios consumados en el periodo 2001-2014 se produjeron por ahorcamiento, tanto en la población general como en la población adolescente (80,9% y 85,8% respectivamente). Con mucha menor frecuencia, le siguen como métodos más utilizados el disparo (7,8% en población general y 6,3% en población adolescente), el envenenamiento (6,0% en población general y 4,4% en población adolescente) y saltar desde un lugar elevado (1,6% en población general y 1,2% en población adolescente). Por último, cada uno de los restantes métodos de suicidio utilizado no supera el 1% en ambas poblaciones analizadas (Ver Cuadro N°3).

Cuadro N°3
Método de suicidio utilizado, periodo 2001-2014 (%)

	Población general			Población adolescente		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Ahorcamiento	80,9	82,5	73,5	85,8	87,6	81,3
Disparo	7,8	8,6	4,0	6,3	7,3	3,7
Envenenamiento	6,0	4,4	13,7	4,4	2,0	10,3
Saltar desde lugar elevado	1,6	1,2	3,3	1,2	1,2	1,4
Por medios no especificados	1,0	1,0	1,4	0,7	0,6	1,1
Objeto cortante	0,9	0,9	0,9	0,2	0,2	0,0
Humo, fuego, llamas	0,7	0,6	0,9	0,3	0,2	0,3
Ahogamiento	0,6	0,5	1,5	0,5	0,5	0,6
Colisión de vehículo de motor	0,3	0,2	0,6	0,4	0,2	0,6
Arrojarse o colocarse delante de objeto en movimiento	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,6
Material explosivo	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Por otros medios especificados	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Vapores y objetos calientes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Objeto romo o sin filo	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Resumen⁴						
Violento	90,9	92,7	82,3	93,9	96,5	87,1
No violento	6,0	4,4	13,7	4,4	2,0	10,3

Fuente: Elaboración propia a partir de las bases de datos de defunciones del DEIS-MINSAL, 2001-2014.

Existen algunas diferencias de género –tanto en población general como en población adolescente– en relación al método de suicidio utilizado, siendo más frecuente la utilización de métodos de suicidio violentos por parte de los hombres y de métodos de suicidio no violento por parte de las mujeres⁵. Estos resultados son consistentes con la literatura sobre

⁴ La suma de los porcentajes de métodos violentos y no violentos no suma 100%, porque no todos los métodos de suicidio que aparecen en el Cuadro N°3 son considerados en esta clasificación.

⁵ Los métodos de suicidio considerados violentos son el ahorcamiento, ahogamiento, disparo y saltar desde un lugar elevado. Los métodos de suicidio no violento son aquellos que utilizan el envenenamiento. Los métodos de suicidio violento, si son utilizados, disminuyen las probabilidades de sobrevivir en relación a los métodos no violentos. Así por ejemplo, la fatalidad de métodos violentos como el disparo o el ahorcamiento se estima entre 70% a 90%, lo que superaría ampliamente a otros tipos de suicidio no violentos (Erazo et al., 2005; Gunnell et al., 2005; Miller et al., 2004; todos los autores citados en Brådvik, 2007).

suicidio, en donde se ha constatado que los hombres tienden a elegir medios más violentos que las mujeres (Dennig et al., 2000: citado en Hawton & Van Heeringen, 2009; Astruc et al., 2004; Byard et al., 2004; Pirkola et al., 2003: todos los autores citados en Brådvik, 2007).

Reflexiones finales

Actualmente en Chile, la mayor carga de enfermedad y el principal número de licencias médicas se vincula a las enfermedades mentales. Entre ellas, el suicidio como su intento, son considerados actos de violencia que tienen consecuencias en el sujeto que lo comete pero también fuertemente en su familia.

Chile ha mejorado sus registros en materia de suicidio consumado desde el año 2000 –lo que permite que el país tenga registros de muerte por esta causa mucho más confiables que el promedio de América (OPS, 2014)–, pero aún no dispone de cifras oficiales sobre los casos de intento de suicidio, ya que no existe una obligación de notificar legalmente ese evento. Esta situación debiera cambiar en el futuro, ya que en los acuerdos del Encuentro para la Prevención del Suicidio de la Organización Panamericana de Salud, realizado el año 2016 en San José de Costa Rica, se estableció como primera sugerencia a los países miembros, el considerar el intento suicida como una enfermedad de notificación obligatoria, permitiendo así registrar en sistemas de información fidedignos el riesgo suicida.

Si bien, a partir del año 2009 se produce un descenso en Chile en las tasas de suicidio en población general y población adolescente, éstas se estabilizan a partir del año 2012 y 2013, respectivamente, en cifras que siguen siendo preocupantes, sobre todo en adolescentes. Dada la complejidad del fenómeno, se requiere evaluar períodos de tiempo mayores, para saber si la estabilización en las tasas de suicidio de los últimos años se consolida o más bien es transitoria, sobre todo considerando la evaluación negativa que la OCDE hace de Chile en este tema.

De acuerdo a un informe de la OCDE del año 2013, el cual se basa en estadísticas de salud del año 2011, la tasa de suicidio en población general en Chile está por sobre la media de los países de la OCDE (Anexos, Gráfico N°1)⁶. Asimismo, de acuerdo a otro informe de la OCDE, pero del

⁶ Las tasas de suicidio que se presentan en el Gráfico N°6 están estandarizadas por edad en función de la población de la OCDE estimada el año 2010, con el fin de remover las variaciones que surgen de las diferencias en las estructuras de edad entre países y en el tiempo.

año 2011, si se evalúa el crecimiento de la tasa de suicidio en población general en Chile en el período 1995-2009, ésta ha aumentado en un 55%, siendo uno de los países de la OCDE donde más ha aumentado, sólo superado por Korea del Sur (Ver Anexos, Gráfico N°2).

En este contexto, y considerando las sugerencias que hace la OMS (2014) a sus países miembros en su informe “Preventing suicide”, se proponen a continuación dos sugerencias de política, las cuales fueron escogidas por el impacto que tendrían en la prevención del suicidio. Ambas sugerencias buscan hacer frente a situaciones de riesgo de suicidio inminente, y por eso se las destaca como prioritarias. Se propone iniciar la implementación de las acciones sugeridas en las regiones del extremo sur del país, en donde se registran las tasas de suicidio más altas.

De acuerdo a la OMS (2014), los servicios de salud necesitan incorporar la prevención del suicidio como un componente central. Con respecto a la capacidad del sistema de salud para identificar este tipo de riesgos es fundamental disponer de profesionales capacitados para esta labor en los distintos niveles de atención del sistema, sobre todo si se considera lo hallado por Pirkis y sus colegas (1998; citado en Hawton & Van Heeringen, 2009), acerca de que más del 40% de los individuos que mueren por suicidio han recuperado en a un médico general dentro de las semanas previas a cometer el suicidio.

Si bien el tercer componente del Programa Nacional de Prevención del Suicidio (PNPS) contempla que el personal de salud esté capacitado en la detección y manejo de personas en riesgo suicida, Echávarri y sus colegas (2015) advierten que en la práctica esto no sucede, por lo cual se requieren mayores esfuerzos por parte de la autoridad en esta materia. En ese sentido, es fundamental seguir incrementando el gasto en salud, especialmente en salud mental, de manera de acercarnos a lo recomendado por la OMS y al gasto que realizan los países desarrollados. De acuerdo a estimaciones del Banco Mundial y la OCDE del año 2012, el gasto sanitario de Chile en relación a su producto interno bruto corresponde al 7,2%, mientras que el promedio de la OCDE en esta materia corresponde a 9,3%. Por otro lado, de acuerdo a un informe del MINSAL (2014), el gasto en salud mental el año 2012 correspondió a un 2,2% del presupuesto total destinado a salud, lo cual está muy por debajo de lo que en promedio gastan los países de ingresos altos (5,1%). En ese mismo informe, se advierte que faltan alrededor de 2.000 camas en atención terciaria en salud mental en Chile.

En esa línea, la primera recomendación y la más importante es continuar reforzando la red asistencial en capital humano e infraestructura, especialmente la atención primaria y de urgencia. Es fundamental que en estos niveles de atención se pueda detectar a las personas con riesgo suicida, y que una vez detectadas, existan los recursos necesarios para otorgarles un adecuado tratamiento en los niveles de atención que corresponda, y posteriormente seguimiento al exterior de los servicios de salud. En ese sentido, urge aumentar el gasto de salud mental en atención primaria –el año 2015 correspondió al 1,7% del gasto total en ese nivel de atención– y la cobertura de la red de salud mental –estimada en un 20% el año 2015–, para mejorar el primer contacto con personas que se encuentren en riesgo suicida.

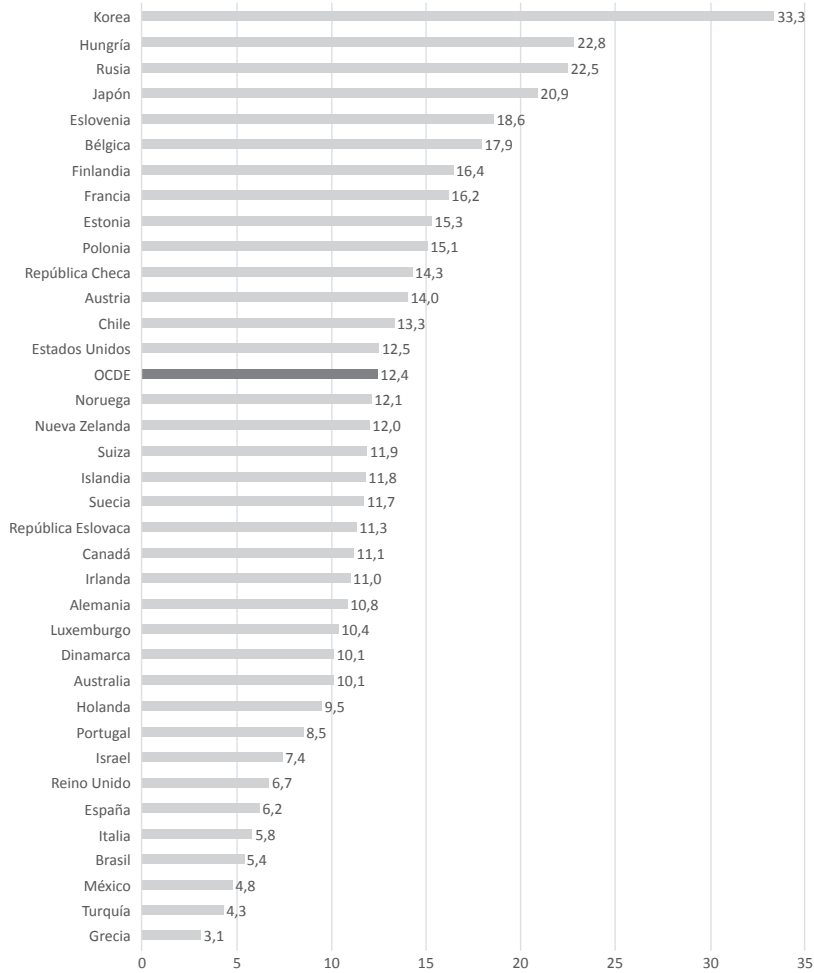
En segundo lugar, y en concomitancia con lo que propone el quinto componente del PNPS, se sugiere asegurar la pronta implementación, funcionamiento y disponibilidad de líneas telefónica de ayuda para situaciones de crisis, que sean gratuitas y que funcionen en todo Chile. Estas líneas telefónicas debieran ser difundida a través de diferentes medios de comunicación, de manera de que la población conozca su existencia. Asimismo, la disponibilidad de estas líneas telefónicas debiera asegurarse en días festivos como año nuevo, fiestas patrias y navidad, fechas en las cuales se producen los peak de suicidio en el país. Por último, y complementariamente a estas dos sugerencias, es fundamental no perder de vista que el fenómeno del suicidio es más complejo que cualquier otra condición en salud, y esto es porque no sólo tiene las evidentes vinculaciones con las enfermedades mentales donde es el punto en común a muchas de ellas, sino además tiene un componente social, cultural y valórico importante. Pocas situaciones en la vida de una sociedad tienen el impacto que tiene el suicidio, es un hecho de violencia que dejará una huella imborrable entre sus familiares, en el que debe existir un trabajo de largo plazo liderado por el Estado, con una mirada intersectorial y que permita incorporar otras disciplinas del campo de las ciencias sociales como la antropología, la sociología y áreas de la economía. El seguir viendo el suicidio como un fenómeno netamente sanitario en Chile, no permitirá avanzar en entender la profundidad del problema y por ende no permitirá prevenirlo.

Referencias bibliográficas

- Björkstén, K., Kripke, D. & Bjerregaard, P. (2009). Accentuation of suicides but not homicides with rising latitudes of Greenland in the sunny months. *BMC Psychiatry*, 9 (1), 20.
- Brådvik, L. (2007). Violent and Nonviolent Methods of Suicide: Different Patterns May Be Found in Men and Women with Severe Depression, *Archives of Suicide Research*, 11 (3), 255-264.
- Duarte, D. (2007). Suicidio en Chile: un signo de exclusión. Chile: Editorial Universitaria.
- Echávarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S. & Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina.
- Hawton, J. & Van Heeringen, K. (2009). Suicide (Seminar). *The Lancet*, 373 (9672), 1372-1381.
- Maris, R. (2002). Suicide (Seminar). *The Lancet*, 360 (9329), 319-326.
- MINSAL (2011). Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2013A). Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación. Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2013B). Situación actual del suicidio adolescente en Chile, con perspectiva de género. Chile: Ministerio de Salud.
- MINSAL (2014). Sistema de salud mental de Chile. Segundo Informe. Chile: Ministerio de Salud.
- OECD (2011). Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Recuperado de: <https://www.oecd.org/els/health-systems/49105858.pdf>
- OECD (2013). Health at a Glance 2013: OECD Indicators. Recuperado de: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en
- OMS (2010). Guía de intervención mh GAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Paraná: Ediciones de la OMS.
- OMS (2012). Prevención del Suicidio (SUPRE). Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
- OMS (2014). Preventing suicide. A global imperative. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1
- OPS (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>
- Terao, T., Soeda, S., Yoshimura, R., Nakamura, J. & Iwata, N. (2002). Effect of latitude on suicide rates in Japan. *The Lancet*, 360 (9348), 1892.
- Vyssoki, B., Praschak-Rieder, N., Sonneck, G., Blüml, V., Willeit, M., Kasper, S. & Kapusta, N. (2012). Effects of sunshine on suicide rates. *Comprehensive Psychiatry*, 53 (5), 535-539.

Anexos

Gráfico N°1
Tasas de Suicidio en población general por 100.000 habitantes en países de la OCDE,
año 2011



Fuente: Elaboración propia en base a gráfico utilizado en informe “Health at a glance 2013. OECD indicators”.

Gráfico N°2
Cambio porcentual en las tasas de suicidio en población general en los países de la OCDE, 1995-2009



Fuente: Elaboración propia en base a gráfico utilizado en informe “Health at a glance 2011. OECD indicators”.

CAPÍTULO 2.

UNA APROXIMACIÓN LINGÜÍSTICA DEL SUICIDIO: ORÍGENES Y PROBLEMAS DE USO ACTUAL EN LA LENGUA ESPAÑOLA

Christian Rivera Viedma

La primera parte de este trabajo consiste en trazar un breve recorrido etimológico y lexicográfico del término suicidio. Con este fin, examinaremos la aparición del término suicidio en el Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española (NTLLE), herramienta lexicográfica que reúne el léxico de la lengua española desde el siglo XV hasta nuestros días. Avanzaremos la idea de que el término suicidio en español y, sus términos conexos, suicida y suicidarse, aparecen tardíamente en los diccionarios del siglo XIX. La segunda parte de este trabajo consiste en delimitar la problemática de los usos del término suicidio en el ámbito de la salud. Para ello, revisaremos desde un enfoque pragmático la literatura científica y los manuales especializados sobre el suicidio con el fin de identificar los principales nudos del debate actual. Concluiremos este trabajo con algunas reflexiones sobre las implicaciones que derivan de la problemática de los usos del término suicidio.

Una entidad sin palabras

Hasta hace poco tiempo no existía un vocablo único o específico para referirse a lo que entendemos hoy en día por suicidio. De ahí que para nombrar aquella entidad o realidad debía recurrirse al uso de fórmulas perifrásticas (rodeos o circunloquios verbales) y/o al uso de verbos que indicaban la acción material correspondiente. Sin ánimo de ser exhaustivos, presentamos a continuación algunos ejemplos que ilustran este hecho en español (Andrés, 2003; Morin, 2008).

1. Perífrasis

Morir/actuar por propia mano, matarse con sus propias manos, darse a una muerte voluntaria, darse la muerte, poseer la muerte, acabar con la vida, quitarse la vida, ejecutarse a sí mismo, dejarse morir...

2. Verbos de acción material

Hacer ayuno, ahorcarse, colgarse, envenenarse, despeñarse, degollarse, anegarse o ahogarse...

Las fórmulas perifrásticas presentadas más arriba son, en gran medida, reformulaciones procedentes de las lenguas antiguas como la *autocheir* de los griegos que deriva en expresiones que contienen la idea de 'actuar por propia mano'. En un estudio sobre el tema, Daube (1972, p. 402) explica en detalle un gran número de estas fórmulas y sus matices. Algunas de ellas, señala el autor, están más asociadas a un suicidio violento: "*autodaiktos*" (autodesgarrarse), "*biaiothanatos*" (morir violentamente). Otras a la idea de una muerte autoinfligida: "*biazesthai heauton*" (ejercer violencia hacia sí mismo).

Otro tipo de fórmulas proviene de los romanos cuyas perífrasis más frecuentes eran la *mortem sibi consciscere* que designaba la acción de suicidarse y la *mors voluntaria* que designaba el suicidio; enfatizándose con ambas el rol de la conciencia y la voluntad (Hinojo, 2010, p. 65). Cabe notar que de esta última fórmula deriva el término español de muerte voluntaria.

Las razones que se han dado sobre la inexistencia de un término específico para designar el suicidio durante la Antigüedad y la Edad Media son bien dispares en la literatura especializada. Siguiendo el planteamiento de Morin (2008), existen al menos tres posturas. La primera apunta a que en el desarrollo de las culturas existe un fenómeno de generación de verbos seguido de un fenómeno de generación de nombres o sustantivos. Este proceso es lineal y se da desde un momento de mayor concreción de la cultura a uno de mayor abstracción e institucionalización. De ahí que la ausencia de nominalización para designar el suicidio se explique como parte de este proceso de avance del primer fenómeno de concreción de la cultura hacia el segundo de mayor abstracción¹. La segunda postura apunta a que la generación de palabras como *suicidium* habría sido

¹ Para profundizar, véase Daube (1972).

inconcebible en el latín por su agramaticalidad, es decir, por ser contraria a las normas sintácticas. Finalmente, la tercera y última postura apunta a que era imposible que en la cultura romana prosperaran términos que relacionaran la muerte voluntaria con el homicidio como es el caso de la palabra suicido.

Por consiguiente, este conjunto de fórmulas perifrásticas se siguieron utilizando hasta bien entrada la Edad Moderna, en donde prosperaron otras expresiones. Según señala Daube (1972), en el ambiente cultural y literario inglés se dieron, muy especialmente una serie de innovaciones léxicas tales como “self-homicide” y “self-killing” (p. 421) que junto con las apariciones de términos como “homicide, parricide, regicide, Christicide and deicide” (p. 428), fueron allanando el camino para la aparición posterior del término *suicide*.

El suicidio como neologismo

En la literatura especializada, se suele identificar la primera aparición de la palabra inglesa *suicide* a mediados del siglo XVII en el tratado *Religio medici* escrito en torno a 1635 o 1636 por el médico Thomas Browne. La que es recogida, algunos años más tarde, por el *Oxford English Dictionary* en su repertorio de la edición de 1651 (Andrés, 2003, p. 29).

Más adelante, en el transcurso del siglo XVIII la palabra *suicide* que en Inglaterra se había registrado como neologismo, pasó a las demás lenguas europeas (Hecht, 2013, p. 96), incluyendo al español, en forma de préstamo léxico.

La palabra española ‘suicidio’, por tanto, al igual que su análoga inglesa se forma a partir de la adaptación de dos elementos del latín: “*sui* (de sí mismo) y la terminación de *homicidium* (homicidio)” (Corominas & Pascual, 1983, p. 236).

Cabe recordar que si bien la palabra suicidio y sus análogas en las lenguas europeas se gestan efectivamente a partir de elementos del latín (propio del lenguaje médico formal), en ningún caso fueron utilizadas por los propios latinos o romanos debido a las razones expuestas en el apartado anterior.

La normalización lingüística del suicidio

Con el propósito de explorar más a fondo la normalización lingüística² de la palabra suicidio y sus derivados en los diccionarios de la lengua española, utilizamos el **Nuevo Tesoro Lexicográfico de la Lengua Española** (NTLLE); herramienta informática que reúne cerca de 70 diccionarios desde el Diccionario de Autoridades de 1726-1739 (primer diccionario publicado por la Real Academia Española) hasta la 21.ª edición del Diccionario de la Real Academia Española (RAE) de 1992, entre otros. Este recurso **lexicográfico** brinda la posibilidad de realizar consultas en la totalidad de los diccionarios contenidos en él simultáneamente (véase la ficha metodológica al final del artículo).

El resultado de este estudio exploratorio nos permite observar que la palabra 'suicidio' en tanto lema aparece en treinta y un diccionarios, naturalmente los más recientes. La primera aparición data de 1817 en la quinta edición del Diccionario de la RAE. Vale decir, se inicia la normalización de la palabra suicidio en los diccionarios de lengua española un siglo y medio después de que el término suicide fuera introducido por el *Oxford English Dictionary* en Inglaterra³.

En la sexta edición del Diccionario de la RAE de 1822, aparece por primera vez la palabra 'suicida' referida a la persona que se quita la vida. Y, finalmente, en la décima edición del Diccionario de la RAE de 1852 aparece por primera vez la palabra 'suicidarse'. Esto, por supuesto, no implica que aquellos términos fueran desconocidos por la comunidad hispanohablante de la época con anterioridad a su registro en los diccionarios. De hecho, se cuenta efectivamente con registros anteriores de su uso en la literatura española (Andrés, 2003, p. 36).

En la mayoría de los treinta y un diccionarios examinados en este trabajo, la palabra suicidio es definida por ser el acto/la acción y el efecto de quitarse la vida/suicidarse. Es decir, encontramos alternancias entre los términos acto/acción y quitarse la vida/suicidarse. Optándose en los tres diccionarios más recientes (años 1985, 1989 y 1992) por los términos acción y suicidarse, respectivamente. Lo que muestra hasta qué punto la palabra suicidarse ha ganado terreno en las últimas décadas.

² La normalización lingüística consiste en la unificación del uso y de la formación de términos nuevos por parte de instituciones nacionales e internacionales.

³ Por cierto, el año 2017 se cumplen justamente doscientos años desde el debut de la palabra suicidio en la obra de la Real Academia Española.

Un aspecto llamativo de esta muestra léxica tiene relación con dos dimensiones del término suicidarse:

- a) En primer lugar, desde su aparición en el diccionario de 1852 hasta el diccionario de 1984 (lo que suma un total de 21 diccionarios) este término es definido –salvo por un par de excepciones– de la siguiente manera: *Quitarse violenta y voluntariamente la vida*. Y en los tres diccionarios más recientes (años 1985, 1989 y 1992) se elimina el calificativo ‘violenta’, quedando así su definición: *Quitarse voluntariamente la vida*. Con ello, prevalece la idea de que suicidarse se trata de algo voluntario o intencional, evocando además la antigua fórmula romana de la *mors voluntaria*.
- b) En segundo lugar, la palabra suicidarse aparece explícitamente como verbo reflexivo desde su aparición en 1852 hasta 1956. Luego, a partir de 1970 y hasta la última edición en 1992 (es decir, los cinco diccionarios más recientes), esto se modifica y aparece como verbo pronominal. Lo anterior nos permite afirmar que en este periodo hubo reservas respecto a la denominada problemática tautológica del verbo suicidarse. En efecto, estudiosos del tema y lexicólogos franceses venían denunciando desde el siglo XIX (Van Vyve, 1954, p. 593; Janin, 2009; p. 360) que la construcción reflexiva con el clítico *se* del verbo ‘*se suicider*’ no hace más que repetir la idea de ‘sí mismo’ contenida ya en el elemento latino *sui*, produciéndose una redundancia. Por su parte, la *Académie Française* manifestaba en 1842 sus reparos sobre la inadecuada formación de este verbo (Rey, 2010). Hay que notar que la formación verbal de suicidarse es un fenómeno común entre las lenguas romances (i.e. el español, francés, italiano o portugués). Con todo, debemos reconocer el cambio de descripción en los recientes diccionarios de español, puesto que indicar que se trata de un verbo *pronominal* equivale a decir que es un verbo que se conjuga con un pronombre reflexivo, pero que no tiene un significado reflexivo.

Otro aspecto llamativo es que, en principio, la normalización lingüística de la palabra suicidio vendría a reducir la constelación de sentidos que expresaban las fórmulas perifrásticas mencionadas anteriormente, actuando como un hiperónimo que engloba todas las demás expresiones de muerte por la propia mano. Pero lo cierto es que algunas de esas fórmulas –como quitarse la vida o muerte voluntaria– siguen vigentes al día de hoy, reapareciendo en las definiciones actuales de los diccionarios de español.

Hacia un lenguaje común

Dejando atrás el asunto de la normalización lingüística, en este apartado nos interesamos en revisar la literatura científica y los textos especializados con el fin de delimitar el debate actual sobre los usos del término suicidio. A partir de aquello, identificamos al menos dos nudos problemáticos que presentamos a continuación.

a) Uso de términos estigmatizadores del suicidio

En el caso del idioma inglés, hay un intenso debate en torno al uso de expresiones de carácter estigmatizador y eufemístico del suicidio. Un ejemplo de estas expresiones es *commit suicide*.

Según Fairbairn (1995), *commit suicide* es una expresión profundamente arraigada en el idioma inglés cuyo problema es asociar el suicidio con aquellos actos que se cometen como los crímenes. El autor resalta el hecho de que este tipo de expresiones influye negativamente en las actitudes y opiniones hacia el suicidio.

Para Sommer-Rotenberg (1998), esta expresión inglesa imprime una connotación peyorativa al acto del suicidio y a las personas y, además, perpetua la connotación de ilegalidad del suicidio; recordando que hasta sólo un par de generaciones el suicidio era considerado un delito en las legislaciones de algunos países como Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá. En palabras de esta autora: *Its connotation of illegality and dishonour intensifies the stigma attached to the one who has died as well as to those who have been traumatized by this loss* (p. 239).

La sugerencia ante estas expresiones es eliminarlas de su uso habitual y reemplazarlas por expresiones alternativas más respetuosas o neutras sin acudir al uso de eufemismos.

En el caso del español, aunque no encontramos el mismo entusiasmo que en inglés en torno al uso de términos estigmatizadores del suicidio, algunas instituciones normativas han detectado que en los medios de comunicación se utiliza inadecuadamente la expresión “cometer suicidio”, pero por razones distintas. La Fundación del Español Urgente (Fundéu BBVA) que trabaja con la asesoría de la Real Academia Española de la Lengua, publicó en el año 2012 una nota⁴ en la que señala que la

⁴ http://www.lainformacion.com/arte-cultura-y-espectaculos/lenguaje/fundeu-bbva-suicidarse-no-cometer-suicidio_KJVRr8IIHDsymclFhroo66

expresión cometer suicidio es un calco del inglés *to commit suicide* y su uso es innecesario puesto que existe en español el verbo suicidarse con un sentido parecido.

Para ilustrar el uso de la expresión cometer suicidio, recopilamos algunos ejemplos tomados de documentos oficiales en el ámbito de la salud:

- “La elección del método para **cometer suicidio** depende en gran medida de la influencia sociocultural y de las características geográficas, puesto que (...)”. (p. 30)

- “¿Siente deseos de **cometer suicidio**? [Entrevista clínica]”. (p. 39)

Fuente: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. (2013). Norma general administrativa N° 027. Programa nacional de prevención del suicidio: Orientaciones para su implementación⁵.

- “En todos los países, los hombres utilizaron la asfixia, las armas de fuego y las armas blancas u objetos punzo-cortantes para **cometer suicidio**”. (p. 12)

- “La Figura 7 muestra que el principal método utilizado para **cometer suicidio** es el ahorcamiento, seguido por el envenenamiento y las armas de fuego”. (p. 20)

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2016). Prevención de la conducta suicida. Washington, DC: OPS⁶.

La expresión cometer suicidio es, por tanto, un falso amigo (Prado, 2001, p. 109). Vale decir, comparte la misma etimología y grafía con la expresión inglesa, pero no así el sentido o sus condiciones de combinación sintáctica. La similitud entre las dos expresiones conduciría a considerarlas idénticas y a traducirlas equivocadamente de manera literal. Como en algunos de los ejemplos presentados más arriba.

Según el Diccionario combinatorio práctico del español contemporáneo de Bosque (2006), el verbo cometer se combina, entre otros, con los

⁵ Consultado en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf

⁶ Consultado en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

sustantivos: “delito, falta, crimen, infracción, atentado, perjuicio, plagio, atraco, robo, fraude, asesinato, pecado, violación, secuestro, sacrilegio || error, fallo, equivocación, desliz, torpeza, lapsus [...]” (p. 296). Como se puede advertir, el verbo cometer se combina con sustantivos de connotación peyorativa y, además, no admitiría la combinación con el sustantivo suicidio.

En definitiva, se puede afirmar que el uso adecuado del verbo suicidarse en español tiene la doble ventaja de: 1) evitar el uso de falsos amigos del inglés y 2) resistir el uso del verbo cometer que se asocia a términos de connotación peyorativa (e.g. crimen o delito) y cuya combinación con el sustantivo suicidio es inadmisibles.

b) Discrepancias sobre la terminología del suicidio

Tanto especialistas sobre el suicidio (Silverman, 2006, p. 520; Courtet, Castroman & Olié, 2016, p. 2) como la Organización Panamericana de la Salud (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2003, p. 201) han reconocido ampliamente que existen discrepancias respecto a la terminología y la nomenclatura apropiada para describir y comunicar el comportamiento suicida. Según Silverman (2006), los obstáculos para llegar a un consenso son múltiples. Uno de ellos es el uso descontrolado de términos (nuevos y de los ya existentes). Otro obstáculo es la confusión entre los sistemas de clasificación y las nomenclaturas. Para este autor, la principal diferencia entre ambos es que las nomenclaturas tienen como propósito facilitar la comunicación entre investigadores, profesionales de la salud y quienes toman decisiones en el ámbito de las políticas públicas, entre otros. En cambio, los sistemas de clasificación requieren de una profundidad explicativa y exhaustividad teórica. No obstante, el obstáculo más crítico es la resistencia a abandonar el uso de términos vagos y sustituirlos por términos más precisos. En palabras del propio autor:

“A very critical obstacle is the resistance to deleting certain poorly defined terms from our lexicon and substituting more precise terminology. For example, the term completed suicide arose to distinguish a death by suicide from other closely related terms (e.g., suicidal, suicidality, suicidal behaviors, nonfatal suicide, near lethal suicide attempt, etc.)”. (p. 530)

La existencia de imprecisiones terminológicas y la falta de una nomenclatura estandarizada sobre el suicidio tienen un impacto en las

distintas comunidades. Según Silverman (2011), los investigadores tienen dificultades para comparar los resultados de los estudios poblacionales y carecen de protocolos de investigación apropiados. Los especialistas de la salud, por su parte, tienen dificultades para transferir los hallazgos de las investigaciones en aplicaciones prácticas y para comunicarse claramente con pacientes y familias. Por último, persisten las diferencias terminológicas entre los informes de fuentes oficiales (e.g. policías, pericias forenses), los estudios de investigación y los informes clínicos (e.g. hospitales, servicios de emergencia) por nombrar algunos.

Hay que decir que son varias las tentativas para superar este escollo y existen distintas propuestas de sistemas de clasificación⁷. La mayoría de ellas están elaboradas en inglés y son traducidas a otros idiomas, inclusive el español. Además, se basan en criterios y enfoques diferentes. Para dar un ejemplo de ellas, mencionamos la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10).

Esta clasificación ha sido elaborada por la Organización Panamericana de la Salud y ha sido traducida del inglés al español. El suicidio aquí está categorizado dentro de las causas externas de morbilidad y mortalidad y se agrupa bajo el título de “Lesiones autoinfligidas intencionalmente (X60-X84)” (OPS, 1995, p. 1030). Para Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, & Mann (2014, p. 10), el CIE-10 es una clasificación de carácter psiquiátrico de amplia utilización médica que tiene el inconveniente de no definir las categorías propuestas de suicidio ni de lesiones autoinfligidas y tampoco distingue entre los comportamientos suicidas y no autoinfligidos, limitando su utilidad.

El desafío de los próximos años es, por tanto, contar con un lenguaje común sobre el suicidio con términos o definiciones precisas y una nomenclatura estándar.

Conclusiones

A través de este breve recorrido etimológico y lexicográfico, queda en evidencia que la aparición del neologismo suicidio en español durante el siglo XIX es tardía, es decir, dos siglos después que en inglés y, al contrario de lo que se pudiera pensar, no significó el fin de las fórmulas perifrásticas que se utilizaban hasta entonces, tales como quitarse la vida

⁷ Para ver un listado más exhaustivo de los sistemas de clasificación, véase Silverman (2011) y Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, & Mann (2014).

y muerte voluntaria. Es más, éstas se han incorporado a las definiciones de los nuevos términos introducidos en los diccionarios de la lengua española.

En la actualidad, se advierte que el lenguaje utilizado en torno al suicidio reviste de gran importancia para la comunicación y el desarrollo de conocimientos, incluyendo el ámbito de la salud. No obstante, en el debate sobre el lenguaje del suicidio encontramos dos nudos problemáticos: el uso de términos estigmatizadores del suicidio y las discrepancias sobre la terminología del suicidio.

El primer nudo se centra en la discusión sobre el uso de la expresión cometer suicidio que imprime una connotación peyorativa a las personas y al acto del suicidio. El supuesto que subyace aquí es que el lenguaje puede influir en las actitudes e ideas hacia el suicidio. Esto explica la importancia dada al examen de las expresiones susceptibles de transmitir ideas estigmatizadoras y contraproducentes del suicidio.

El segundo nudo se centra en las discrepancias sobre la terminología del suicidio y parece ser el más delicado, puesto que afecta a investigadores, especialistas de la salud, funcionarios públicos y tomadores de decisiones, entre otros. El desafío de contar con un lenguaje común con términos precisos y una nomenclatura estándar implica un proceso de encuentro y diálogo entre estas comunidades para establecer consensos. Pensamos que las instituciones académicas y las organizaciones internacionales concernientes tienen la oportunidad de ejercer un rol clave de convocatoria para emprender esta labor tanto a nivel nacional como internacional.

Por último, el presente trabajo deja de manifiesto la recurrencia al inglés en la terminología actual del suicidio. Sin embargo, para afrontar los nudos problemáticos sobre el lenguaje del suicidio –expuestos aquí– se requiere asumir una postura crítica, tomando en consideración las posibilidades y limitaciones que ofrece el propio idioma español y sobre todo las comunidades de hablantes destinatarias.

Referencias bibliográficas

- Andrés, R. (2003). *Historia del suicidio en occidente*. Barcelona: Península.
- Courtet, P., Castroman, J.L. & Olié, E. (2016). La sémiologie du suicide au XXIe siècle. *Annales Médico-psychologiques*, 174(6), 503-508.
- Daube, D. (1972). The linguistics of suicide. *Philosophy and Public Affairs*, 1(4), 387-437.
- Fairbairn, G. (1995). *Contemplating suicide: The language and ethics of self-harm*. London: Routledge.
- Hecht, J.M. (2013). *Stay: A history of suicide and the philosophies against it*. New Haven: Yale University Press.
- Hinojo, G. (2010). Las designaciones de la muerte voluntaria en Roma. *Hápax. Revista de la sociedad de estudios de lengua y literatura*, 3, 57-72.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. (Eds.). (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Morin, A. (2008). Sin palabras. Notas sobre la inexistencia del término 'suicida' en el latín clásico y medieval. *Circe de clásicos y modernos*, 12, 159-166.
- Organización Panamericana de la Salud (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10a. edición revisada, Vol. 1). Washington, D.C.: OPS.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. En M. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 7-22). New York: Oxford University Press.
- Silverman, M. (2011). Challenges to classifying suicidal ideations, communications, and behaviours. En R.C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (Eds.), *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice* (pp. 9-25). Chichester, West Sussex, U.K.: Wiley-Blackwell.
- Silverman, M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532.
- Sommer-Rotenberg, D. (1998). Suicide and language. *Canadian Medical Association Journal*, 159(3), 239-240.
- Van Vyve, M. (1954). La notion de suicide. *Revue Philosophique de Louvain*, 52(36), 593-618.

Libros de consulta (diccionarios)

- Corominas, J. & Pascual, J.A. (1983). *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*. (Vol. 5), RI-X. Madrid: Gredos.
- Bosque, I. (Ed.). (2006). *Diccionario combinatorio práctico del español contemporáneo: Las palabras en su contexto*. Madrid: SM.
- Janin, O.C. (2009). *Diccionario del suicidio*. Pamplona: Laetoli.
- Prado, M. (2001). *Diccionario de falsos amigos: Inglés-español*. Madrid: Gredos.
- Rey, A. (Ed.). (2010). *Dictionnaire historique de la langue française*. Paris: Le Robert.

Ficha metodológica

Recurso lexicográfico	Instituto de Investigación Rafael Lapesa de la Real Academia Española (2013). <i>Mapa de diccionarios</i> . Consultado en http://web.frl.es/ntllet
Corpus de referencia	Cerca de 70 diccionarios

	Lema	Nº de diccionarios	1er año de aparición
Sub-corpus 1	Suicidio	31	1817
Sub-corpus 2	Suicida	30	1822
Sub-corpus 3	Suicidarse	24	1852

CAPÍTULO 3.

SUICIDIO, VIOLENCIA CONTRA EL SÍ MISMO Y LA PULSIÓN DE MUERTE: UNA APROXIMACIÓN CRÍTICA

Marta Josefa Bello Hiriart

Tema controversial, en cuanto nos interpela denegando la vida y evoca, comúnmente, la desesperanza y el pesimismo, el suicidio se ha constituido desde antaño en tópico para la filosofía, la sociología, la antropología, la medicina, especialmente la psiquiatría, la psicología y el psicoanálisis. Las posiciones freudianas clásicas han predominado en el enfoque psicoanalítico del suicidio. Hasta prácticamente los fines del siglo XX el suicidio será pensado por el psicoanálisis (y por intelectuales influidos por éste), como una violencia contra el sí mismo, con la adición de la agresión como derivado de la pulsión de muerte. Este trabajo hace un recorrido crítico por tal perspectiva e incorpora ideas que recientemente han introducido cambios en el *corpus* psicoanalítico total. Lo anterior se desarrolla desde la perspectiva personal de la *praxis* clínica y de la supervisión ejercida en los últimos treinta años. Este lapso ha coincidido con la globalización de los mercados, la exacerbación de las diferencias sociales y, no por coincidencia, con la creciente demanda de tratamiento de las frágiles subjetividades de la post modernidad. Ciertamente, todo lo anterior ha ejercido influencia en las conceptualizaciones que se presentan.

Introducción

Tal como lo señala Freud (1914, 1988), desde sus comienzos el psicoanálisis se postula como teoría de la práctica clínica, buscando definir la etiología y fundamentar los principios de la cura. Hombre de su época y riguroso investigador científico, fue la cultura clásica alemana (Etcheverry, J.L., 1978, 1988), tanto científica como humanista la que fijó su marco de trabajo.

Relativo al tema del suicidio, el punto de partida occidental, para la discusión se encuentra en la filosofía griega Platón aborda el tema en

Fedro, donde Sócrates apoya la tesis Pitagórica de que el suicidio siempre sería erróneo, porque somos guardianes de nuestro cuerpo y es nuestro deber mantenerlo íntegro. En *Leyes* Platón mantendrá esta posición, calificando el suicidio como cobardía, que representa una debilidad de carácter e incapacidad para soportar las vicisitudes vitales. Sólo se podría justificar por causas excepcionales: vergüenza o deshonra, una mente corrupta que ya no es posible sanear, sufrimientos extremos o en acatamiento a un castigo del Estado. Los filósofos de la antigua Grecia generalmente condenan el suicidio, resaltando el dilema moral que éste plantea, como desafío a la sociedad, al estado y a los dioses (Cholbi, M., 2016).

El cristianismo, que inicialmente parecía aprobar, o aún exaltar, el martirologio en favor de la propagación de la fe, comenzará desde San Agustín a considerarlo un pecado y a negar al suicida el derecho a reposar en tierras benditas.

A fines del siglo XVIII David Hume, desde una posición utilitarista y férreamente partidaria de la libertad personal contradice la posición prevalente en la cristiandad calificándola de supersticiosa y confusa. Refuta a Tomás de Aquino, quien postula que el suicidio es inmoral porque contradice el orden divino. Argumenta que, así como Dios no se opone a que el hombre transforme la naturaleza, tampoco se opondría a que dejara correr su sangre fuera del cuerpo. Tampoco considera que el suicidio signifique necesariamente una violación de los deberes hacia los demás o hacia sí mismo. Sin embargo, su obra quedó inédita durante su vida y hubo varios filósofos del siglo que mantuvieron la posición contraria. Entre ellos Kant (según J.L. Etcheverry (1978, 1988, op. cit.), presencia fundamental en el pensamiento freudiano): Kant consideró que el suicidio sería egoísta y además ajeno al imperativo categórico que la razón se da a sí misma (Cholbi, 2016, op. cit.).

Cuando Freud elabora y desarrolla su teoría de lo inconsciente: sus producciones (Freud, 1900, 1988), su influencia en los procesos cognitivos (Freud, 1909, 1988) y su relación con la represión (Freud, 1925, 1988), cita frecuentemente a Schopenhauer. Este autor, en su obra "El mundo como voluntad y representación" realiza un pronunciamiento ético en contra del suicidio. Postula que se trata de un acto insensato, ya que niega sólo al individuo y no a la especie. Él supone, como actitud ética, la negación de la voluntad a través de la renuncia a los goces de la vida. Por lo contrario, el suicida estaría afirmando tal voluntad, al negarse simplemente al sufrimiento. Schopenhauer piensa que el suicida desea

(i.e. quiere, ejerce entonces la voluntad) recusar la vida, porque está descontento con lo que de ella obtiene. Es decir, el suicida ama la vida, pero no acepta las condiciones que ésta le ofrece (Cholbi, 2016, op. cit.). En una proposición antagónica se sitúa el filósofo, también citado frecuentemente por Freud, Federico Nietzsche (Alemania, 1844-1900), fundador de la Filosofía de la Vida, quien consideró el suicidio como una forma de realizar la voluntad y así morir a tiempo, evitando la decadencia mental y física, la vejez o la indignidad, el deshonor y la vergüenza (Cholbi, 2016, op. cit.).

La filósofa chilena Sandra Baquedano ha estudiado en profundidad al filósofo autodidacta Phillipe Mainländer, quien leyó a Schopenhauer desde los 19 años (en 1860) y desde entonces desarrolló, durante 15 años, su argumentación ontológica. Esto lo condujo a controversiales conclusiones, expuestas en su obra "Filosofía de la Redención". En cuya víspera de publicación (1876) el autor cometió efectivamente suicidio (Baquedano, 2007). Baquedano considera que Mainländer (del que no existe traducción al español) evidencia una "avidez por la nada", que lo lleva a la destrucción violenta de la vida. La redención, fin último de este autor, sólo sería posible desde la comprensión de que lo esencial no es la voluntad que tiene como fin la vida, sino aquella que tiene como fin la muerte. Para Schopenhauer tal violencia destructiva es simplemente otra manifestación más del desear (desear evitar el sufrimiento), mientras que el camino de Mäinlander consistiría en una "lenta abolición del deseo" (Baquedano, 2007, p. 123).

Entre otros pensadores que se ocuparon del tema es relevante Emile Durkheim, (contemporáneo de Freud) quien fue pionero en considerar el suicidio como un fenómeno social, de modo tal que se lo aparta de las consideraciones éticas o psicológicas, centradas en lo individual. Sin embargo, Freud lo cita única y solamente, en relación al tópico de los vínculos totemismo-exogamia (Freud, S., 1913,1988, pp. 123 y 126).

En la literatura de los siglos XVIII y XIX, en autores como Goethe, Rousseau y Flaubert puede rastreadse cierta fascinación romántica por el suicidio. Lo abordan desde una perspectiva del ser humano comandado por la angustia frente a la humillación y a la pérdida, frente a las que aparecerían, cual reacciones "naturales", emociones como la venganza, la ira y el odio, que vehicularían al suicidio. Inaugura estos predicamentos Goethe, quien presentó en 1774 su novela de tintes autobiográficos "Tribulaciones del Joven Werther", historia de un suicida despechado en lo emocional y resentido en lo social. Incluso

se ha postulado en círculos literarios (Vaget, H.R., 2004) que esta obra habría influenciado el enfoque de Freud, quien siempre se declaró un ferviente admirador de Goethe.

Otros especialistas en literatura han ido más lejos. Jane K. Brown en su artículo *Goethe, Rousseau, the Novel, and the Origins of Psychoanalysis* (2004) plantea que el psicoanálisis de Freud y del siglo XX se desarrolla como una sistematización científica del lenguaje del Romanticismo Europeo, con Goethe como figura principal, pero reconociendo la fundamental influencia de Rousseau para lograr el paso exitoso a la precisa imaginería del Romanticismo. Sin embargo, parece más fundamentada la posición de José Luis Etcheverry, estudioso y traductor al español de la *Standard Edition*, quien postula que Freud estaba inmerso tanto en el pensamiento clásico alemán (lo que incluye la gnoseología kantiana y la filosofía de la naturaleza) como también, en el materialismo científico del Dr. Brucke (su mentor en la investigación científica neurológica). Desde estos paradigmas Freud habría articulado y sistematizado su novedosa creación: el psicoanálisis. De influencia materialista son los conceptos de fuerzas de atracción y de repulsión que Freud utilizará desde los comienzos y en toda su obra. Se trata, señala Etcheverry, de la mecánica de Kepler-Newton, pero conceptualizada a través de la metafísica de la naturaleza kantiana (Etcheverry, 1988, 1987, op. cit.).

En los comienzos del psicoanálisis

El Círculo de Viena, fundado por Freud, instaló en 1910 la primera reflexión sobre el tema, motivado por recientes suicidios de escolares adolescentes. Según refiere Al Álvarez (1972) los principales expositores fueron A. Adler y W. Stekel se enfocaron, uno en la agresión y la inferioridad *versus* la superioridad y el otro en los efectos de la represión sexual, la vergüenza y la culpa, conforme a sus respectivas preferencias. En su intervención de cierre al coloquio, muy cautamente Freud liga el suicidio a la melancolía (1910, p. 233). Aclara entonces que aún no se ha desarrollado suficiente basamento teórico para comprender ésta y por tanto, no es posible fundamentar una teoría sobre el suicidio. Solo en 1923 considerará por fin completado ese desarrollo.

Entre 1915 y 1923, Freud emprende y da por lograda la comprensión teórica de la melancolía y el suicidio. Apoyándose en su teorización del Narcisismo (Freud, 1914, 1988) introduce un cambio crucial en el desarrollo del psicoanálisis (Freud, 1917, 1988). En esta obra confronta el duelo, para él una instancia normal de la vida psíquica, con la melancolía,

para la cual por primera vez postula un mecanismo patógeno diferente al de las vicisitudes de la pulsión libidinal. Habla más bien de relaciones objetales y no de represión. Plantea como mecanismo de la melancolía la regresión desde la elección narcisista de objeto hacia el narcisismo (1917, op. cit., p. 248) y esboza los rasgos de una nueva instancia de la vida psíquica a la cual posteriormente denominará el Superyó (Freud, 1923, 1988) y que se vinculará estrechamente con el concepto de Pulsión de Muerte, desarrollado en su texto “Más allá del Principio del Placer” (Freud, 1920, 1988).

El desarrollo freudiano considera que dicha pulsión de muerte, manifestación de la inercia de la vida orgánica, se vincula clínicamente con la compulsión de repetición y que, además, guardaría relación con el componente sádico (pulsión parcial sádica o de destructividad de la etapa oral). La pulsión de muerte (*Tanathos*) estaría constituida en bipolaridad con la pulsión libidinal (*Eros*). Mientras la primera busca la desagregación y disolución la segunda va en pos de la conexión e integración. En la melancolía, el Superyó quedaría capturado por la pulsión de muerte y se perdería el balance entre *Eros* y *Tanathos*. Debe destacarse, sin embargo, que Freud señala, en este artículo, que su trabajo sobre este concepto es meramente especulativo, que por fuerza deberá admitir nuevos desarrollos y que, por último, el tratar de respaldar la teoría de la pulsión de muerte con los conocimientos biológicos ha sido un paso arriesgado y, tal vez innecesario.

La teoría psicoanalítica nos presenta la existencia humana misma como un drama tensional. Tal como se ha explicado antes, se recoge la concepción de oposiciones y de contrarios que era fundamental en el pensamiento alemán clásico. La ambivalencia y la tensión entre pares juegan un rol crucial: *Eros-Tanathos* (o pulsión de vida-pulsión de muerte), pasivo-activo, las pulsiones sexuales *versus* las pulsiones yoicas, lo consciente –lo inconsciente, el objeto psíquico interior– el mundo exterior, etc., todo nos habla del conflicto el cual, contrario a la dialéctica, no será seguido por una fase de síntesis.

Para Freud todo lo humano está destinado al eterno conflicto y lo que se logra de esta lucha no es sino la transacción. No otra cosa representan los síntomas, los mecanismos de defensa y en general lo que consideramos nuestra identidad. La renuncia pulsional (en la esencia misma del individuo), basada en la culpa y el temor, es lo que funda la civilización, por lo que cada individuo es, virtualmente, un enemigo de ésta. La cultura debe ser defendida, sostiene Freud, contra

el individuo. Entonces, si la existencia humana en sociedad es una condición imprescindible, también es fuente de malestar permanente e irreductible. El individuo, obligado a domeñar las fuerzas agresivas y libidinales que le son esenciales, puede devenir neurótico y miserable o intentar resolver sus conflictos a través de la sublimación y la creación, lo que no lo liberará ni de la neurosis ni de la infelicidad, pero tal vez podrá hacérselas más llevaderas.

Siglo XXI: otros ámbitos de pensamiento

El existencialismo encuentra en Albert Camus uno de sus más productivos e influyentes expositores. Auto definido como periodista, dramaturgo y novelista, se considera el absurdismo (término tomado de Kierkegaard) como su principal contribución a la filosofía. En “El mito de Sísifo” (Camus, 1942, 2012) la premisa de partida es que “la existencia precede a la esencia”. En esta obra postula que el suicidio nos plantea la pregunta filosófica central, cuyo resultado no es la comprensión sino la acción: vivir o no vivir y, absolutamente ligado a ello, la elección de cómo vivir. Tal es el problema existencial. La interrogante que plantea el suicidio tiene que ver con el absurdo. Absurdo, dice Camus es el empeño del racionalismo en tratar de descifrar o explicar el mundo, al que sólo podemos conocer desde la limitada perspectiva humana y otorgarle a la existencia humana motivos o finalidades. Desecha la razón universal, práctica o ética y sus categorías explicativas como banales o fútiles, puesto su búsqueda se orienta hacia la unidad, la homogeneidad y la certeza, todas inexistentes. Así, desea que su escritura sea considerada como un método de análisis y no de conocimiento. Tal método de análisis termina en opción y la personal de Camus era la acción. El ser humano es su propio y único fin: si algo es, lo será en esta vida. La actitud no es la desesperación sino la rebelión sin esperanza, es decir sin creerse ni fabricar promesas. Por ello imagina dichoso a Sísifo, condenado eternamente por su rebeldía contumaz a los dioses, en cuanto éste sabe que su destino le pertenece. Todos somos Sísifo y tenemos la opción de elegir qué hacer con la condena de la absurdidad. Consecuentemente, su trayectoria en la última década de vida fue la de un pacifista militante, defensor acérrimo de los derechos humanos, tanto contra el soviétismo como contra el macartismo y el franquismo y a favor de la rebelión húngara.

Desde el existencialismo, el absurdismo y desde su oposición al racionalismo reduccionista y simplificador de una realidad del mundo interior y exterior, se derivarán en los últimos 40 años, diferentes

desarrollos de pensamiento constructivista. En general éstos plantean la imposibilidad de la separación entre quien conoce y lo que es conocido, es decir la imposibilidad de una conciencia objetiva. Así, en sociología se enfatizará el estudio de las lógicas del poder tras la producción de conocimiento. En psicología y psicoterapia, se postulará que, en el acto de conocer, la mente humana activamente da significado y orden a la realidad a la que responde.

Tales líneas de pensamiento son convergentes con las ideas de Edgar Morin, quien plantea (Morin, E., 1990) los fenómenos culturales como sucesos que se dan entre seres biológicos, a su vez, seres físicos. En lugar de optar por el reduccionismo cientificista, Morin comienza un recorrido de articulación en lo cual lo físico y lo biológico se complejizan y complejizan a su vez a lo cultural. Más adelante este texto retornará sobre las ideas de este autor.

Considero recomendable, para el interesado en una perspectiva comprensiva del tema del suicidio, el extenso ensayo “The Savage God” del poeta, crítico y ensayista Al Álvarez. Se encuentra aquí (Alvarez, op. cit. 1972) una documentada revisión de las posiciones predominantes sobre el suicidio en diferentes culturas y épocas históricas, incluyendo el siglo XX. Además, se realiza un análisis de los diversos intentos explicativos de la filosofía, las ciencias sociales y del psicoanálisis, para concluir adoptando una posición de rechazo a las generalizaciones teóricas provenientes de cualquier disciplina. Posteriormente, la obra confluye a la revisión de las relaciones entre suicidio y literatura, y de las particularidades de los suicidios de escritores a través de los tiempos. Su documentado trabajo es empático con el dolor y la desesperanza que se filtra de las obras y los testimonios personales que relata. También representa, en cierto modo íntimo, una confirmación personal de las complejidades de la motivación suicida.

Desarrollos posteriores en psicoanálisis

Retornando al psicoanálisis, a fines del siglo pasado hay reportes de investigaciones clínicas sobre el suicidio que lo enfocan principalmente desde la auto destructividad, como el artículo de King y Apter (1996) sobre el suicidio adolescente. Otros lo vinculan *a priori* a la violencia, como en el estudio propiciado por el Anna Freud Centre, de pacientes que habían sido violentos con otros o consigo mismo (4 casos de violencia y 2 de intentos suicidas). En esta investigación el fenómeno específico a estudiar era la violencia física y no la simple agresión. Sus

resultados fueron publicados bajo la edición de la psicoanalista Rosine Jozef Perelberg, con un título que liga violencia y el suicidio (Jozef P., R., 1999).

Una posición distinta puede encontrarse en Briggs, Lemma y Krauss quienes el año 2008, en su pluralista compilación recogen 17 trabajos de autores de diferentes países. En la primera parte se presentan siete trabajos teóricos con significativas discusiones de diferentes corrientes psicoanalíticas. Los cinco trabajos de la segunda parte presentan casuística detallada de la práctica psicoanalítica con pacientes suicidas. En la tercera parte los seis artículos son contribuciones psicoanalíticas a la prevención del suicidio. En general, los expositores comparten que el suicidio es un fenómeno que merece una consideración clínica específica y no ser tratado simplemente como un síntoma. También se reflexiona sobre las vicisitudes de los tratamientos y se evita el sesgo generalizador o la sobre simplificación diagnóstica. Hay un acuerdo generalizado en reconocer la obra pionera de Freud, pero el apoyo casuístico demuestra que no es posible ligar cualquier suicidio a una patología o condición específica como la melancolía o la depresión. Aspectos de la técnica de tratamiento son discutidos ampliamente. El libro aporta no sólo al estudio del suicidio sino a la teoría psicoanalítica general, contribuyendo a la tendencia de investigar desde el pluralismo en psicoanálisis. Recoge los aportes de autores diferentes y contrastan teoría, práctica y diferencias culturales para enriquecer el trabajo clínico.

Los aportes de psicoanalistas como Winnicott, Dolto y Bion, en la segunda mitad del siglo XX, se revelan importantes para la apertura del psicoanálisis a nuevas perspectivas. Estos psicoanalistas, apoyados en su *praxis* clínica, se aventuran a separarse creativamente del fundador. Así generan desarrollos donde la temporalidad juega un rol que no tiene que ver con la biología (como en los estadios libidinales freudianos) sino con el ser humano como proceso, en cuanto se constituye en histórico-social, es decir la mente deviniendo psiquis, la cría deviniendo persona, siempre con la función central del otro cuidador. Este último desde su propia adscripción a un colectivo cultural, mientras atiende, mal o bien, las necesidades del niño, marca las condiciones de posibilidad de sus futuros referentes sociales.

Por razones de espacio y considerando que los otros autores mencionados han tenido más amplia divulgación en español, sólo me referiré brevemente a los aportes de Wilfred Bion, que han resurgido y vuelto a cobrar influencia en el siglo XXI.

W. Bion (1962) enfatizó la importancia de los estados emocionales tempranos. Ya sea que las experiencias primitivas produzcan satisfacción o sufrimiento, en ausencia de la capacidad simbólica serán experimentadas concretamente (semejante a lo que Freud llamaba representación cosa). Estos estados del *infans*, constituyen los elementos *beta* y por sí solos no pueden producir el crecimiento mental. Para ello es necesario que se puedan transformar en experiencias abstractas. Para Bion dichos estados beta sólo pueden ser repetidos, pero no imaginados, pensados, ni recordados. Sólo a través de los procesos identificatorios con un objeto que cumpla tal función fundamental, lograrán ser transformados en experiencias abstractas y constituir así los elementos *alfa*. Ahora bien, la función fundamental Bion la coloca en la capacidad materna de *reverie*, capacidad de empatizar con las necesidades del niño, actuar en consecuencia a ellas, consolar el sufrimiento, acudiendo como elemento auxiliador una y otra vez. En estas últimas palabras radica la potencia de la temporalidad, los ritmos y la consistencia de los cuidados maternos. Estos aportes y otros de los últimos veinte años, puede postularse que la psiquis deja de ser pensada como aparato, como estructura o como portadora de un mandato irreductible (la dualidad pulsional placer-muerte). Ahora se hace requiere considerar al sujeto psíquico y a su principal ámbito de accionar, lo inconsciente, como proceso y no como estructura, proceso siempre en conjunción con su época y ambiente (macro y microsical) y en permanente reorganización combinatoria.

Desde hace algunos años (Bello, 2008) intento comprender y practicar el psicoanálisis a través del esclarecimiento que puede proporcionar el paradigma del pensamiento complejo, propuesto por Edgar Morin (1990, op. cit.), quien se propone superar los obstáculos al desarrollo de las ideas, constituidos por la hipersimplificación, el doctrinarismo y el dogmatismo. Morin antagoniza con las racionalizaciones que buscan construir sistemas simplificados de ideas, de alta coherencia, pero necesariamente parciales. Recuerda que lo simple no existe, solo hay lo simplificado. Propone, entonces, desarrollar una teoría que resulta más fecunda para conocer al ser humano, considerándolo como un fenómeno de alta complejidad. A tal teoría de la complejidad no le es ajeno el principio de incertidumbre, en el sentido de que se reconoce lo inalcanzable del saber total, de la imposibilidad de algún fundamento absoluto de certeza.

La actual reflexión se enmarca en que lo humano nunca es estrictamente natural, y que muy precozmente (incluso antes del nacimiento) ya el ambiente interactúa con las disposiciones biológicas, dejando huellas

persistentes. Estas huellas, en tanto marcas de un período en que el ser humano en formación es ajeno al lenguaje, son inefables, no expresables sino en acto. Se trata de impresiones que no se pueden recordar pero que, no desde la fijeza, sino desde los procesos inconscientes recombinatorios, interactúan con las impresiones de la vida, influyendo poderosamente en los estados mentales, afectivos, creativos y cognitivos.

Postulo que, al considerar la propensión al suicidio o “suicidabilidad”, como todo otro avatar de la vida del sujeto, más que interpretarla *a priori* como resultado de una agresividad innata y/o de la supuesta “pulsión de muerte”, deben tenerse en cuenta las trazas de las sensaciones, afectos y vivencias tempranas. Éstas han empezado a conceptualizarse como lo verdaderamente nuclear de lo inconsciente (Bollas, 2013) y por tanto, la tela de fondo donde se inscribirán las ulteriores represiones, las que funcionarán como motivos determinantes de elecciones y acciones. Estas trazas tempranas se relacionan, tanto con los estados placenteros que puede haber experimentado el bebé, como con los displacenteros, dolorosos o angustiosos.

Otras perspectivas: El trauma

Para proseguir con el trabajo de aproximación a la suicidabilidad parece ser necesario el concepto de trauma. En los orígenes, Freud (1892, 1988), se plantea el trauma como un aumento de excitación (a la que otorga un sentido sexual) imposible de tramitar mediante reacción motriz. Se está refiriendo a las histéricas de Charcot, pero es importante la idea de lo imposible de tramitar. A lo largo de su vida Freud desarrolló varias teorías sobre el trauma, a veces enfatizando lo externo, como en su primera teoría del trauma de la seducción. Luego privilegia lo interno, en su teoría de la psicosexualidad y la fantasía edípica, lo que lo lleva a definir los traumas por la ansiedad de castración, la ansiedad de separación, la escena primaria y el complejo de Edipo. Vuelve a enfatizar lo interno en 1926 cuando hace la última reestructuración del concepto de trauma, relacionándolo con la angustia y el conflicto psíquico (Freud, 1926).

Sandor Ferenczy trató de reincorporar el concepto de trauma al *corpus* psicoanalítico, pero la crítica de Freud a sus planteamientos influyó en que fuera casi olvidado hasta fines del siglo XX (Erwin, E., 2002). Ferenczy planteaba (Rachman, A.W., 1989) que el trauma es factor etiológico crucial de las patologías psíquicas, retomando, en un sentido ampliado, el concepto ya abandonado por Freud. Traumáticas serían tanto las

seducciones del adulto como su hostilidad y odio, y aún la negligencia o abandono en su función protectora del niño, y la utilización del niño para sus propios fines, no necesariamente sexuales. Ya dos años antes en “El niño no bienvenido y su impulso de muerte” había postulado que padres que no quieren al hijo y que no lo desearon, provocan un trauma que evoluciona a lo que llamó “neurosis de frustración”, que desembocaría en distintas patologías mentales y orgánicas. El reconocerá la existencia de la pulsión de muerte pero no como intrínseca al individuo, sino como un resultado del abuso de los adultos, quienes debían auxiliar y proteger al niño y, en cambio, pervierten la relación protectora. Ahora se cree que los traumas tempranos también tienen que ver, y en mucho mayor medida, con la inconsistencia, negligencia, arbitrariedades o carencias en la función de maternaje.

Hacia la segunda mitad del siglo XX los hallazgos del psicoanalista Austroamericano René Spitz, acerca del marasmo infantil u hospitalismo (Spitz, R., 1969), basados en su rigurosa observación, documentación y registro de bebés sanos y hospitalizados, dan cuenta del progresivo replegamiento, que puede incluso llegar a la muerte, cuando el ambiente de crianza no acoge ni facilita la potencialidad del niño. Los avances en neurociencia (Tottenham, N., 2012; Panksepp, 2010; Merker, B., 2007) convergen con los hallazgos de este psicoanalista, algo desestimados hasta hace poco, probablemente bajo el peso de las prevalentes teorías freudianas y kleinianas.

Ya en los albores del siglo XXI, el trabajo crítico y sólidamente fundamentado de algunos psicoanalistas comenzó a develar un panorama algo distinto. En torno al concepto de Inconsciente, dando principal relevancia a lo inconsciente, sus producciones, su potencialidad en el trabajo clínico y a la vinculación inconsciente con los otros, André Green (2003) hace aportaciones que lo acercan al paradigma de la complejidad (Uribarri, 2010). Las frágiles subjetividades de la post modernidad, estudiadas entre otros, por los psicoanalistas de niños René Roussillon (1999) en Francia y en Argentina Ricardo Rodolfo (2004; 2006) y Silvia Bleichmar (2001; 2006), fueron revelando la importancia de los procesos de subjetivación, en extremo dependientes del ambiente proporcionado por cuidadores y a través de ellos por la sociedad pero también, sin duda influidos por los factores constitucionales: genéticos, fetales y perinatales.

André Green (2007/2012), asimila la desorganización del recién nacido al caos de la anarquía pulsional, aunque se detiene a comentar que,

al hacer la distinción pulsión-ambiente, habría que trabajar con más rigor el sentido y alcance de los términos. Se considera que existen representaciones que el cuerpo se da a sí mismo, como el famoso picor de la garganta de Freud, donde no hay ninguna referencia a un objeto del mundo externo. Con esto, dice, queda cuestionada de base la noción de representación psíquica corporal, ya que no se refiere a imágenes con un equivalente en la realidad, sino a una representación que se le da a algo que se experimenta corporalmente. No es un representante-representación (*Vorstellungrepräsentanz*) que se refiere a términos de imagen y de objeto, imagen especular y objeto del mundo exterior. Esto es crucial para Green, porque él postula que representación y afecto tiene orígenes distintos. En la primera lo que se representa es el mundo exterior, en el afecto es el cuerpo lo que se representa. Propone por tanto recurrir a un modelo que llama “cuerpo somático-cuerpo psíquico”, donde el orden de los factores es fundamental. También destaca la insistencia freudiana sobre los fracasos del principio placer-displacer en los inicios de la vida humana. En la clínica, señala, es justamente en lo que hallamos en esos casos donde advertimos que la rememoración no es posible, porque los traumatismos son anteriores a la instalación del lenguaje y la repetición compulsiva es uno de los “raros” mecanismos de defensa que la psiquis pone en acción.

Para Roussillon (1999) el conjunto de vicisitudes en la crianza puede llegar hasta inducir sensaciones de agonía en el bebé, quien realmente correría riesgo de muerte si se prolongan en el tiempo. Otras experiencias posteriores recubren y se entretajan con esas primeras trazas, densificando los procesos inconscientes.

Bleichmar (2006), quien, como los autores anteriores, considera imperativo para los analistas de hoy someter a juicio crítico la herencia teórica recibida, aboga por un psicoanálisis que intente depuración de sus paradigmas, reconociendo los enunciados de la primera época que conservan coherencia teórica y fecundidad explicativa. Para ello considera necesario tomar en cuenta las limitaciones y restricciones impuestas al pensamiento de Freud, por el sólo hecho de haber vivido en una determinada época histórica. Además, propone rastrear dentro de los desarrollos posteriores, lo que queda de sustentable, así como valorar los núcleos de verdad que encierran materiales de distintas corrientes, las que en general, se segregan rígidamente construyendo teorías contradictorias y negando la diversidad. Analiza desde la experiencia clínica (Bleichmar, 2001) los avatares de la constitución psíquica y de la subjetividad, lo que le permite considerar el Edipo

fundante, como el mandato cultural que prohíbe la apropiación del niño como objeto de goce del adulto. Esto implica un entrelazamiento recíproco entre cultura y subjetivación, lo que considero cónsono con el paradigma de la complejidad.

Ricardo Rodulfo (2006) profundamente crítico del dogmatismo y rigidez de ciertos psicoanálisis expone que Freud desarrolló una disciplina provista de un pensamiento intersticial, periférico, alejada de ser una especialidad técnica con fronteras bien aseguradas. Aboga que el psicoanálisis, en su práctica y la teoría que ella funda, retorne al medio que le sería propio que, señala, se sitúa entre lo psíquico y lo orgánico, entre lo individual y lo social convencionales. Al mismo tiempo que propicia la deconstrucción del psicoanálisis tradicional propone, concordando con Winnicott, una clínica que privilegie el desarrollo de la capacidad historizante, de la creatividad y de la autonomía del paciente.

Posición similar con respecto al trabajo analítico tiene Christopher Bollas, quien temprano en los años setenta comenzó a trabajar con pacientes límites, y ya entonces (Bollas, 1979) planteó que, en vez de considerar a estos pacientes inanalizables, era necesario y posible promover una apertura del dispositivo analítico, que al proveer un espacio contenedor y abstenerse de interpretaciones sustentadas teóricamente, facilite en los pacientes procesos evocadores de estados profundamente regresivos, que podrían constituir pasos necesarios en la vía de su curación. Más adelante (Bollas, 2013, pp. 87-102) sostuvo, para todo tipo de pacientes, la posibilidad y eficacia de tratamientos, que al privilegiar la asociación libre, promuevan y rescaten la riqueza productiva y creativa de los procesos inconscientes.

Con respecto a la clínica de las situaciones psíquicas límite, en las que la ideación suicida se inscribe, es destacable que los tres últimos autores citados promueven el trabajo en equipo con otros profesionales. Bollas es particularmente escéptico al abordaje psiquiátrico farmacéutico de estos casos.

Sobre el impacto de las condiciones ambientales y sociales

Entre los avatares de la constitución subjetiva puede mencionarse: que la crianza no tome en cuenta los ritmos infantiles y/o haya inconsistencia con las necesidades del niño, supeditándolas a las adultas, o interrupciones abruptas de la crianza. Rango aparte lo constituirían el abandono, el maltrato y el abuso sexual. Si el niño logra medrar, lo

hará creando organizaciones defensivas contra el traumatismo primario (Rousillon, 1999, op. cit.). El traumatismo resultará disociado, no podrá ya ligarse a las palabras y se tornará resistente a la elaboración simbólica, entonces crecerán niños con dificultades atencionales e impulsividad, adolescentes y adultos ajenos a la función subjetivante del yo, o con dificultades narcisístico-identitarias o con incapacidad de ligar apropiadamente las excitaciones y de diferenciar apropiadamente las emociones. Pero, por otra parte, se hace necesario considerar cómo la arrolladora imposición de las leyes del mercado degrada a los individuos, de la posición social de ciudadano a la condición individual de consumidor, posición agravada en los sectores que han padecido, desde muy antiguo, procesos de segregación y exclusión. La precariedad de nuestra especie la condujo, en la deriva evolutiva, a la socialización. La pérdida de los lazos sociales tiene resultados funestos en los procesos de subjetivación humana.

La globalización, el consumismo, las leyes del mercado sustituyendo las ideologías, el exacerbamiento de las brechas económicas, unidas a la influencia de la televisión y las nuevas tecnologías, conducen al empobrecimiento acelerado de la comunicación familiar y social, y al consecuente vaciamiento de sentido. Al respecto, el historiador Gabriel Salazar ha dedicado un volumen de su Historia Contemporánea de Chile, al impacto de las políticas económicas y sociales en la infancia chilena (Salazar, G. & Pinto, J., 2002).

El Dr. Ramón Florenzano lideró una investigación sobre ideación suicida en adolescentes. El reporte de resultados (Florenzano y col., 2011), indica que se presenta, consistentemente, mayor ideación suicida en los encuestados que declaraban escasa expresión de afectividad y de aceptación parental, falta de amabilidad en las relaciones familiares y ausencia de monitoreo paterno.

Desde lo que nos concierne, puede señalarse que en tales condiciones sociales, los adultos quedan paralizados frente a las nuevas generaciones, siendo incapaces de envolverlas libidinalmente y de significar el mundo para ellas. Esto implica un estrechamiento de la posibilidad de construir defensas exitosas, además de la abrumadora circunstancia de que el universo de lenguaje disponible es restringido y ambiguo (una sola muletilla, como “la cuestión”, puede tener cien significados distintos), de modo tal que se produce una insuficiencia crónica del yo y un ingreso muy precario al vínculo social macro, más allá de las fronteras de la banda, la villa o la población.

Sugiero que puede postularse que el empobrecimiento de las significaciones de mundo y el ulterior choque con la cultura de los más favorecidos, actúan en el psiquismo como un traumatismo reiterado, de importancia similar al de los traumatismos precoces. Ambos procesos inducen la construcción de aparatajes ortopédicos, que dejan vacíos de simbolización. Esto implica, que como paciente y en su vida de relación afectiva y social, las personas tendrán poca permeabilidad para acceder a sus producciones inconscientes (sueños, ensoñaciones, “intuiciones”, etc.) y desde luego para utilizarlas creativamente. La elaboración de sus afectos y excitaciones se hará de manera pobre y en cortocircuito. Aquí podemos evocar las conductas de riesgo para la integridad corporal y anímica, el alcoholismo adolescente, el beber, no para alegrarse sino para “irse a negro”, las dificultades para elaborar un proyecto vital, la desesperanza y el desánimo, los episodios urbanos de euforia destructiva con ocasión de competencias de fútbol o de marchas masivas.

Las altas tasas de suicidio adolescente en Chile, muy probablemente se relacionen con aspectos como los que acabo de mencionar. Si hay un aumento de las cargas excitatorias, la insuficiencia de las ligazones simbólicas, promueve la emergencia de episodios de repetición y escape de las sensaciones de aislamiento, soledad y desvalimiento. Aquí nos topamos con una vía a la comprensión de sucesos de destructividad colectiva, y con una perspectiva diferente a siempre catalogar el suicidio como destructividad volcada sobre sí. Por ejemplo, en algunos casos podría interpretarse como un replegamiento que transita de la misma manera que en el “hospitalismo” de Spitz. Dicho de otra manera, la especie humana viene dotada, por la selección evolutiva, para ser una criatura social. Sólo en un ambiente social que lo acoja y nutra, real, imaginaria y simbólicamente, logrará cada individuo desplegar su potencia constructiva y creativa.

El psicoanálisis y la suicidabilidad en la actualidad

Los psicoanalistas rara vez tenemos acceso previo a pacientes que posteriormente cometen suicidio. Naturalmente, a *posteriori* sólo podemos basarnos en relatos testimoniales de personas afectadas por la experiencia traumática de esas muertes. En cambio, sí oímos con frecuencia acerca de conductas de riesgo extremo en adolescentes y jóvenes, conductas que muchas veces terminan en muertes catalogadas como accidentes, pero que revelarían una profunda falta de aprecio por la propia vida. En la práctica clínica se escuchan relatos de personas cuyos seres queridos o cercanos fallecieron mientras desarrollaban actividades

deportivas en solitario, sin tomar los resguardos preventivos requeridos. Por ejemplo, submarinismo sin revisión técnica de los equipos, escalada de rocas o andinismo sin el equipamiento mínimo y obviando las condiciones climáticas. Se desprenden de esas historias ciertos rasgos comunes: infancia solitaria, inhibición social, victimización escolar (*bullying*), distanciamiento afectivo actual. Pero al mismo tiempo, no se encuentra en los relatos nada que permita suponer patologías mentales, como fenómenos psicóticos del lenguaje, descontrol impulsivo, agresividad o destructividad. Tampoco puede asegurarse o negar, pese a la convicción de los respectivos familiares, que efectivamente podrían inscribirse como suicidios.

No sería apropiado negar que, en algunos casos, la conducta suicida tiene claramente destinatario, sentido y propósito, y que éstos pueden haber quedado tempranamente inscritos, según la travesía edípica clásica, tal como lo sostiene Robert Hale (2008) o que en ciertos casos de suicidio habría un deseo de aniquilación de cuerpo. Pero, si se toma el punto de vista de la complejidad de los procesos psíquicos, podría aventurarse, que, así como hay muchas formas de vivir, también hay muchas formas de morir e incluso algunas en que los procesos biológicos quedan preservados por tiempos prolongados.

Por ejemplo, he supervisado a colegas voluntarios en ONG que trabajan con personas en situación de calle. Las historias de estos marginados, aunque algunas sean de personas con alguna patología psiquiátrica, reflejan también en ocasiones una voluntad de lo que podríamos llamar “muerte cívica”. No tener techo, parece implicar entonces la no sujeción a ningún derecho, a costa de la mal nutrición, el frío, la incomodidad, los abusos y malos tratos. Estas personas lograron cierta constitución psíquica, que sin embargo no logró medrar en una subjetividad plena, en un abrochamiento a su cultura de origen. En el extremo opuesto, pero con idéntico resultado, podríamos ubicar a personas que desarrollan obesidad mórbida en grados que los inmovilizan hasta el punto de perder la capacidad para efectuar su propia higiene corporal. Obviamente, hay una renuncia gozosa a la subjetivación.

En 1970, participé como psicóloga clínica y docente en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Chile. En esa época se denominaba “transvitalización” a una forma particular de morir de algunos ancianos, que recientemente habían sufrido la pérdida de su pareja de toda la vida. Se observaba en ellos, un progresivo aislamiento social, pérdida masiva de intereses que habían sido importantes en la vida reciente

(por ejemplo, el cuidado de alguna mascota, el ir a misa, el contacto con los nietos, hábitos de cuidado y aseo, entre otras) hasta llegar a un replegamiento muy generalizado, después del cual sobrevinía la muerte. El plazo de fallecimiento del viudo se estimaba en un rango de 6 a 8 meses después. Nada más ajeno a estos cuadros que la venganza, la destructividad desplazada hacia el sí mismo o las reminiscencias edípicas clásicas. Claro está, que nuevamente, el paradigma de la complejidad nos indica que no deben extraerse conclusiones generales. Desde luego, cada vez son menos frecuentes las parejas que se mantienen a lo largo de todo el recorrido vital de sus integrantes. Por otra parte, aunque la cobertura diste de ser universal, los ancianos de hoy disponen de grupos de apoyo, mejor atención en casas de reposo, etcétera.

En cuanto al abordaje de los pacientes que mal disimulan ideación suicida, o la presentan abiertamente, en cualquier edad y condición social, parece plausible el método psicoanalítico, centrado en los procesos inconscientes del paciente, con un trabajo que se aleje de generalizaciones teóricas y de etiquetados diagnósticos. Si bien la elaboración en psicoanálisis comprende procesos de re-significación, vehiculizados por el lenguaje (lo dicho, lo no dicho, lo oído, lo mal entendido, la ocurrencia sorprendente, el olvido delator y otros procesos) estos solo son posibles y lograrán efectividad en cuanto ambos participantes se impliquen en el trabajo inconsciente: el analista ayude a generar un ambiente terapéutico benigno, no intrusivo, su escucha respete y aproveche los fenómenos transferenciales, sin abocarse a interpretarlos y el analizante logre prestarse atención a sí mismo y a sus estados mentales y adentrarse en la asociación libre, verdadero proceso de investigación-descubrimiento de las posibilidades del ser. Sin descuidar los riesgos y, en general procurando apoyarse en equipos terapéuticos u otros profesionales, tal terapia puede proveer suficiente contención-libertad para que lo anterior tenga alguna factibilidad, y puedan abrirse rutas de elaboración psíquica que contribuyan a una apertura hacia el mundo externo e interno, al reconocimiento, aceptación y tramitación de angustia, antes generalmente desviada en *acting out* o disociada y el analista podría brindar el espacio de una integración más armónica y apaciguada del psiquismo.

En referencia al recurso de las ayudas terapéuticas externas, podría mencionar estrategias como los grupos de apoyo, la arte-terapia, las disciplinas orientales: yoga, *aikido*, la jardinería y otras. En trabajos clínicos con este método, propios y de supervisados, en los cuales se puso atención a sueños, ensoñaciones diurnas y otras producciones

del inconsciente, procurando un ambiente contenedor y empático, enfatizando los elementos que ayudaban a dar importancia a los procesos psíquicos y estados mentales propios, se posibilitó el contactar con ocultos sentimientos de soledad y abandono, o en distintos casos acercarse a dolores, rencores, vergüenzas, culpas y sentimientos de incapacidad e insuficiencia, lo que permite ligar simbólicamente emociones y afectos. En procesos así llevados, se puede ir produciendo la capacidad de integración psíquica *versus* la disociación y confusión anterior. Algunos pacientes lograron de este modo calibrar y elaborar su propio desapego vital. En suma, considero que, con esta perspectiva, se abren caminos para la interacción, diálogo y trabajo de equipo en el tratamiento y sobre todo la prevención de la suicidabilidad.

Referencias bibliográficas

- Alvarez, Al. (1972). *The Savage God*. New York: Random House, Inc.
- Baquedano, S. (2007). ¿Voluntad de vivir o voluntad de morir? El suicidio en Schopenhauer y Mainländer. *Revista de Filosofía U. Ch.* 63: pp. 117-126. Recuperado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00622008000300013
- Bello, M. (2008). Análisis crítico de las formulaciones de J. Lacan sobre la agresividad. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología Clínica, Mención Psicoanálisis. Programa Universidad Adolfo Ibáñez - ICHPA.
- Bion, W. (1997). *Aprendiendo de la experiencia*, Barcelona: Paidós Ibérica. Traducido de: *Learning from experience* (1962). London: William Heinemann.
- Bollas, C. (1979). The Transformational Object, *International Journal of Psycho-Analysis*, 60:97-107
- Bollas, C. (2013). El momento freudiano, Ediciones Karnac. Traducido de *The freudian moment*, (2007). Londres: Karnak Books Ltd.
- Bleichmar, S. (2001). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Bleichmar, S. (2006). *Paradojas de la sexualidad masculina*. Buenos Aires: Paidós.
- Briggs, S., Lemma, A. & Cruch, W. (Eds.). (2008). *Relating to self harm and suicide*, Routledge (Taylor & Francis Group, London y New York).
- Camus, A. (1942, 2012). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza Editorial (2012).
- Cholbi, M. (2016). Suicide en *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Summer 2016 Edition), Edward N. Zalta (ed.), Recuperado en: <http://plato.stanford.edu/archives/sum2016/entries/suicide>
- Erwin, E. (2002). Ferenczy, en *The Freud Encyclopedia: Theory, Therapy, and Culture*. Recuperado en: <https://books.google.cl/books?isbn=0415936772>

- Etcheverry, J.L. (1988). Sobre la versión castellana, en *Obras Completas de Sigmund Freud*, Volumen de Presentación (1978). Amorrortu, Buenos Aires.
- Florenzano, R. y colaboradores (2011). Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos en *Revista Médica de Chile 2001*; 139: pp. 1524-1533.
- Freud, S. (1988). Bosquejo de la “Comunicación Preliminar de 1893” (1892). En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas Sigmund Freud* (Vol.1, pp. 172-182). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1944).
- Freud, S. (1988). La interpretación de los sueños (1900-01). En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vols. 4 y 5). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1900-1901).
- Freud, S. (1988). Psicopatología de la vida cotidiana (1901). En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 6). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1901).
- Freud, S. (1988). A propósito de un caso de neurosis obsesiva (1909). En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 10, pp. 154-155). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1909).
- Freud, S. (1988). Contribuciones a un debate sobre el suicidio. En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 11, pp. 232-233). Buenos Aires Amorrortu. (Trabajo original publicado 1910).
- Freud, S. (1988). Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. En J.L. Etcheverry (Traduc.) *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 2-64). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1914).
- Freud, S. (1988). Introducción del narcisismo (1914). En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 65-98). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1914).
- Freud, S. (1988). Totem y Tabú (1913). En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 123-126). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1915).
- Freud, S. (1988). Duelo y melancolía (1917). En J.L. Etcheverry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud*, (Vol. 14, pp. 235-256). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1917).
- Freud, S. (1988). Mas allá del Principio del Placer (1920). En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 1-61). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1920).
- Freud, S. (1988). El Yo y el Ello (1923). En J.L. Etcheverry (Traduc.), *Obras Completas: Sigmund Freud*, (Vol. 19, pp. 1-59). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1923).

- Freud, S. (1988). Presentación autobiográfica (1925). En J.L. Etcheverry (Traduc.), Obras completas: Sigmund Freud (Vol. 19, pp. 55-56). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1925).
- Freud, S. (1988). Inhibición, síntoma y angustia (1926). En J.L. Etcheberry (Trad.), Obras Completas: Sigmund Freud (Vol. 20, pp. 71-161). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1926).
- Green, André (2003). Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente. Buenos Aires: Ed. Amorrortu 2005.
- Green, A. (2012). André Green en México. Actualidad y porvenir del psicoanálisis, conferencias de 2007. D.F. México: Edic. D'Jimena, CIESM.
- Hagel, R. (2008). Psychoanalysis and suicide: process and typology, Cap. 1 en Briggs, S., Lemma, A. & Cruch, W., eds. (2008). *Relating to self harm and suicide*, Routledge (Taylor & Francis Group), London y New York.
- Jozef Perelberg, R. (Ed.) (1999). *Psychoanalytic understanding of violence and suicide*. New York: Routledge.
- King, R. y Apter, A. Psychoanalytic perspectives on adolescent suicide. *Psychoanalytical Study of the Child*, 51: 491-51.
- Merker, B. (2007). Consciousness without a cerebral cortex: A challenge for neuroscience and medicine, *Behavioral Brain Sciences*, 30, pp. 63–81. Recuperado en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17475053>
- Morin, E. (1990). *Introduction à la pensée complexe*, Paris: Ed. du Seuil.
- Rachman, A.W. (1989). Confusion of Tongues: The Ferenczian Metaphor for Childhood Seduction and Emotional Trauma. *Journal American Academy Psychoanalysis* 17:2, 181-205. Recuperado en: www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1300/j032v07n01_02. Recuperado en <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v8n2/v8n2a01.pdf>
- Panksepp, J. (2010). Introduction to the Symposium The Philosophical Implications of Affective Neuroscience, Oregon (Oct2010), en *Journal of Consciousness Studies*, 19, No. 3-4, 2012, pp. 6-48. Recuperado en <https://www.psychologytoday.com/sites/default/files/attachments/109303/jcs-articlefinal.pdf>
- Rodolfo, R. (2004). *El Psicoanálisis de nuevo*. EUDEBA, Buenos Aires.
- Rodolfo, R. (2006). La función del psicoanálisis de niños en la deconstrucción del psicoanálisis tradicional”, en *Naturaleza Humana* 8(2): 265-281, jul-dic 2006.
- Roussillon, R. (2012). *Agonie, clivage et symbolization*. Paris: Presses Universitaires de France, (reed). (Trabajo original publicado 1999).
- Salazar, G. & Pinto, J. (2002). *Historia Contemporánea de Chile*, Tomo V, Niñez y Juventud. LOM, Santiago.

- Spitz, R. (1969). El primer año de vida del niño. Recuperado en <https://es.scribd.com/doc/143904026/El-Primer-Año-de-Vida-Rene-Spitz-Libro>. Traducido de: *First year of life: Psychoanalytical study of normal and deviant development of object relations*, International Univ. Press, Madison, CT, 1965.
- Strachey, J. (1988). Un fragmento de *El mundo como voluntad y representación*, Apéndice a Las resistencias en Psicoanálisis. En J.L. Etcheberry (Trad.), *Obras Completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 236-238). Buenos Aires: Amorrortu, (Trabajo original publicado 1955).
- Tottenham, N. (2012). Human amigdala development in the absence of species-expected caregiving. *Developmental psychobiology*, 54(6): 598-611. Recuperado en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22714586
- Uribarri, F. (2010). André Green. El pensamiento clínico: contemporáneo, complejo, terciario. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (On line)*, 114: 154-179. Recuperado en <http://www.apuruguay.org/apurevista/2010/16887247201211412.pdf>
- Vaget, H.R. (2012). Werther, the undead, en *Goethe Yearbook 2004*: 12: 17-29. Recuperado en: <https://muse.jhu.edu/article/377.168/pdf>

PARTE II.

VÍNCULOS Y RELACIONES

CAPÍTULO 4.

EL SUICIDIO MÁS ALLÁ DE LA LÓGICA DEFICITARIA. UN ESTUDIO DE CASO

Francisco Ojeda G.

El presente artículo se interroga acerca de la lógica deficitaria de la conducta suicida. Para ello se presentan tres argumentos teóricos: el suicidio anómico, la medicalización del suicidio y la lógica del paso al acto según el psicoanálisis. De esta manera se pretende superar la noción deficitaria, defectuosa o fallida de la conducta suicida, para proponer la lógica del exceso en el análisis del acto suicida de una adolescente de 16 años de edad, diagnosticada con Depresión y que realizó un intento de suicidio en su Colegio. Se discute respecto a la posición subjetiva y social del “no encajar”, así como el valor contingente e impredecible del desamparo durante un proceso suicida y los efectos coercitivos del ideal normativo de la masa social. Finalmente, se reflexiona respecto al lugar que tiene el sentido y el sin sentido en la vida de la adolescente, así como los dilemas éticos y políticos que se desprenden de las lógicas del sentido.

La lógica del déficit en el acto suicida

En su estudio sobre *El Suicidio*, Durkheim (1897) plantea un particular tipo de suicidio que resulta de especial interés para las ciencias sociales y la psicología, a saber el “suicidio anómico”. Durkheim lo define como aquel acto individual que emerge cuando una sociedad queda desprovista de las reglas que regulan la colectividad y el bien común, creando un estado excepcional y transitorio de desorganización, que produce las condiciones para una exaltación de las pasiones individuales. El concepto de anomia social le permite a Durkheim postular, de manera subyacente, un tipo de normatividad que asegura la regulación individual, es decir, el poder moral que preserva todo ordenamiento social.

Para este autor, la anomia se entiende como consecuencia de una inédita degradación del lazo social, expresado a partir de una progresiva

individualización de los propósitos. En este sentido, la anomia social manifiesta la ausencia o la falta de reglas y de regulación que afectan a los individuos, dando cuenta, de esta manera, la decadencia de la norma social, en la medida que declina la función de la ley y la autoridad moral sobre los individuos. Por esto mismo es que Durkheim (1897) va a plantear que todas las sociedades tienen una marcada inclinación a la anomia social principalmente porque, en virtud del crecimiento y las transformaciones aceleradas, cada sociedad pasa por períodos donde las normas que rigen el bien común vacilan, se desorganizan y dejan a sus individuos libres de disponer sus caprichos, incluso aquellos que pueden ser autodestructivos. Por lo tanto el tipo de “suicidio anómico” presenta una escena en la que se constataría una ausencia, vale decir, un déficit en las reglas que rigen y regulan el comportamiento individual. Dicho de otro modo, la autoridad moral de la ley –aquella que, de acuerdo con Durkheim (1897), mantiene cohesionado e integrado el lazo social– falla en su función mediadora y apaciguadora de las pasiones individuales, momento en el que algunos sujetos pueden realizar un acto suicida. Por lo tanto, desde este punto de vista sociológico el suicidio anómico circunscribe el acto como una consecuencia de la falla (o falta) en las normas y leyes que regulan el lazo social. Sin embargo, esta noción deficitaria del comportamiento individual no sólo se rastrea en los albores de la sociología moderna, sino también en el campo de la psiquiatría del siglo XIX, tiempo en que se comenzó a “medicalizar” la conducta suicida; es decir, considerada bajo los cambios en la noción de enfermedad mental, que promovían las teorías médicas y psicológicas de la época.

De acuerdo con Berríos (2008), durante el siglo XIX se libró el mayor debate médico y psiquiátrico respecto a la definición suicidio y su relación entre lo mental y lo social. Esta discusión tuvo como eje la fuerte influencia de tres grandes corrientes epistemológicas. Primero, la “opinión estándar” encabezada por el propio Esquirol, quien consideraba al suicida como un individuo que *“siempre estaba en un estado mental alterado, pero que esto podría ser sólo un sobresalto emocional breve y no una locura”* (Berríos, 2008, p. 542), entendiendo la locura como la principal enfermedad mental de su época. Segundo, la “tesis psiquiátrica” defendida por aquellos médicos y psiquiatras que consideraban al suicidio como un acto provocado *siempre* por un trastorno psiquiátrico. Y tercero, la “tesis social del suicidio” planteada por Durkheim (1897), que provocó la consideración de lo social, en el campo de la medicina y la psiquiatría como un nivel de explicación irreductible y omnipresente para el suicidio.

Durante esta época hubo un eje transversal en la discusión sobre la medicalización del suicidio, respecto a la noción de peligrosidad del acto ya sea auto o hetero destructivo. A partir de una revisión y análisis del texto *La evolución del concepto de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal del siglo XIX* de Michael Foucault (1978), se pueden obtener dos ideas fuerza al respecto. Primero el acto suicida y su intento, así como el acto criminal, comparten la característica de tratarse de una conducta desviada sin manifestación sintomática, salvo por la ocurrencia del acto propiamente tal; vale decir, allí donde se presuponía un funcionamiento normal, el acto es la única manifestación de un motivo oculto, desapercibido para los demás, que es interpretado como signo de una patología mental. Lo interesante aquí es la significación del acto en términos de un Trastorno Mental; dicho de otro modo, se produce un salto lógico desde el acto a su consideración como patognomónico de una condición patológica de lo "mental". Y segundo, son los médicos —es decir, los técnicos encargados de los peligros inherentes al cuerpo social— los encargados de evaluar, tanto el grado de locura (entendida como aquella fuerza interior, escondida en el sujeto y que no puede dominar) como la racionalidad del acto, es decir "el conjunto de relaciones que unen el acto a los intereses, a los cálculos, al carácter, a las inclinaciones, a los hábitos del sujeto" (Foucault, 1978, p. 48).

La peligrosidad como tal, constituye una paradoja entre las condiciones objetivas del peligro y el juicio moral respecto de las conductas, hábitos e inclinaciones de una persona (que se traduce en la evaluación "él o ella es peligrosa"); es decir, existe una evidente incertidumbre en lo que se define como "peligroso", porque la *prueba* del peligro sólo puede comprobarse luego de la ocurrencia del acto. De esta forma, la incertidumbre inaugura una brecha que separa el diagnóstico de peligrosidad y la realidad del acto. Por ello, dice Castel (1991), ante la peligrosidad potencial del acto suicida, los dispositivos sanitarios y de protección de la vida (que en último término representan a la sociedad en su conjunto) tienen la obligación de actuar para prevenir su ocurrencia e incidencia.

Con todo, la "tesis psiquiátrica" es la corriente que más desarrollo ha presentado en el campo de la salud mental, constituyéndose de este modo en la hipótesis que más consenso produce como causa del suicidio. Es más, el último Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM 5, 2013) postula una nueva categoría diagnóstica (de investigación) llamada Trastorno de la Conducta Suicida (*Suicidal Behavior Disorder*), la cual considera al intento de suicidio por

repetición como un trastorno mental en sí mismo; consolidando de este modo, la condensación entre acto y Trastorno Psiquiátrico.

En cierto sentido las teorías psiquiátricas sobre la conducta suicida sostienen, a grosso modo, que las perturbaciones mentales y sus diferentes Trastornos son provocadas por la interacción un conjunto complejo de factores individuales y sociales, que componen un escenario en donde el sujeto se encuentra en falta o desprovisto del funcionamiento “normal” de diferentes sistemas: desde los marcadores neurobiológicos hasta los psicosociales. De este modo, los estudios epidemiológicos contemporáneos han descrito que a nivel individual existe una fuerte asociación entre trastornos psiquiátricos y la conducta autolítica, dentro de los cuales los más frecuentes son los trastornos del ánimo y el consumo de alcohol y drogas; incluso se ha estimado que el 90% de los adolescentes fallecidos por suicidio presentaron un “trastorno depresivo” (Evans, Hawton y Rodham, 2004; Salvo y Melipillán, 2008). De modo similar, se ha descrito que el *perfil psicosocial* del sujeto suicida es un individuo que ha tenido una historia de: disfunción familiar, abuso sexual, alteraciones en el vínculo de apego, estilos de crianza permisivos, presencia de psicopatología parental, antecedentes de suicidios en la familia, dificultades de socialización en la escuela, víctima de “*bullying*”, deserción escolar, desesperanza y aislamiento social (Larraguibel, González, Martínez y Valenzuela, 2000; Shaffer y Pfeffer, 2001; Ruter y Behrendt, 2004; Gould et al., 2005; Rutter et al., 2008; Hamza, Stewart y Willoughby, 2012).

De cierta manera, estos factores de “riesgo” para la realización de un acto suicida, giran alrededor de la idea general del déficit, del desajuste y, finalmente, la anomia de un sujeto respecto a su relación con el medio social más amplio.

El acto suicida como presencia excesiva

El psicoanálisis ofrece elementos conceptuales que actúan como contrapunto a la hipótesis deficitaria del sujeto suicida, restituyendo la dignidad y el valor subjetivo que todo acto soporta en tanto producción singular de cada sujeto. En el *Seminario de 1962-1963* sobre la *Angustia*, Lacan (2007) plantea dos grandes conceptos que permiten profundizar acerca de la realización de un acto como el suicidio. Lacan plantea que, en determinadas condiciones, el sujeto se precipita en realizar un “paso al acto” o bien un “acting out”; los cuales, si bien tienen un estatuto diferente, no obstante comparten la materialidad del acto.

Para Lacan (2007), el “acting out” es ante todo un elemento de la conducta que se muestra y se hace visible, pero a modo de una verdad velada: “el acting out es esencialmente algo, en la conducta del sujeto, que se muestra. El acento demostrativo de todo acting out, su orientación hacia el Otro, debe ser destacado” (Lacan, 2007, p. 136). El “acting out” se comporta como un síntoma, es decir que se muestra distinto a lo que es y está sujeto a la interpretación, por lo tanto es descifrable. A su vez, el “acting out” implica un sostenimiento que Lacan (2007) lo ejemplifica como un llevar de la mano, sin un quiebre abrupto entre lo que sostiene al sujeto en relación a su mundo social. Ahora bien, una de las principales características del “acting out” es que siempre se trata de un mensaje dirigido al Otro y contiene “un elemento altamente significativo, precisamente porque es enigmático” (Lacan, 1958, p. 428); enigma que actúa como una interpelación al Otro (alteridad radical para el sujeto que, en ocasiones, está representada por: los padres, la familia, las instituciones, la cultura).

En cambio, el “paso al acto” designa una dimensión radicalmente opuesta al “acting out”. Lacan (2007) define el “paso al acto” como un *dejarse caer* utilizando la fórmula con la cual Freud (1920) analizó el caso de la joven homosexual. Este último es el caso de una adolescente de dieciocho años de edad, bella, inteligente, proveniente de una familia respetada y aristocrática, que es llevada a consultar con Freud debido al disgusto que produce en su padre la inclinación amorosa de su hija hacia una “dama”, diez años mayor que ella y de mala reputación. Un día, mientras la joven y su dama paseaban por la calle, el padre se cruza con ellas y le lanza a la dama una mirada cargada de irritación y cólera. La dama, para quien la relación amorosa no era más que una diversión, le dice a la joven que está cansada, que la relación ya ha durado mucho, que no quiere meterse más en problemas y que deje de mandarle flores todos los días. Entonces la joven corre del lugar y se arroja a los rieles del tranvía.

Lo que se destaca en este caso es el desamparo de la adolescente ante el rechazo de la dama. Momento en el cual la joven se arroja a las vías del tren. El *dejarse caer* es la traducción de la palabra *niederkommen* que usa la joven para referirse a su acto, la cual es usada por Freud (1920) para analizar este caso ya que significa simultáneamente “caer” y “parir”. Precisamente la dimensión del parir y su correlato edípico –del deseo inconsciente de parir un hijo del padre– contiene para Freud todo el valor en el análisis de este caso como una psicogénesis de una homosexualidad femenina. Por ello, continúa Lacan (2007),

en el “paso al acto” se juega la precipitación del sujeto al límite de la escena, para bascular hacia su exterior. Movimiento que ocurre sólo gracias a que se produce una identificación absoluta o masiva del sujeto con el objeto, reduciendo al sujeto y quedando rechazado, deyectado y expulsado fuera de la escena que sostiene el Otro. Lacan va a señalar que esta identificación, consiste en una reducción imaginaria que toma la forma de objeto y se separa tajantemente del campo del Otro y, en consecuencia, “el sujeto retorna a aquella exclusión fundamental en la que se siente” (Lacan, 2007, p. 123).

Junto con este tipo de identificación, Lacan (2007) va a señalar que las condiciones previas para la realización de un “paso al acto” resultan del cruce entre el embarazo y la emoción. El embarazo, dice Lacan, se refiere al momento lógico, más allá del estar encinta, que apunta a la noción del *imbaricare*, es decir, de estar “em-barrado” (*embarras*). Se trata de un momento embarazoso, en donde el sujeto ya no sabe qué más hacer consigo mismo y no encuentra tras qué parapetarse. De este modo, lo que acontece es la presencia de un exceso, es decir, de algo que hay de más y que deja “embarrado” al sujeto a punto de caer, de desfallecer. Mientras que la emoción, por su parte, Lacan (2007) la utiliza de acuerdo con su dimensión etimológica, es decir en su relación con el movimiento (específicamente con el verbo *emovere* que significa retirar, desalojar de un sitio) y que emerge como un movimiento que deja fuera al sujeto. En tal sentido, la *emoción* acontece como resultado de una invasión pulsional en el sujeto que produce una precipitación catastrófica, a través de un movimiento abrupto y descoordinado. Por ello, tanto el embarazo como la emoción emergen como condiciones previas para que un sujeto realice un “paso al acto”.

El “paso al acto” pareciera ser la dimensión clínica y teórica más ajustada a la presentación del acto suicida en cuanto tal y que se produce en la medida que el sujeto se ve confrontado a una presencia excesiva que no le deja lugar para responder subjetivamente. Esta presencia excesiva, opera al modo en cómo se presenta y modula el desamparo para el sujeto. El desamparo o la *Hilflosigkeit*, según Freud (1926 [1925]) acontece a partir de la admisión del desvalimiento del sujeto que, sin resguardo, se expone abiertamente a la violencia traumática de las fuerzas que lo exceden. Freud destaca que una de las características principales del desamparo, es el carácter deficitario del aparato psíquico frente a la irrupción, real, de una presencia avasalladora de las barreras protectoras del mismo psiquismo. Sin embargo, años más tarde, Lacan en su *Seminario sobre El deseo y su interpretación* (1958-1959),

introduce una nueva forma de comprender la *Hilflosigkeit* superando de esta manera la noción deficitaria del desamparo freudiano.

Lacan (1959) va a plantear que ante la *Hilflosigkeit*, el sujeto queda en posición de estar “sin recursos” frente a la presencia del Otro y que constituye una reacción más primitiva que la producción de angustia. Estar “sin recursos” implica que el sujeto no disponga la hiancia, es decir la discontinuidad necesaria para que la subjetividad tenga un espacio posible entre el sujeto y el Otro, con la cual el sujeto pueda introducir su deseo. Más bien, lo que Lacan muestra es que en el desamparo, el Otro se vuelve hiper-presente, es decir, se presenta como una alteridad cuya presencia se hace excesiva, ya sea bajo la figura avasalladora (es decir, como cercanía invasora) o como presencia vacía (como una lejanía negligente). Cualquiera sea el caso, esta omnipresencia del Otro deja al sujeto “sin recursos”, quedando perturbado e impedido para tomar alguna acción de resguardo que asegure la propia subjetividad (Radiszcz y Bralic, 2011). Esta noción del “sin recursos” permite superar la visión deficitaria de las manifestaciones del desamparo y logra precisar el tipo de relación que ocurre entre el sujeto y el Otro, que reduce al sujeto a su estatuto de objeto excluido del lazo con el Otro y, de esta manera, para servir a su eyección.

En suma, a partir de los antecedentes teóricos revisados este artículo pretender proponer un debate empírico y teórico acerca de la noción generalizada del acto suicida desde la lógica del déficit, a través de la exposición de los resultados de una investigación¹ que estudió en profundidad el proceso suicida de una adolescente.

Indagar sobre el fenómeno del suicidio en adolescentes se considera relevante debido a que uno de los principales cambio en el “régimen del suicidio”, se relaciona con la inversión de las tasas en base a las generaciones; es decir, se han incrementado las tasas de suicidio en poblaciones más jóvenes, cuando históricamente el suicidio se había presentado mayoritariamente en adultos y adultos mayores (Baudelot y Establet, 2006). Se ha descrito que estos cambios en las tasas de suicidio según la edad, podrían ser resultado de una redistribución del estatus social de la adolescencia, que se relacionan con un cambio

¹ Ojeda, F. (Sin publicar). Historia de una caída. Estudio de caso sobre la trayectoria sociobiográfica de una adolescente suicida. Tesis para optar al grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto Juvenil. Universidad de Chile, Santiago: Chile.

selectivo y dinámico de los recursos y reconocimiento social (Chauvel, 1997; Phillips, 2014). En los últimos años, en Chile se ha observado un brusco aumento del suicidio en el rango etario entre los 15 y 19 años, estimándose que nuestro país duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio comparado con otros países de Latinoamérica y el Caribe (Echávarri, Maino, Fischman, Morales y Barros, 2015).

Por lo tanto, resulta interesante preguntarse sobre los cambios sociales que han afectado la vida y las experiencias adolescentes, que encuentran en el suicidio una forma para expresar las transformaciones sociales (Le Breton, 2012). Es precisamente, la posición ambigua que ocupa la adolescencia en el lazo social, en tanto depositario de las utopías y distopías de la sociedad (Radiszcz, 2014), que emerge como terreno especialmente sensible para las manifestaciones del malestar subjetivo en nuestra cultura.

Metodología

Se realizó una investigación cualitativa, de carácter exploratorio, comprensivo con el diseño de un estudio de caso único (Stake, 1994; Yin, 1994; Nock, Michel y Photos, 2014). Para ello, se contactó a un Centro de Salud Mental de la Región Metropolitana y se procedió a seleccionar un caso de un adolescente que tuviera entre 15 y 19 años y que se encontrara iniciando o desarrollando un tratamiento ambulatorio. No se consideraron aquellos casos en que el o la adolescente se encontrara desescolarizado/a; que tuviera consumo de alcohol, drogas o que estuviera diagnóstico de un trastorno psiquiátrico severo (como esquizofrenia, patología dual o psicosis); y que no presentase una deficiencia intelectual moderada a severa.

El caso seleccionado fue una adolescente de 16 años diagnosticada con depresión, quien había realizado un intento de suicidio en su colegio y que fue hospitalizada en dos Hospitales en la ciudad de Santiago. Esta adolescente vivía con su familia en una comuna vulnerable del sector Sur Oriente de la capital y la situación socioeconómica familiar se encontraba por sobre la media comunal.

Los datos recolectados fueron a través de entrevistas abiertas con los participantes: la adolescente, los padres, el hermano mayor, la psiquiatra y la directora del colegio. El carácter abierto de las entrevistas implicó sostener una conversación dialógica, coloquial (Martínez, 2006) y tuvo como objetivo reconstruir el proceso suicida, enfatizando la incidencia

que tuvieron las prácticas realizadas por la familia, la escuela y los centros de salud específicamente. Los datos fueron organizados a partir de unidades temáticas obtenidas de cada entrevista. Luego se construyó una matriz de categorías seleccionadas que se aplicaron al conjunto de las entrevistas, logrando construir un relato único respecto al proceso suicida de la adolescente. Finalmente, se realizó un análisis narrativo (Stephens, 2011; Stephens y Breheny, 2013).

Resultados

A continuación se presenta parte del relato sociobiográfico de la adolescente a quién llamaremos Marcela. Este relato pretende describir y comprender las condiciones bajo las cuales se presenta el acto suicida, considerando las relaciones entre el individuo y lo social.

Marcela tenía casi 15 años cuando se quiso suicidar intentando saltar del tercer piso de su colegio. Ese año Marcela cursaba octavo básico y se preparaba para finalizar la enseñanza básica. Durante su escolaridad, siempre trató de destacar como “buena alumna”, pese a no tener las calificaciones más altas de su curso, sin embargo intentaba por todos los medios en hacer las cosas “bien” como le gustaba decir. Para ella ser “buena alumna” implicaba que no la retaran en público o le llamaran la atención por alguna equivocación, si esto ocurría ella se avergonzaba: “no sé por qué... que me dijeran algo... era como ‘estoy haciendo algo mal’... entonces como yo siempre hice entre comillas las cosas bien, me daba vergüenza”. La Directora del colegio, la describía como una alumna “que uno la veía súper alegre, normal, como el resto”.

En ese tiempo, Marcela vivía con sus padres y uno de sus dos hermanos mayores. El primogénito de la familiar no vivía en casa a causa de un conflicto familiar: hace algunos años atrás desapareció y estuvo varios meses sin comunicarse con su familia. Esta situación afectó a la familia de Marcela (en especial a su madre) transformando las dinámicas y relaciones al interior de la familia. Si bien el hijo aparece unos meses posteriores a su desaparición, no obstante Marcela se dio cuenta que “ya nada sería como antes”.

Marcela nació siendo “la única” en su familia. Ella era la hija menor de sus padres y tenía más de quince años de diferencia con sus hermanos mayores. A pesar que creció y se desarrolló sin mayores complicaciones, ella tenía la sensación de “no encajar” en su familia:

“...me decían ‘pero Marce ¿por qué jugai a la muñecas?, ¿por qué?, si tu erís grande. Compórtate como grande’ y cuando yo, por decir, pololié por primera vez ‘pero Marce cómo estay pololeando si erí muy chica, cómo estay haciendo esto’. Entonces siempre me decían ‘es que erí muy grande, es que erí muy chica’ (...) Y yo pensaba: pero ¿por qué tanto les molesta como soy? Les molestaba que hablara, que no hablara, que estuviera sola, que no estuviera sola. Entonces como que todos me fueron como aplastando”.

Marcela se dio cuenta de que ella no encajaba, “cuando nació mi prima, ahí fue cuando totalmente yo me di cuenta que era diferente”. Tenía cerca de cuatro años cuando nació su prima materna y ella sintió un desplazamiento significativo: “yo era el centro de atención y nació ella, y ella era el centro de atención”. Este sentimiento de “no encajar” de a poco se fue extendiendo a sus círculos sociales, especialmente con sus pares en el colegio.

Marcela recuerda que entrada la pubertad empezó a ser molestada permanentemente por sus compañeros y compañeras, a causa de sus preferencias musicales y su apariencia física. Recuerda “mis compañeros me quitaban mi celular y me borraban las canciones. Mis compañeros, me ponían, me enviaban música de reggaetón. Y me acuerdo que a mí me cargaba eso, yo no lo soportaba”. Ella prefería escuchar música ochentera, la cual había heredado de sus hermanos. También recuerda que le decían:

“...que yo era muy flaca. Me decían que yo era anoréxica. Me decía palillito, palitroque, me decían de todo (...) Cuando me decían flaca yo lo único que, lo único que yo hacía era comer, comer y comer. Siempre tuve ese problema, que me decían: ‘oye que soy flaca’ y yo me decía: ‘no soy flaca, no soy flaca. Yo como, yo como’. Y después era como ‘erí gorda’, ¡ay! ya no soy gorda: soy gorda, soy gorda. Entonces la gente nunca está como contenta con uno”.

Marcela tenía pocos amigos y amigas. Para ella sus compañeras eran consideradas como “muy perras y envidiosas”. Según Marcela la envidia se producía, por ejemplo, cuando “si te vestís con una amiga, ella va a decir ‘ay qué linda tu ropa’, la va querer y te va a envidiar”, por lo tanto “le voy a caer mal porque tenís mejores cosas que ella”. Por eso Marcela ha preferido juntarse con amigas a quienes considera que “no son femeninas” y así evitar este tipo de problemas.

Sobre esto último, Marcela trata de luchar contra una serie de estereotipos sociales asociados a la mujer y que estaban soportados por el discurso materno: “tienes que ser una dama”. Esta imagen no calzaba con la que Marcela tenía de sí misma, en la medida que ella no se consideraba como “estas niñas que se preocupan de peinarse, de verse bien (...) tampoco soy de sentarme tan femininamente”. En cierto sentido, ella vivía un conflicto con las reglas que rigen las expresiones femeninas: “o sea, no hay que siempre seguir las reglas. O sea, si alguien dice que un pepino en la cabeza va a ser femenino ¿todos van a querer usar el pepino en cabeza? Yo no soy así”.

Marcela tenía como 14 años cuando su madre la observó desanimada, cansada e insomne: “parecía un *zombie*. Sentía que ella estaba muy colapsada. Entonces a la edad de ella yo no entendía por qué ella estaba tan colapsada; si se supone que uno a los 13 años está con toda la energía del mundo” recuerda la madre. Su padre, pensaba que este cambio en el carácter de su hija se debía a que “nosotros la teníamos muy arrinconada aquí. No la dejábamos salir a ningún lado, ninguna cosa. Nada. Yo pienso que si bien la presión a ella la tenía así. Yo pienso que se sentía sola”. Dado lo anterior, consultan en medicina familiar y Marcela fue diagnosticada con un Trastorno Depresivo, iniciando un tratamiento con fármacos y psicoterapia. Pese a ello, ella consideró que el tratamiento en salud mental no le funcionó:

“...yo pienso porque igual tuve un intento de suicidio. O sea sí funcionó. Me gustaba ir, me hacía dibujar, pero en sí había algo en mí que yo no podía decir o quizás... no encontraba palabras, no me sentía preparada para decirlo”.

Marcela hizo dos intentos de suicidio bastante singulares: en su casa y en el Colegio. El primer intento de suicidio sucedió casi un año antes del acto suicida en el Colegio. En dicha oportunidad, Marcela recuerda que en ese tiempo peleaba muy seguido con su madre “lo que más me molestaba era que yo a veces le ayudaba en la casa y mi mamá donde iba decía que yo era floja, que yo no ayudaba; la verdad me molestaba, me molestaba demasiado”.

Un día, luego de una discusión muy intensa con su madre, Marcela se quedó sola en su casa a la espera de una “cita” virtual con un adolescente ecuatoriano que contactó por medio de una “amiga de *Facebook*”. Marcela comenzó a pensar en las continuas peleas con su madre, hasta que se desesperó y se dijo “si tanto pelea, tanto que habla que soy floja

voy a demostrarle que soy totalmente floja y voy a dormir para siempre” y fue a buscar una cuerda.

Sentada frente al computador intentaba hacer un nudo para ahorcarse, pero no lograba atar bien la cuerda. En eso el adolescente se conectó por *Skype* y le habló. Si bien Marcela estaba triste, no obstante se animó en responderle; le dijo que se iba a ir y su interlocutor “dijo ‘¿pero por qué?’ y le dije que: ‘*me tengo que ir a un mejor lugar*’. Creo que él entendió el mensaje bastante rápido, porque las personas normalmente no lo entienden”. Marcela recuerda que el adolescente comenzó a decirle que no se matara, empezó a hablarle de lo difícil que es la vida y le contó que su madre lo había abandonado cuando era pequeño. Esto causó sorpresa en Marcela, provocando su deseo para hablar, dejando la cuerda de lado y dando inicio a una profunda conversación.

El segundo intento de suicidio ocurrió en el Colegio. Durante la mañana de ese “fatídico día” como lo nombra la madre, Marcela se encontraba en clases de Lenguaje:

“...yo estaba bien haciendo mi trabajo, la verdad es que me estaba quedando súper bien. Y la cosa es que un compañero me manchó el trabajo y me dijo unas cosas que me estaba quedando feo. Y yo no sé qué me pasó, mil pensamientos por la cabeza, rompí el trabajo y le pedí permiso a la profe para ir al baño”.

Al salir de la sala de clase se dirigió al tercer piso del edificio. La pena inundaba su cabeza y sólo tenía deseos de llorar. Encontró alivio y consuelo en su soledad. Lloraba tranquilamente hasta que vio a un amigo algunos años mayor que ella. Hace unos meses atrás, aquel amigo la había retado porque observó que Marcela tenía cicatrices de cortes en los brazos. Al retarla, le contó que él también se había cortado y quería advertirle que esas marcas duraban muchos años, por lo cual deseaba que ella se detuviera. Al verlo pensó:

“...como habíamos peleado yo ya como que no tenía esa confianza de ir y decirle que necesitaba un abrazo, que necesitaba ayuda. Yo creo que si lo hubiera dicho, no me hubiera subido a la baranda. Pero no se lo dije. No le dije que necesitaba ayuda. Me saludó, me abrazó y se fue... Y cuando yo lo perdí de vista, miré la baranda, busqué como subirme y miré a ver si había alguien y como no había nadie, corrí. En unos segundos yo estaba parada en la baranda, donde si daba un paso, caía. Yo me creía un ángel. Una suicida. Intenté volar, pero no alcancé”.

Al borde de la baranda Marcela pensaba “ya no puedo seguir con esto”. En ese momento fue abordada por una docente, quien habría sido alertada por sus alumnos mientras hacía clases en el laboratorio de ciencias. La profesora le habla y le pregunta cómo se siente y qué es lo que quiere hacer. Marcela responde “¡Saltar!”. Ante su respuesta, la docente trata de persuadirla, sin embargo Marcela insiste en que “las palabras no cambian nada, que las personas seguían iguales” y justo cuando se preparaba para saltar de la baranda, apareció un auxiliar de servicio que la tomó por la espalda y la bajó de ahí: “cuando me afirmé, yo dije *‘qué estoy haciendo, mi familia, mis estudios, mis sueños, todo’* y le ayudé a bajarme. No me opuse”.

Al día siguiente, la madre acudió con su marido y su hija al Centro de Salud Familiar (CESFAM) para pedir ayuda. Los profesionales que los recibieron resolvieron, con el consentimiento de los padres y de Marcela, hospitalizarla debido a que consideraban que Marcela era “un peligro para sí misma”, según recuerda la madre. De igual forma:

“...yo dije que sí [a la hospitalización] porque iba a estar con especialistas y no iba a estar aquí en la casa. Que iba a estar sola. Que me iban a cuidar (...) mi mamá iba a estar un poco más tranquila de que me estaban tratando”.

Marcela fue hospitalizada casi veinte días. Primero en un Hospital de referencia, en donde estuvo esperando el cupo para una unidad especializada de psiquiatría; y segundo, en un Hospital especializado. Finalmente se le otorgó el alta médica y fue derivada a un Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), en donde es diagnosticada con Depresión Bipolar e inicia tratamiento psiquiátrico y psicológico.

De este modo, el proceso suicida de Marcela comienza una etapa de “recuperación” a partir del tratamiento de su patología psiquiátrica. El diagnóstico le permite a Marcela reducir y circunscribir el sentido existencial y caprichoso de sus actos, articulados una categoría médica con la cual logra otorgar un nuevo sentido a los hechos ocurridos. De modo tal que la Depresión se le ofreció como una nueva significación que le permitiría identificarse, comprenderse a sí misma y mirar su historia retrospectivamente:

“...habían momentos en que yo podía estar muy feliz y de la nada, en un dos por tres, yo estaba llorando, estaba enojada, me cambian los estados de ánimo muy rápido (...) la Depresión Bipolar

yo lo encontré que era más real, porque a veces mi depresión no era estar triste, sino era como: '*¡ay!, voy a salir adelante con mi familia*', pero al rato después: '*no, no puedo salir adelante, no puedo, estoy mal*'. Entonces era como '*¿qué me pasa?*'. Porque era así y al rato de otra forma. Era extraño”.

Sin embargo, y a pesar de la estabilización conductual y emocional que logró con el apoyo médico y psicológico, Marcela igualmente siente que le da:

“...miedo volver a *caer* en depresión como antes (...) pero siento que estoy como curando recién mis heridas que tengo al caerme, siento que ya no estoy en el hoyo, pero que aún tengo heridas que sanar. Entonces el miedo es volver a caer en el hoyo de la depresión y no poder salir”.

Discusión y conclusiones

El caso de Marcela ofrece un relato situado en un contexto particular, capaz de reflejar la singularidad, las tensiones y dificultades vividas por una adolescente durante el curso de su proceso suicida.

El primer elemento que resalta del caso de Marcela es la posición social y subjetiva del “no encajar”. Este enunciado puede ubicarse como uno de los principales vectores del desajuste respecto a los grupos sociales más significativos para ella: su familia y sus pares. Una primera lectura de este hallazgo es circunscribir este “no encajar” como signo de una falla o algún desajuste respecto a las normas que rigen y mantienen cohesionado al sujeto en su vida social. Sin embargo, atendiendo a la historia singular de Marcela “no encajar” se relaciona directamente con “ser la única” articulándose en lo que se podría llamar una identificación paradójica: ser la única frente al Otro (padre, familia, grupo de pares) es también ser la que no encaja. En este sentido, “ser la única” da forma y consistencia al “no encajar” en la medida que para Marcela *no encajar* es una forma de seguir siendo “la única” y esto dificulta sus relaciones interpersonales.

Junto con lo anterior, para Marcela “no encajar” con los demás, no surge a consecuencia de una falta de ajuste a las normas o a las regulaciones con el grupo social, sino más bien surge como consecuencia de “ser la única” en su mundo social y de lo cual se desprende un ordenamiento normativo: para ser la única, la especial, debe diferenciarse de los signos

masivos que regulan el colectivo. Sobre este punto se puede situar el conflicto con los pares y bullying escolar.

Una de las principales y evidentes características del acoso y hostigamiento escolar, es la rivalidad imaginaria entre el yo y el otro (el semejante); competencia agresiva que deriva en una exclusión de las partes dentro de la masa, es decir “tú o nosotros”. Las situaciones descritas por Marcela dan cuenta, por ejemplo, de cómo los atributos del cuerpo o los gustos personales posibilitan una distinción entre el yo y la masa grupal: donde todos escuchan *reguetón*, ella prefiere escuchar música de otra década; ahí donde lo femenino debe tomar la forma de una “dama”, ella prefiere modos “no tan femeninos”. Esta situación revela el carácter violento y coercitivo de la relación del sujeto con el grupo social: Marcela es agredida y violentada por ser “la especial” que no responde a las lógicas normativas y homogéneas de la masa social. En este sentido, se observa que el grupo sostiene un ideal normativo, en virtud del cual, se produce una segregación de todo aquello que se diferencie o se distancie de la norma. Esta situación no podría leerse en clave de la anomia social, más bien, el bullying para este caso pone en evidencia la fuerza coercitiva del ideal de la masa sobre el sujeto, que pretende homogenizar los cuerpos, los estilos de música, la ropa y, finalmente, las formas de ser².

Otro elemento significativo del caso son las condiciones para la emergencia de las tentativas suicidas. Los dos intentos de suicidio de Marcela son bastante claros y revelan la estructura, en términos lógicos, de la producción de un “paso al acto” (pese a que en la escena frente al computador, el acto está revestido con un valor demostrativo que lo acerca al “*acting out*”). Sin embargo, en ambos casos la lógica subyacente al “paso al acto” está operando. Lo que caracteriza el “paso al acto” de Marcela es una identificación masiva (Lacan, 2007) con el objeto que se desprende del enunciado del Otro, específicamente, cuando el Otro le dice a Marcela: “floja” y “feo”. Marcela lo expresa con bastante claridad cuando señala: “le voy a demostrar que soy *totalmente* floja”.

De acuerdo al caso, Marcela recibe con cierta violencia las palabras “floja” y “feo”, creando una situación subjetiva que se podría localizar

² La violencia normativa del ideal de masa, también se desprende de la imposición materna “debes ser una dama” dentro de los cánones tradicionales del género femenino. El discurso materno encarna y soporta el ideal del patriarcado, el cual es rechazado y resistido por la hija.

a partir de la lógica del desamparo o *Hilflosigkeit* (Freud, 1926 [1925]; Lacan, 1959). Cuando Marcela se identifica *totalmente* a eso que el Otro le ofrece, queda “sin recursos” para responder subjetivamente. Allí acontece el desamparo. Lo que se observa en el caso es un hiper-identificación, es decir una identificación excesiva con eso “feo” (abandonado, rechazado) y “flojo” que ya no tiene lugar en el campo del Otro; “floja” y “feo” se presentan como operadores de un exceso de sentido que desaloja al sujeto de su lazo con el Otro.

El desamparo aquí emerge como consecuencia de una presencia demasiado consistente, robusta y completa del Otro, que reduce al sujeto a un objeto que sale eyectado de la escena. Por esta razón es que los sentidos “floja” y “feo” se vuelven hiper-presentes y no dejan espacio para nada más, provocando tanto el embarazo como la emoción necesaria para realizar un “paso al acto”. Para Marcela el desamparo se presenta modulado por una afectación real en donde no opera ningún recubrimiento imaginario o simbólico, por lo cual resulta imposible anticipar o prevenir el acto suicida, porque el desamparo no se constituye como propio a ningún sujeto en particular, ni a ninguna configuración social específica. Más bien, lo que se observa en este caso es la ausencia de garantías para anticipar la aparición de la *Hilflosigkeit*, dado que el efecto de desamparo no responde a la lógica de lo calculable, de lo maleable desde el punto de vista de la gestión del riesgo. Más bien, su irrupción viene a mostrar e indicar el fracaso de los modelos preventivos.

Lo cierto es que el desamparo irrumpe en la vida de Marcela como fenómeno liminar de su experiencia subjetiva, donde queda anulada cualquier barrera protectora o inhibitoria y la precipita a una estrepitosa caída fuera del lazo social.

Si los procesos identificatorios se vuelven tan presentes en el proceso suicida, es porque Marcela es una adolescente particularmente sensible a la producción de sentido. Su actuar en el mundo social está orientado por un régimen continuo de producción de sentidos en su relación a los demás: siendo buena alumna, la única, la especial y la que no encaja. La paradoja del ser “la única” y “la que no encaja” representa un orden de sentido suficiente para sostenerse en relación al Otro. Sin embargo, el problema se presenta cuando las cosas pierden sentido y ocurre el paso del sin sentido (*nonsense*), al fuera del sentido (*without sense*), en tanto condicionan el destino del desamparo y la realización del acto suicida.

“Sin sentido” y “fuera de sentido” no son para nada lo mismo. Más bien, existe una diferencia entre *nonsense* y *without sense*, toda vez que ambos destinos del sentido difieren desde el punto de vista estructural. El nonsense es el reverso del sentido, es aquello que está articulado a la lógica misma del sentido y que es por entero complementario al sentido (Deleuze, 1994). Dicho de otra manera, se trata de lo que Freud designó como lo inconsciente, en virtud del cual surgen fenómenos “sin sentido” que, como los lapsus, los sueños, los síntomas, son plenos de sentido, entonces la dificultad radica más bien, en cómo se restaura el sentido.

Si se adoptara la posición de Durkheim (1897), respecto de la anomia social, bastaría con introducir reglas, normas y leyes que fortalecieran el sentido, es decir la cohesión social, en pos de encausar la conducta individual³. Lo problemático de este horizonte es caer en la hegemonía del sentido (común) y la violencia simbólica que éste ejerce sobre otros sentidos subalternos.

Lo que se presenta como especialmente crítico y sensible en el relato de Marcela, es la presencia excesivamente robusta del sentido; dicho de otro modo, se trata de un sentido que, en sí mismo, es alienante al discurso de los padres, el colegio, la salud mental, a los compañeros. Para este caso el problema es que el sentido es profundamente totalitario, lo que produce que la “lógica del sentido” se presenten bajo de la figura de una serie de repeticiones rígidas que no dejan ni lugar, ni espacio al “sin sentido” de las experiencias subjetivas. En esos momentos Marcela sale eyectada de la escena simbólica (social si se prefiere) que la mantiene enlazada con los demás. El “sin sentido”, en el caso de Marcela, no tiene lugar dentro de la dialéctica con el sentido: el chiste, la broma, la metáfora o simplemente el malentendido, no tiene espacio; por ello el sentido se presenta como hiper-presente, totalizantes y dominante (por ejemplo: totalmente floja, totalmente feo, totalmente afuera, totalmente depresiva). Dicho de otro modo, en este caso se observa que la presencia excesiva del sentido ocasiona que el sujeto quede “fuera del sentido”, excluido y marginado.

Es por esto que el “fuera del sentido”, o sea el *without sense*, se asemeja de manera más precisa a la *Hilflosigkeit* propiamente tal, es decir a

³ Por ello resulta preocupante que las políticas públicas enfocadas en la adolescencia, busquen robustecer los marcos normativos para *enrielar* una adolescencia *descarriada* del orden social, a través de dispositivos de control y vigilancia de la conducta *anómica* de los y las adolescentes.

encuentro como lo real de la experiencia del sujeto. Este “fuera del sentido” expone a Marcela a la producción de un “paso al acto”; dicho de otro modo: en este caso se observa que la presencia excesiva del sentido ocasiona que el sujeto quede “fuera del sentido”, excluido y marginado del lazo social. De esta forma, el desamparo hace presente un problema que concierne a lo real de la experiencia subjetiva, es decir esa porción irreductible a las dimensiones imaginarias (identificadorias) y simbólicas⁴. Entonces ¿qué implicancias trae considerar los actos suicidas como fuera del sentido? Y en consecuencia ¿cómo pensar el acompañamiento y escucha con adolescentes cuando se presentan situaciones en donde hay una ausencia radical del sentido para la existencia?

Quisiera finalizar con una última reflexión a partir del problema político del sentido. Al considerar la adolescencia en su versión degradada y deficitaria, bastaría sólo con robustecer los sentidos normativos de manera que orienten y conduzcan la conducta individual. Sin embargo asumir esta dirección, en el trabajo de escucha y acompañamiento de adolescentes, cargaría con el sesgo político y normativo que conlleva todo orden de sentido hegemónico. Es decir, implicaría reducir las producciones singulares del sujeto adolescente a un déficit, que en el caso de Marcela sería como considerar que su proceso suicida se reduce en un caer en depresión a consecuencia de un déficit, una vulnerabilidad, un riesgo y una fragilidad individual.

En consecuencia, mientras se sostenga una noción deficitaria del sentido a las vivencias del adolescente, sólo bastaría con producir más sentido para regular la integración del sujeto a los ideales sociales; es decir, dispositivos y maquinarias para producir sentidos de vida, que no diferirían mucho del modo en que opera la religión como ética de trabajo. El desafío más bien pareciera orientarse en cómo sostener la subjetividad adolescente ante el indudable problema ético con lo real de la experiencia subjetiva, en especial cuando la ausencia de sentido despierta perplejidad, embarazo, emoción, angustia y desamparo.

⁴ Este “fuera del sentido” nos plantea un problema teórico y empírico: ¿el “fuera del sentido” se encuentra ya prescrito en las normas que rigen la formación del sentido?, o ¿el “fuera del sentido” es una falla dentro de la norma?

Referencias bibliográficas

- Baudelot, C. y Establet, R. (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris: Seuil.
- Berrios, G. (2008). La autoagresión. En G. Berrios (2008). *La historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. En G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (eds.) (1991). *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Chauvel, L. (1997). L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge. Effet de génération ou recomposition du cycle de vie?. *Revue française de sociologie*, 38(4): 681-734.
- DSM-5 (2013). Emerging measures and Models. En *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, V.A.: American Psychiatry Association.
- Deleuze, G. (1994). *Lógica del sentido*. Barcelona: Paidós.
- Durkheim, E. (1897). El suicidio anómico. En E. Durkheim (2012). *El Suicidio. Un estudio de sociología*. Madrid, España: Akal universitaria.
- Echávvarri, O., Maino, M., Fischman, R., Morales, S. y Barros, J. (2015). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. *Centro de Políticas Públicas UC*, 79(10): 3-14.
- Evans, E., Hawton, K. & Rodham, K. (2004). Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Clinical Psychology Review*, 24, 957-979.
- Foucault, M. (1978). La evolución del concepto de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal del siglo XXI. En M. Foucault (1999). *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales Vol. III*. Buenos Aires: Paidós Básica.
- Freud, S. (1920). Sobre la psicogénesis de un caso de homosexualidad femenina. En S. Freud (2008). *Obras Completas* Vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Freud, S. (1926 [1925]). Inhibición, síntoma y angustia. En S. Freud (1992). *Obras Completas* Vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Gould, M., Marrocco, F., Kleinman, M., Graham, J., Mosthoff, K., Cote, J. & Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 193(13), 1635-1643.
- Hamza, C.A., Stewart, S.L. y Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482-485.
- Lacan, J. (1958). Clase del 21 de mayo: El obsesivo y su deseo. En J. Lacan (2009). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós.

- Lacan, J. (1959). Clase del 10 de Junio: La dialéctica del deseo en el neurótico. En J. Lacan (2014). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 6: El deseo y su interpretación*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (2007). *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 10: La Angustia*. Buenos Aires: Paidós.
- Larraguibel, M., González, P., Martínez, V. y Valenzuela, R. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista Chilena de Pediatría*, 71(3), 183-191.
- Le Breton, D. (2012). *La edad solitaria: Adolescencia y sufrimiento*. Santiago: LOM ediciones.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología*, 9(1), 123-146.
- Nock, M.K., Michel, B.D. y Photos, V. (2007). Single-Case Research Designs. En Mckay, D. (2007). *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Phillips, J. (2014). A changing epidemiology of suicide? The influence of birth cohorts on suicide rates in United States. *Social Science & Medicine*, 114, 151-160.
- Radiszcz, E. (2014, octubre). De la naturaleza de la adolescencia: del cuerpo biológico al cuerpo social. Ponencia presentada en el Tercer Coloquio Chileno-Francés en Psicoanálisis y Ciencias Sociales: "Cuerpo", Santiago, Chile: Universidad de Chile.
- Radiszcz, E. y Bralic, A. (2011). "¡Te lo perdiste!" Acerca del terremoto y de sus elaboraciones. *Revista Anaes*, 7(1): 87-104.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. & Thapar, A. (2008). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. (5ª edición). Massachusetts, USA: Blackwell Publishing.
- Salvo, L. y Melipillán R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 46(2), 115-123.
- Shaffer, D. y Pffefer, C. (2001). Practice parameters for the assesment and treatment of children and adolescent with suicidal behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 40(7), 24-48.
- Stake, R. (1998). *Investigación con estudio de casos*. Madrid, España: Morata.
- Stephens, C. (2011). Narrative analysis in health psychology research: personal, dialogical and social stories of health. *Health Psychology Review*, 5(1), 62-78. DOI: 10.1080/17437199.2010.543385
- Stephens, C. y Breheny, M. (2013). Narrative Analysis in Psychological Research: An Integrated Approach to Interpreting Stories. *Qualitative Research in Psychology*, 10(1), 14-27. DOI:10.1080/14780887.2011.586103
- Yin, R.K. (1994). *Case Study Research: design and methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage. Recuperado de <http://www.madeira-edu.pt/LinkClick.aspx?fileticket=FGM4GJWVTRs%3D&tabid=3004>

CAPÍTULO 5.

SUICIDIO: EL CONTROL DE LA SOCIEDAD Y SENTIDO A LA VIDA DE LOS INDIVIDUOS

José Lledó Muñoz

El suicidio es una práctica que lleva siglos siendo ejecutada, sin embargo, pareciera ser un tema inexistente. Sus significados y simbolismos han cambiado a lo largo de la historia, siendo actualmente aceptados o rechazados por algunas culturas. Vivimos en una sociedad que nos invita a construirnos desde el individualismo y exitismo, dejando de lado dimensiones del ser despreciadas socialmente. El presente, busca generar discusión en relación al suicidio y el control de la sociedad, por un lado y, por otro, reflexionar sobre los vínculos genuinos para encontrar un sentido a la vida y prevenir el suicidio.

Muerte y suicidio

Si existe algo que ha permanecido inmutable en nuestra sociedad es el suicidio. En efecto, existe información que desde tiempos antiguos ya se buscaba la privación voluntaria de vida. Sin embargo, el significado o la postura que se tiene frente al mismo varía de acuerdo a las distintas sociedades y época (Carbonell & González, 1997; García de Jalón & Peralta, 2010). Ocurre lo mismo con la muerte, donde sus simbolismos o la forma de entenderla varían de acuerdo a la historia.

En la Antigüedad, la muerte no era temida por el hombre, lo sobrenatural tenía poder para ir a buscarlos en vida, se temía a los muertos y se realizaban rituales para impedir que el caído regresara entre los vivos (Bamunoba, 1984). El suicidio era aceptado por las sociedades (China, Mesoamérica, Mesopotamia, celtas, entre otros), adquiriendo distintos significados de acuerdo al contexto. En algunos era para dejar de sufrir, mientras que en otros representaba honor, lealtad e incluso a veces se los glorificaba. Sólo en África, se rechazaba el suicidio debido a presupuestos místicos de que serían castigados (Silvio Itálico en Carbonell y González, 1997; Muelas & Mangado, 2007).

Los griegos, egipcios, romanos y celtas consideraban la muerte como el camino de la vida hacia otro nivel espiritual, era algo esperado y que no se temía (De Beauvoir, 1980). Tanto los griegos como romanos, disponían de lugares públicos para la muerte, cuando se consideraba el suicidio como un deber, también se ejecutaba en lugares públicos. El senado definía si el suicida tenía argumentos razonables o no para acometer el acto (Carbonell & González, 1997).

Ya en la mitología griega, se aprecian sentimientos que desencadenan el suicidio. Las narraciones de los mitos, pasan a considerarse como parte de las reflexiones filosóficas, llegando a la conclusión de que el suicidio no está permitido, sólo es admisible si “era un mensaje de los dioses”. En definitiva, en Grecia, se permitía el suicidio si existían razones que fundamentaran el acto (Muelas & Mangado, 2007).

En la edad Media, a principios de esta, se comienza a esperar la muerte. Es decir, el sujeto que está ad portas de la misma, debe aguardar en su lecho acostado, mirando al cielo y orando. Así, se mira hacia el paraíso mientras se espera el juicio final. Todo esto, ocurre en público, la persona realiza una invitación a sus conocidos para acompañarla en su lecho de muerte. Por último, los lugares de muerte ya no están lejos de la ciudad, ahora los cementerios se encuentran en las ciudades asociados a las iglesias (Ariés, 2000).

A finales de la edad Media, el cambio más relevante, se asocia con el hecho de que ya no se espera la muerte, se borra de la conciencia la imagen que todos son mortales y no queda más que esperar la muerte, comienza a tomar relevancia la propia existencia (Ariés, 2000). Desde ahí, se entiende el vuelco en relación al suicidio el cual comienza a ser prohibido y castigado. La religión se convierte en el detractor principal del suicidio, castigando a los que fallaban en el acto, con la muerte, y los que lo lograban, se colgaban para ser mostrados al público. Se relacionaba con aspectos demoniacos y sombríos de los humanos. En general, los suicidios disminuyeron en esta época frente al gran castigo que implicaba todo lo relacionado con dejar de vivir (Carbonell & González, 1997; Muelas & Mangado, 2007).

En la edad Moderna, el hombre occidental vanagloria la muerte, la dramatiza y la asocia con amor. Se relaciona con lo erótico y se comienza a perder la familiaridad ya que se consideran “románticas”. Se subliman mediante historias que hablan sobre enfermedades, muertes y agonías. Entre los siglos XVIII y XIX, se vela a la muerte y se está de luto. Se

obliga a sentir pena a la familia que no necesariamente la siente y se acompaña en su pesar a los que sí lo están. Posteriormente, la muerte se torna como prohibido, algo que antes era cotidiano y familiar pasa a ser vergonzoso, tabú (Ariés, 2000).

Salami & Awolowo (2006), entienden el lenguaje o la acción tabú como la representación de una sociedad. Esto a grandes rasgos no es algo explícitamente prohibido, sino que tiene una regulación social, que puede llegar a ser más o menos consciente. Podemos ejemplificar lo anterior, en relación al suicidio y la muerte, donde en un primer momento existían lugares públicos para acometer estos actos, para luego ser privados y castigados.

Además de controlar las acciones o situaciones, existen restricciones específicas de conceptos. Las realidades desagradables o displacenteras, no se indican, existen conceptos que no se mencionan. Por ejemplo, en nuestra cultura occidental, se observa un tabú lingüístico en relación a la muerte, religión, sexo y algunas enfermedades (Martinez, Alcaráz, 1997).

En definitiva, cuando existe tabú en torno a una palabra o acción, se evidencia un control social que no es inmediato, sino que lleva hilándose de manera fina por varios años, o incluso siglos. Por lo mismo, el suicidio es considerado tabú: se castiga su acción y se evita conversar acerca de ello.

El control social, Durkheim lo define como la imposición que impide manifestar la libertad de acción de individuos. Existen dos grandes métodos para mantener el control, el primero se aplica en las prácticas, donde se castiga mediante la violencia las actividades que no deben ser realizadas. El segundo, tiene relación con los discursos, donde mediante relatos se generan mecanismos de persuasión en la colectividad (Quintero, 2005).

Las características que tienen ambos métodos de control, consisten en la naturalidad de las normas y reglas que se imponen en la sociedad, desde la noción de orden/caos, es decir, cualquier persona que realice el acto que se quiere evitar está provocando el caos, mientras no ocurra se mantiene el orden establecido. Mientras que la otra característica, consiste en la noción de inobjetable de las normas impuestas naturalmente (Quintero, 2005). En el recorrido histórico del suicidio se puede apreciar cómo se va modificando la conducta y la noción que se

tiene en relación al suicidio. De manera imperceptible, los mecanismos del control social surten efecto.

Potenciando el control social, con el auge del conocimiento científico, se instalan discursos que modifican pautas de conducta. Por ejemplo, se retrasa la edad de muerte y se traslada al hospital, desaparece el rito y los actos asociados. Ahora son los médicos los que decidirán por el destino del cuerpo. Si el lecho de muerte ya no es familiar, se añade el acto funerario, donde los familiares se dejan de hacer cargo del rito de muerte, pasando a entidades privadas o personas especializadas encargándose de esto (De Beauvoir, 1980).

En relación con el suicidio, coexisten diferentes posturas, siendo principalmente las posturas filosóficas las que discuten de acuerdo a presupuestos éticos, teológicos y sociales el por qué se tiene la libertad para ejecutar el acto o no. Se pone énfasis en la importancia de la subjetividad humana para decidir de acuerdo al bienestar si seguir viviendo o no, frente a la moral social de preservar la vida, debido a que todo término de ella, se considera un pecado (Muelas & Mangado, 2007).

Alrededor del siglo XIX, se comienza a estudiar el suicidio como tal. Principalmente desde el ámbito médico y sociológico. El primero indica que ocurre debido a una patología mental en el sujeto (Muelas & Mangado, 2007). Freud, cambia la forma de interpretarla, recalca que existe una pulsión de vida y muerte propia de los seres humanos. Ambas pulsiones están estrechamente relacionadas buscando la primera de ellas la conservación de la vida, mientras que la segunda busca direccionar lo vivo a un estado inorgánico previo. Con el desarrollo de su obra, posteriormente asocia el amor con pulsión de vida y el odio con la muerte (Freud, 1930, 1933). El suicidio pasa a ser visto, estudiado y pensado a través de la ciencia y la medicina, relegando la visión de la religión en estas materias (Muelas & Mangado, 2007).

Por el lado sociológico, Durkheim formula la teoría de que es el contexto social el que influye en mayor medida en las conductas suicidas de los individuos. Concluye que la sociedad tiene el poder y el rol para contener a estos sujetos y mantenerlos sin la tendencia a que surjan estas ideas; mientras mayor sea su inserción social, menor será su inclinación (1987).

Control de la sociedad

Hasta ahora, se ha abordado de manera breve la evolución o mutación histórica del suicidio, con cambios generales en relación a sus símbolos y significados. Todo lo anterior, encuentra su correlato en la vida. Es decir, así como el suicidio es aceptado o no por la sociedad, esta última te permite o no construirte a ti mismo (Chul Han, 2012). El suicidio, como se explicó, fue asociado con emociones oscuras que incentivaban el acto, por lo que la otra relación consiste en la permisividad para sentir emociones no felices, pero que no deben ser nombradas. En efecto, se tiene una obligación social y moral, en contribuir con la felicidad colectiva sin olvidar construirse a sí mismo, evitando contactar con emociones “oscuras” o negativas, como, por ejemplo: tristeza o pena. Cuando no se está feliz, se cuestiona ese estado y se cree que la sociedad pierde el sentido de ser: mantener individuos felices (Ariés, 2000).

Ahí es donde entra en la dinámica lo absurdo y el suicidio: la vida tiene que dar razones para vivir y ser felices, sin embargo, cuando no existen surge la idea del suicidio. Otras personas lo hacen porque matarse les entrega ese sentido a la vida que buscan. El suicidio puede ser interpretado de dos maneras; una de ellas, consiste en la pérdida de sentido en la vida al no poder mantener un estado mínimo de felicidad; la segunda, consiste en el hecho de dejar de existir como sentido *per se* (Camus, 1951). Ambos aspectos apuntan a lo mismo, otorgarle un sentido a la vida. Desde ahí, el suicidio ya no se ve como un problema social, a la manera de Durkheim, sino como un conflicto constante entre la individualidad y el suicidio. En otras palabras, se vuelve un diálogo o confrontación con nuestra propia oscuridad. Yo, como individuo, debo asumir que la sociedad me sobrepasa o no la entiendo, desde ahí el suicidio se ve como la única opción posible para solucionar o calmar esta oscuridad (Camus, 1951).

Sentido de la vida

Con respecto al sentido de la vida, se mencionarán dos conceptos claves. El primero de ellos está asociado a la felicidad, derivado del pensamiento Aristotélico. Se piensa que ese estado es el fin último del ser humano, siempre se decidirá estar feliz. Cuando el hombre realiza sus actos, ingresa en ese estado. En pocas palabras, consiste en la libre decisión para realizar acciones que nos hagan felices (Eagleton, 2010).

El otro concepto, es el amor. Donde nuevamente remitimos a una libre decisión, pero enfocada en términos relacionales. Mientras yo ponga

mi naturaleza o vida en ayuda de otros permitiendo que se desarrollen, de manera desinteresada, se espera que al otro le nazca lo mismo por mí. Consiste en una forma de interactuar sin esperar nada a cambio, pero el objetivo siempre será aportarle a la persona con su crecimiento, mientras que el otro también provocará el mismo efecto (Eagleton, 2010). En definitiva, si ejercemos la libertad para continuar con nuestro crecimiento, ayudando a otros a que también se desarrollen, los cuales nos devolverán lo mismo, podremos encontrar la felicidad y el amor.

Ahora bien, pareciera ser que en la modernidad es difícil lograr encontrar sentido si pensamos la vida desde ese prisma, en efecto Eagleton ya lo advertía “lo que necesitamos es una forma de vida que carezca por completo de un propósito definido, que sea un placer en sí y no atienda a intenciones utilitarias o a concienzudos fines metafísicos, que no necesite más justificación que su propia existencia. Así entendido el sentido de la vida se aproxima a la ausencia de sentido” (2010, p. 210).

Frankl (1994) propone que pese a que el ser humano es influenciado por lo externo sigue siendo libre y responsable. Son nuestras mismas acciones detonadas por la libertad, las que entregan sentido a nuestra vida. El sentido no está afuera en busca de ser aprehendido, sino que lo siente y experimenta el ser humano en las diversas situaciones que experimenta. Sobre todo, en las situaciones adversas que lo enfrentan ante la necesidad de encontrar razones para seguir adelante.

El sentido se debe encontrar. Lo único que podemos mostrar son ejemplos de lo que somos. No contestamos con palabras el sentido de la vida, sino que toda nuestra existencia y sus actos responden (Frankl, 1994). “Una persona que se proyecta hacia un sentido, que ha adoptado un compromiso por él, que lo percibe desde una posición de responsabilidad, tendrá una posibilidad de supervivencia incomparablemente mayor en situaciones límite que la del resto de la gente” (Frankl, 2001, p. 32).

Relacionando a los dos autores, se puede pensar que la búsqueda de sentido se verá dificultada por el contexto donde vivimos, en donde la modernidad pone énfasis en la individualidad e incapacidad para mirar a otro. Si apelamos a la búsqueda de sentido o al amor y felicidad, será difícil encontrarla en la situación actual en la que vivimos. Para buscar el propio sentido a la vida, necesitamos hacernos responsables de nuestra propia existencia y deseos, sin embargo, se nos ha modificado la forma de afrontar el mundo adquiriendo necesidades que nos nublan lo imprescindible en nuestra vida. Por lo mismo, si nos hacemos

responsables de los vínculos que tenemos con otros y nuestra propia existencia, nos potenciaremos mutuamente para encontrar nuestro propio sentido, amor y felicidad.

Vínculos

La relevancia del vínculo no es nueva, existen teorías que nos hablan de la importancia de la relación temprana entre la diada madre-hijo. Por un lado, Klein (1946) se enfoca en lo instintivo y en cómo el niño se relaciona con el mundo desde objetos, pudiendo ser buenos o malos objetos. Esta autora comparte con Freud la idea de que estaríamos cruzados por las “pulsiones de vida y las de muerte” que están en constante dialéctica. Las pulsiones de muerte están asociadas con fuentes internas de agresión, destructividad, sentimientos de odio; las pulsiones de vida, con los deseos de crecimiento, amor, desarrollo e integración.

A medida que el infante va creciendo el niño comienza a ir diferenciando a su madre-objeto y logrando una separación yo-no-yo con respecto a ella. Lo que a futuro le permitirá vincularse con otros objetos logrando una diferenciación completa (Klein, 1946). Por otro lado, y poniendo énfasis en el ambiente, Winnicott (1979) considera que, para un adecuado desarrollo del lactante, se debe tener en cuenta la actitud y los cuidados de la madre debido a que la dependencia del bebé es total. Gracias a una madre suficientemente buena –o cuidador principal–, que permite contener la omnipotencia que siente él bebe en sus primeros meses de vida, comienza a generar sentido y sienta las bases para el posterior desarrollo del self, adquiriendo éxito de acuerdo a las repeticiones que tiene la madre al frustrar o satisfacer los gestos del niño. Para este autor, el verdadero self consiste en que el lactante pueda representar y expresar sus necesidades genuinas con expresión propia.

Cuando se ha desarrollado mediante los cuidados de una madre suficientemente buena, permitiendo al niño manifestar sus necesidades, éste será capaz de reaccionar a los estímulos sin trauma, ya que aprendió –gracias a su cuidador– que sus necesidades serán adecuadamente atendidas (Winnicott, 1979). El falso *self*, genera la sensación de irrealidad, ocurre cuando la cuidadora no logra gratificar las conductas espontáneas del niño, reemplazándolo con su propio gesto. Impide al niño satisfacer sus propias necesidades. De todas formas, Winnicott reconoce que en todas las personas siempre habrá una cuota de verdadero y falso self (1979).

Y, por último, Bowlby (1993), denomina apego a los lazos afectivos que sentimos con personas importantes en nuestra vida. En general, las personas que generan apego seguro, se sienten conformes y complacidas con sus interacciones siendo apoyados en momentos de incertidumbre. Desde una situación experimental, se definieron tres tipos de apego diferentes: apego seguro, apego ambivalente y apego inseguro. Se afirma que la confianza y seguridad que tendrá el bebe para un desarrollo sano, se generará principalmente en el apego seguro, así como los demás tipos de apego también tienen consecuencias posteriores. Lo anterior ocurre porque los niños generan modelos de representación interna de acuerdo al tipo de apego que tuvieron con sus cuidadores, formando expectativas de las posibles relaciones que podrán tener con los demás (Shaffer, 2000).

Nuevamente, pareciera ser, que en las teorías de apego existe una discusión que ya se observó en relación a la muerte y el suicidio. Están los instintos o emociones que movilizan al ser humano para realizar ciertas conductas y, el sistema o la importancia del ambiente en torno al desenvolvimiento y protección del sujeto.

Conclusiones

Tanto la muerte como el suicidio, han variado en sus significados a lo largo de la historia. Pero hay algo claro, dentro de las actuales formas de entender este último, se puede observar que se toman tanto aspectos sociales como individuales para comprenderlo. Por eso se pasó de una idea “mítica o chamánica”, a la romántica para finalizar en nuestros tiempos siendo objeto tabú, aquello que no queremos ver o hablar por ser “desagradable”, permitiendo el control social. Actualmente se ignora la parte emocional o la “máscara” del sujeto, poniendo especial énfasis en el aspecto social y enfocándonos en los aspectos sanos o la “máscara social sana” que todos debemos mostrar. De ahí, se entiende que suicidio –así como otros temas– sean tabú.

Actualmente el suicidio está en aumento y la explicación última –desde mi punto de vista– consiste en la pérdida de sentido a la vida impulsado por el control social que nos obliga a construirnos individualmente y evitar hablar sobre temas oscuros y propios de nuestra especie. Como se expuso anteriormente, para lograr el sentido de la vida –sea cual fuere– es necesario generar un cambio en la sociedad, donde dejemos de pensar solo en nosotros y levantemos la mirada para observar las máscaras oscuras y/o “sanas” de los sujetos, propiciando un encuentro

real. Ya lo advierten los autores que trabajan vínculo, donde la generación de vínculos primarios inadecuados, revelan aspectos negativos o rechazados socialmente.

Para concluir, me gustaría comentar que este capítulo tiene un fin reflexivo y que postula lo siguiente: si logramos vincularnos de esta manera, es decir, dejando de lado nuestras máscaras, estamos generando las bases para una adecuada prevención del suicidio, donde ya no se harán cosas para satisfacer solo mi bienestar, sino el de la comunidad. Y, como nos relacionamos en comunidad –o con pares– que nos impulsarán al propio desarrollo, podremos entregar el mismo tipo de vínculo a los demás fomentando el crecimiento general de la población. Habrá espacio para mostrar nuestras diferentes máscaras, dejando de lado el control de la sociedad que nos invita a construirnos desde el individualismo, es decir, desde una sola máscara.

Mientras menos aspectos ocultemos de nosotros mismos, más genuinos seremos y estaremos más conectados con nuestro propio sentido a la vida.

Referencias bibliográficas

- Ariés, P. (2000). *Historia de la muerte en occidente: Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Barcelona: El Acanalado.
- Bamunoba, Y. (1984). *La idea de muerte en la vida africana*. En Bamunoba, Y., Adoukonou, B. *La muerte en la vida africana*. Barcelona: Serbal/UNESCO.
- Bowlby, J. (1993). *El vínculo afectivo*. Barcelona: Paidós.
- Camus, A. (1951). *El mito de Sísifo*. Alianza editorial. Madrid 1995.
- Carbonell, C., González, J. (1997). Evolución histórica del fenómeno suicida. En Bobes J., González J., Sáiz P. *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. Barcelona: Masson, 1-4.
- Chul-Han, B. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.
- De Beauvoir, S. (1980). *La vejez*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.
- Durkheim, E. (1951). *El suicidio. Estudio de sociología (1897)*. Buenos Aires: Schapire.
- Eagleton, T. (2010). *El sentido de la vida*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Frankl, V. (1994). *La voluntad de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V.E. (2000). *En el principio era el sentido: reflexiones en torno al ser humano*. Paidós.

- Freud, S. (1930). *El malestar de la cultura*. Amarrortu: Edición Digital.
- Freud, S. (1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. 32º conferencia. Angustia y vida pulsional, Amorrortu: Edición Digital.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas*, 3, 10-33.
- Martinez, M., Alcaraz, E. (1997). *Diccionario de lingüística moderna*. Ariel.
- Muelas, N., Mangado, E. (2007). Consideraciones sobre el suicidio: Una perspectiva histórica. *Psiquiatría.com*, 11(3).
- Quintero, P. (2005). Apuntes antropológicos para el estudio del control social. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 42.
- Shaffer, D. (2000). *Psicología del desarrollo*. México: International Thomson.
- Winnicott, D.(1979). *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Laia.
- Salami, L., Awolowo, O. (2006). Use and attitude towards English taboo words among Young adults in a Nigerian university. *The international journal of language, society and culture*.

CAPÍTULO 6.

SUICIDIO E INFANCIA: HACIA UNA SOCIEDAD QUE ESCUCHE Y RECONOZCA AL OTRO

Carolina Victoria Parra Chiang

Suicidio e infancia: Hacia una sociedad que escuche y reconozca al otro. Actualmente vivimos en una sociedad en la que se niega la muerte de diversas maneras, y pareciera ser que resulta aún más incómodo hablar de ésta cuando tiene forma de suicidio, es decir, cuando la persona se provoca a sí misma el deceso. Si el suicidio en sí es un tema complejo y difícil de abordar, es más difícil aún vincularlo con las niñas y los niños desde la perspectiva del mundo adulto. Este artículo busca abrir preguntas y reflexión en torno a cómo la sociedad adultocéntrica enfrenta el fenómeno humano del suicidio con la población infantil.

Respecto a la muerte como tabú

La muerte puede ser considerada un hecho social: el modo de entenderla y afrontarla se ve influenciada por el contexto en que cada individuo se desarrolla y se desenvuelve. Esto quiere decir que el significado de la muerte es definido socialmente, así como los ritos específicos que se practican en relación a ésta y el duelo que las personas elaboran. De esta forma, las diferentes culturas enfrentan el deceso de diversas maneras (Caycedo, 2007), pero todas las culturas “escenifican el paso del flujo de la vida a la cesación indefinida de la muerte” (Cyrulnik, 2014, p. 29).

En la sociedad occidental, se niega la realidad de la muerte y el dolor que ella conlleva, evitando incluso nombrarla como tal. Es así como se utilizan eufemismos para referirse a la defunción y a los muertos con frases como “*se ha ido*”, “*se fue de viaje*”, “*ya no está más con nosotros*”, entre otras (Kübler-Ross, 1993; Fundación Mario Losantos del Campo, 2011). Kübler-Ross señala que vivimos en una sociedad que considera la muerte como tabú, “en la que hablar de ella se considera morboso, y se excluye a los niños con la suposición y el pretexto de que sería “demasiado” para ellos” (1993, p. 20), entendiendo que el término tabú designa aquello

de carácter sagrado e impuro y se manifiesta en prohibiciones (Freud, 1912). Además, la autora afirma que el fallecimiento es percibido como “un acontecimiento terrible y aterrador, y [que] el miedo a la muerte es un miedo universal” (Kübler-Ross, 1993, p. 18). Se podría interpretar entonces que esta negación social de la muerte podría deberse al temor a la misma, ya que aceptarla implica aceptar la finitud del ser humano, y por tanto, la propia mortalidad.

Por lo demás, si bien la muerte es parte de la vida, ya que esencialmente atañe al ser humano, suele ser vista como un opuesto de ella. Es un hecho desconocido, un enigma, y lo que a grandes rasgos podemos conocer y comprender de ella es que: a) la muerte es inevitable y universal, todos los seres vivos mueren; b) la muerte es irreversible, es un fenómeno permanente; c) al morir las funciones vitales terminan y, d) que toda muerte tiene una causalidad, es decir, que existen eventos que la provocan (Schonfeld, 1993). Es fundamental concebir que la idea de muerte se construye gradualmente conforme al desarrollo cognitivo (Ulloa, 1993), no obstante, todas las niñas y todos los niños son capaces de reaccionar ante el fallecimiento de alguien, incluso aunque no hayan conceptualizado completamente la noción de muerte. Esto quiere decir que pese a que se necesita un nivel de desarrollo cognitivo para comprenderla, no se necesita eso para sentirla y vivenciar una pérdida (Schonfeld, 1993). Además, resulta necesario tener presente que existen múltiples maneras de morir, y que cada manera requiere distintas comprensiones e intervenciones.

Respecto a las particularidades del suicidio

Una de las particularidades del suicidio radica en que la propia víctima es quien provoca el deceso. En palabras de Émile Durkheim, el suicidio es “toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima” (1965, p. 14).

El suicidio es un proceso complejo, que puede estar determinado por un gran número de causas. Existen autores que plantean que éste puede ser visto como una forma de resolver un conflicto y de aliviar un fuerte dolor psíquico. Edwin S. Shneidman habla del suicidio como el acto de autoaniquilación en donde el sujeto ve éste como la mejor solución ante un malestar pluridimensional (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010). Se entiende que el suicida busca terminar con el dolor psicológico, no con su propia vida (Ministerio de Salud, 2013). Otros autores señalan que en lo que refiere a los niños, el significado de la conducta suicida puede

variar, ya sea como un método de eludir ciertas situaciones intolerables, o como un acto de pedir ayuda, entre otros (Ulloa, 1993).

Parece ser que el común acuerdo entre quienes estudian esta temática es que el suicidio es un fenómeno previsible y prevenible, cuyas muertes se pueden evitar a través de la prevención y la intervención oportuna, desde un enfoque multisectorial que incluya a los distintos actores y sectores de la sociedad (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Se puede decir que el suicidio es un proceso cuyo espectro abarca la ideación suicida, la planificación, el intento suicida y el hecho consumado. Aunque no en todos los niños aparece esa progresión, la evidencia muestra que el suicidio en ellos es posible, lo cual resulta inverosímil e inclusive insoportable a los ojos de los adultos. Estos suicidios en muchos casos llegan a ser invisibilizados, siendo catalogados como accidentes, y dando como resultado una epidemiología imprecisa (Cyrulnik, 2014).

En relación al suicidio consumado, cabe decir que éste puede ser considerado el duelo más complejo de afrontar y elaborar para una familia. Las personas que rodean a quien se suicida deben procesar un duelo especial, caracterizado por sentimientos de pérdida, miedo, rechazo, enfado, en donde predominan sentimientos de vergüenza y culpa. La vergüenza es exacerbada en relación a otros tipos de muerte, y muchas veces las personas cercanas al suicida se autocastigan a causa del suceso. La culpa se manifiesta en el cuestionamiento propio en relación al acto suicida, y en remordimientos, asumiendo la responsabilidad del acontecimiento (Worden, 1997). A esto se suma, que en la sociedad existe cierto estigma en torno al suicidio, lo que lleva a que en muchas ocasiones éste se convierta en un secreto familiar del cual no se habla, dificultando elaborar y expresar los sentimientos que provoca (García-Viniegras & Pérez, 2012).

En este punto me parece esencial entender que detrás de un suicidio, hay un sufrimiento psíquico y un sujeto que renuncia a su existencia dado ese dolor. Paralelamente resulta de igual importancia considerar que posterior a un suicidio consumado, hay un impacto en los demás y un malestar psicológico en quienes quedan vivos en un mundo en que una persona significativa se dio fin a sí misma.

Las niñas y los niños como sujetos con voz

La “Convención sobre los Derechos del Niño” (CDN), aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989, y ratificada por Chile en 1990, refleja el creciente interés por la condición de vida de las niñas y los niños (Pavez, 2012). Esta Convención entiende a los niños como los seres humanos menores de 18 años, y detalla y promueve los derechos de ellos, “los cuales pueden dividirse en cuatro amplias categorías: derechos a la supervivencia, al desarrollo, a la protección y a la participación” (UNICEF, s/f, p. 30).

La CDN reconoce a los niños como sujetos de derechos, dejando atrás (en cierta medida) la noción que existía respecto a ellos como objetos de protección y de control. No obstante la existencia de esta Convención, en las sociedades occidentales, el grupo social compuesto por niñas y niños se encuentra sometido en la cotidianidad a la autoridad y el poder de los adultos, en lo que podríamos llamar sociedades adultocéntricas. Esto implica que las relaciones de poder están jerarquizadas según la edad, en donde se cree y actúa bajo la idea de que el adulto es superior, y que ser adulto es el modelo ideal de persona (UNICEF, 2013). El adultocentrismo se reproduce, y repercute en cómo entendemos y tratamos a niñas, niños y adolescentes.

Es así como aún se percibe a las niñas y los niños como objetos de protección. Los adultos, posiblemente sumidos en sus dolores y miedos provocados por la pérdida, evitan hablar de muerte con los niños, para protegerlos y evitar el sufrimiento en ellos. La muerte se oculta, se niega, se aleja de la infancia (Fundación Mario Losantos del Campo, 2011). Generalmente no se les permite participar, no se les escuchan sus preocupaciones, ni se responden sus dudas. Lo que los adultos olvidamos con estas acciones es que los niños son seres integrales, que sienten y aman, y que están insertos en un mundo en donde la muerte ocurre y el suicidio es una realidad. En esta misma línea parece necesario recalcar que los niños no son proyectos de personas, sino que son personas de por sí, y que no son receptores pasivos de esta realidad, sino que son actores activos, que influyen en su ambiente y se ven influenciados por lo que acontece.

Existen diversos autores han buscado reconocer a la infancia y la voz de los niños. Entre ellos, se puede destacar a Françoise Dolto, quién plantea que desde el inicio de la vida el ser humano comprende e intuye la verdad, sin necesidad de haber desarrollado el lenguaje oral (Dolto,

1996). Se llama así a modificar la actitud de los adultos hacia los niños, buscando que los niños sean tratados con igual dignidad que un adulto. De esta manera, la psicoanalista enfatiza la importancia de concebir a las niñas y los niños como sujetos con voz y con derechos (Puentes y Carrasco, 2005). Por su parte, Donald Winnicott nos recuerda el valor de los sentimientos, recalando que éstos nos constituyen tanto a adultos como a niños. En sus palabras: “nos resulta sencillo subestimar los efectos de la pérdida en los niños (...) pero la pérdida de un progenitor, un amigo, una mascota o un juguete predilecto puede quitarle todo valor al vivir” (Winnicott, 1998, p. 82). En esta misma línea, Winnicott afirma que para aliviar el malestar es necesario primero reconocer lo que el niño siente, y no negarlo a través de falsas animaciones.

El diálogo sobre la muerte

Lo cierto es que la muerte nos rodea. La experiencia nos muestra que el suicidio ocurre, que las niñas y los niños pueden suicidarse o intentarlo, y que también pueden vivenciar la pérdida de algún ser querido a causa de un suicidio. Dicho esto, cabe preguntarse ¿cómo abordar con un niño el suicidio de una persona significativa? ¿Quién debe hablar de suicidio con ellos? ¿Se debe hablar? Si es así ¿cuánto se debe decir?

Hay autores que señalan que el trauma no es el hecho en sí, sino que lo traumático vendría a ser el no reconocimiento por un otro del daño sufrido. Aquí aparece la importancia de un tercero que responda con empatía. Siguiendo a Winnicott, resulta fundamental como adultos otorgar un sostén comprensivo a niñas y niños, que reconozca el sentir singular de cada uno. Esto consiste en entregar protección, seguridad, escucha, mostrarnos accesibles y dar espacio a la expresión de sentimientos.

En la misma línea, pero en relación a los suicidios en la población infantil, los expertos señalan que si un niño “encuentra a alguien que se preocupe por él, que escuche su súplica de ayuda (muchas veces no verbal), se puede evitar un desastre” (Kübler-Ross, 2005, p. 62). Nuevamente aparece la repercusión de los vínculos y de contar con un adulto significativo como una de las principales formas de evitar el suicidio infantil.

En este contexto, la invitación es a dialogar sobre la muerte con las niñas y los niños. En caso de suicidio de figuras significativas, como los padres, se debe “decir la verdad de lo sucedido, con un lenguaje

claro, sencillo y comprensible” (García-Viniegras & Pérez, 2012, p. 271), en dosis adecuadas según el nivel de desarrollo, la capacidad y la receptividad del niño. Igualmente es fundamental respetar los tiempos y las resistencias de cada uno. Asimismo, se aconseja ofrecer a los niños y las niñas la posibilidad de asistir a los funerales de personas significativas, explicándoles previamente en qué consiste la ceremonia y respondiendo con sinceridad sus dudas. Es recomendable ofrecer esta oportunidad para evitar en ellos construcciones de fantasías aterradoras y sentimientos de exclusión de la familia (Schonfeld, 1993), entendiendo además que el funeral puede ser un ritual para enfrentarse a la realidad del fallecimiento (Worden, 1997), en donde los seres queridos pueden reunirse a compartir recuerdos sobre el difunto y despedirse de él (Kübler-Ross, 2005).

Si bien el funeral ayuda a elaborar tareas del duelo, éste es un proceso continuo, que se puede revivir en distintos momentos de la vida. Violet Oaklander afirma que “cuando un niño sufre una pérdida hay numerosos posibles temas involucrados (...) [y] ciertos temas son especialmente frecuentes en distintos niveles de desarrollo” (2008, p. 130). A medida que vamos creciendo, van apareciendo sentimientos más profundos en relación a temas que antes no era posible abordar debido a los niveles de desarrollo tanto emocional como cognitivo. Esto no significa que el duelo sea patológico, sino más bien significa que se está elaborando. Por lo demás, hay ciertos momentos que son singularmente difíciles y críticos, como lo pueden ser el cumpleaños o el aniversario de muerte del fallecido. Particularmente hay que estar atentos a los niños de entre 2 y 5 años aproximadamente, ya que en este periodo predomina el pensamiento egocéntrico, por tanto, existe el riesgo de que se perciba la defunción ajena como una propia responsabilidad (Worden, 1997).

Es innegable que hay casos en que los familiares o amigos de quien se suicida pueden requerir ayuda profesional para elaborar el duelo, y como terapeutas el trabajo puede estar orientado a ayudar a corregir las distorsiones, a explorar fantasías de muerte y de futuro, a trabajar la expresión de los múltiples sentimientos, entre otros (Worden, 1997).

Reflexiones finales

Finalmente, quiero hacer un llamado a hacernos responsables y agentes activos de cambio de la sociedad en que vivimos y de la cual somos parte. A co-construir una sociedad que se informe, reconozca e identifique los signos que se pueden vislumbrar en el proceso suicida. Me parece fundamental dirigir el conocimiento tanto a la prevención como también

al tratamiento del suicidio, incluyendo a los distintos actores, dada la importancia del papel de la familia, la escuela y la comunidad en la vida de los seres humanos. Todo esto no desde la sobrepatologización, sino que desde la preocupación y el estar atentos al otro.

A la vez, considero que cómo pensamos y tratamos a los niños nos define como colectividad, por lo que se vuelve necesaria una sociedad que los reconozca como personas. Una sociedad en donde los adultos cumplan el rol de orientar y acompañar a las niñas y los niños, y no sean una autoridad experta, en lo que refiere a los procesos de duelo como a la vida misma. Una sociedad en donde los adultos escuchen la palabra de los niños, reconociendo que no sólo se comunican verbalmente sino que a través del cuerpo y del juego. Una sociedad que le otorgue el reconocimiento y la validez que corresponde a las niñas y los niños, específicamente, a lo que ellos sienten, piensan y llevan en su mundo interior.

Referencias bibliográficas

- Benjamin, J. (2012). El Tercero. Reconocimiento. *Clínica e Investigación Relacional*, 6(2), 169-179. Recuperado de [http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen6\(2\)Junio2012.aspx](http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen6(2)Junio2012.aspx)
- Caycedo, M. (2007). La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(2), 332-339. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000200012&lng=en&tlng=es.
- Chávez-Hernández, A.M. & Leenaars, A. (2010). Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. *Salud mental*, 33(4), 355-360. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008&lng=es&tlng=es.
- Cyrułnik, B. (2014). *Cuando un niño se da muerte*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Dolto, F. (1996). *La causa de los niños*. Barcelona: Paidós.
- Dolto, F. (1981). *¿Tiene el niño derecho a saberlo todo?. Nuevas ideas para una comunicación más fructífera y sincera con sus hijos*. Barcelona: Paidós.
- Duarte, C. (2012). Sociedades adultocéntricas: sobre sus orígenes y reproducción. *Revista Última Década*, 36, 99-125. Recuperado de: <http://www.cidpa.cl/>
- Durkheim, E. (1965). *El suicidio. Estudio de sociología*. Buenos Aires: Editorial Schapire.
- Freud, S. (1912). Tótem y Tabú. En Luis López-Ballesteros y de Torres, y Numhauser, *Sigmund Freud Obras Completas Tomo II* (pp. 1745-1850). Buenos Aires: El Ateneo.
- Fundación Mario Losantos del Campo (2011). *Explícame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños*. España: Edición no venal.

- García-Viniegras, C. & Pérez, C. (2013). Duelo ante muerte por suicidio. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 12(2), 265-274. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000200014&lng=es&tlng=es.
- Genovés, A. (2012). Ferenczi y la importancia del objeto. *Temas de psicoanálisis*, 3. Recuperado de <http://www.temasdepsicoanalisis.org/ferenczi-y-la-importancia-del-objeto/>
- Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Los niños y la muerte*. Barcelona: Luciérnaga.
- Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Prevención del Suicidio. Orientaciones para su implementación. Recuperado de: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevenccion.pdf
- Morales, S., Armijo, I., Moya, C., Echávarri, O., Barros, J., Varela, C., Fischman, R., Peñaloza, F. y Sánchez, G. (2014). Percepción de cuidados parentales tempranos en consultantes a salud mental con intento e ideación suicida. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 403-417. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242014000300004&script=sci_arttext
- Oaklander, V. (2008). *El tesoro escondido: la vida interior de niños y adolescentes*. Chile: Editorial Cuatro Vientos.
- Organización Mundial de la Salud (2004). El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS. Comunicados de prensa. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2016). Suicidio. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Pavez, I. (2012). Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales. *Revista de Sociología*, 27, 81-102. Recuperado de: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/sociologia/articulos/27/2704-Pavez.pdf>
- Pérez, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000200013&lng=es&tlng=es.
- Puentes, C. y Carrasco, E. (2005). ¿Juguemos? Posibilidades terapéuticas del uso del juego en terapia familiar. *Revista de Familias y Terapias*, 13(20), 23-33.
- Schonfeld, D. (1993). Talking with children about death. *Journal of Pediatric Health Care*, 7(6), 269- 274.
- Ulloa, F. (1993). Tentativas y consumación de suicidio en niños y adolescentes. *Revista Chilena Pediatría*, 64(4), 272-276.

UNICEF (s/f). *Convención sobre los derechos del niño. Ratificada por Chile en 1990.*
Recuperado de: <http://unicef.cl/web/convencion/>

UNICEF (2013). *Superando el adultocentrismo.* Recuperado de: <http://unicef.cl/web/superando-el-adultocentrismo/>

Winnicott, D.W. (1993). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: Estudios para una teoría del desarrollo emocional.* Barcelona: Paidós.

Winnicott, D.W. (1998). *Acerca de los niños.* Buenos Aires: Paidós.

Worden, W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia.* Barcelona: Paidós.

CAPÍTULO 7.

SUICIDIO ADOLESCENTE Y LOS VÍNCULOS RELACIONALES

Soledad Arriagada

Introducción

La palabra suicidio ha sido asociada a través del tiempo a diversas ideas, en general todas negativas, porque nos recuerda la finitud del ser humano. Debido a esto, casi todas las religiones han condenado el suicidio como una forma de rebeldía y contravención de las normas establecidas. Sólo cuando el suicidio o la entrega a la muerte asume un objetivo religioso es aceptado como posible, pero en general se le nombra de otras formas: martirio, inmolación, sacrificio, entre otras. Es tal la carga negativa que se construye en torno a la palabra suicidio, que aún hoy en nuestro país no se menciona en los medios de comunicación, ni se enfrenta abiertamente cuando se presenta en la vida cotidiana, a pesar de que ha llegado a ser la tercera causa de muerte de la población en general y la segunda o tercera causa de muerte entre nuestros adolescentes. Es decir, se ha visto un aumento progresivo de los suicidios en este grupo etario (Ventura-Juncá et al., 2010).

En el análisis del fenómeno del suicidio no podemos sólo circunscribirnos a las cifras de suicidios consumados. Al considerar situaciones como la ideación suicida y los intentos de suicidios cobran especial relevancia si “la suicidalidad es un continuo que va desde la mera ocurrencia hasta la consecución del suicidio, pasando por la ideación, la planificación y el intento suicida” (Salvo y Melipillán, 2008, p. 116). Esta conceptualización permite ponderar el hecho de que las tentativas de suicidio son hasta 20 veces más frecuentes que los que se consuman, especialmente en las mujeres.

En la última década se ha avanzado bastante en la multicausalidad del suicidio, esclareciendo los factores de riesgo de conductas suicida y suicidios consumados entre los adolescentes. Debemos considerar

factores como los que menciona en su estudio Bridge y cols. (citado por Martínez, 2006): 1) enfermedades mentales físicas 2) alteraciones de la personalidad 3) factores familiares 4) factores biológicos 5) aprendizaje externo o “contagio” 6) acceso a agentes letales 7) pobre intervención de la enfermedad o mal manejo clínico.

En este artículo me propongo centrar en los aspectos más sociales y relacionales, como los aspectos familiares, del entorno social y del manejo clínico de las conductas suicidas.

En nuestro país, en los últimos años los estudios (Salvo y Melipillán, 2008; Pavez y cols., 2009; Guevara, 2007; Inzunza y cols., 2012) han puesto mayor atención en causas que en estudios de décadas anteriores no fueron exploradas, poniendo énfasis en aspectos como la autoestima del adolescente, la impulsividad, los problemas de cohesión y adaptabilidad familiar y el apoyo social (Salvo y Melipillán, 2008). Pero la idea no es sólo conocer estas causas de suicidio, como datos que se suman, sino que en el presente documento se desea relevar la posible interrelación de las diversas causas y la importancia que asumen en la adolescencia, de tal modo que permita reflexionar respecto a las posibilidades de prevención del suicidio que dicho conocimiento abre, y cómo puede orientar la acción terapéutica.

Importancia de los vínculos familiares del adolescente

Cuando se habla de vínculos, se hace referencia a todas las acepciones de la palabra, desde lo más esencial que es como lo define la Real Academia de la Lengua Española, como “unión o atadura de una persona o cosa con otra” (2014), pasando por una de las definiciones psicoanalíticas, que es la de Pichón-Rivière en su libro, Teoría del Vínculo (1985), que se refiere a este como, “un tipo particular de relación de objeto. [...] Es una estructura dinámica en continuo movimiento, que funciona activada o movida por factores instintivos, por motivaciones psicológicas. [...] Es posible establecer un vínculo, una relación de objeto con un objeto interno y también con un objeto externo. Podemos decir que lo que más nos interesa desde el punto de vista psicosocial es el vínculo externo, mientras que desde el punto de vista de la psiquiatría y del psicoanálisis lo que más nos interesa es el vínculo interno” (Pichón-Rivière, 1985, p. 35). Para llegar posteriormente a una definición más sistémica en donde se entiende el vínculo como “las diversas conexiones que establece el niño, niña o adolescente consigo mismo, con sus familiares y con su entorno social, [que] son clave [...] para la inclusión de este en su familia; también

lo son los vínculos que se configuran entre las familias y sistemas más amplios como la comunidad” (Jaramillo, J. y otros, 2014, p. 479).

Los aspectos indicados permiten apreciar que los ámbitos de la vida del adolescente que están notoriamente determinados y morigerados por las dinámicas familiares propias del grupo social primario en el que se ha desarrollado, a lo que se suman paulatinamente otros ambientes de los que forma parte y que apoyan o conflictúan la construcción de identidad del adolescente, tales como la escuela, el vecindario, los pares, y hoy en día muy notoriamente, los medios de comunicación y redes sociales. Dentro de estos factores de riesgo más relacionales cobra importancia la psicopatología parental (depresión, abuso de sustancias, conductas antisociales), que exista historia familiar de suicidio, dinámicas familiares inestables o conflictivas, la muerte de uno de los padres, el divorcio y la presencia de cualquier tipo de violencia intrafamiliar (Martínez y González, 2007). Así como también se consideran influyentes; la comunicación conflictiva, bajos niveles de cercanía afectiva, altos niveles de control parental y conflictos legales del padre (Pavez y cols., 2009).

Tal como los refieren algunos autores (Olson, 1991; Falicov, 1991; Wynne, 1991), la mayoría de los problemas individuales comienzan o terminan dentro de la familia a la que pertenecen. Es decir, las familias están constantemente enfrentando desafíos y frustraciones propias de la época que les corresponde vivir, lo que pone en tensión sus recursos y estructura, sometiéndolas a intensas exigencias que elevan el estrés cotidiano en diversas etapas del ciclo vital. En este sentido se ha observado que los cambios estructurales en la familia que afectan su funcionamiento histórico como principal red social de los individuos, impacta notoriamente en la regulación y las asimetrías de poder al interior de un grupo familiar, y que afecta notoriamente el cumplimiento de los roles parentales producirá en los hijos dificultades para sentir la estructura familiar como contenedora y que ejerce una autoridad suficiente que permite regular los intercambios emocionales y prácticos de la vida cotidiana (Olson, 1991).

Cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar

Las crisis normativas y no normativas que enfrentan todas las familias, impactan en la cohesión familiar, entendida por Olson (1991) en su Modelo Circumplejo como: “una medida del grado de proximidad recíproca que sienten emocionalmente los miembros de una familia, o de su sentido de conexión y separación respecto de otros miembros

de ella” (Olson, 1991). El autor reconoce que es esperable que la cohesión familiar comience a disminuir en la etapa del ciclo vital familiar con hijos adolescentes, ya que reflejan los esfuerzos del adolescente por diferenciarse de la familia, por lo tanto, los niveles medios de cohesión familiar serían los más viables para el funcionamiento de la familia en esta etapa (Olson, 1991). Se ha observado que en familias de adolescentes con intentos suicida, su cohesión familiar tiende a estar en ambos extremos del continuo establecido por Olson (1991), en donde en un extremo encontramos a las familias que el autor llamó enmarañadas, que se caracterizan por altos niveles de cohesión que exagera la identificación con la familia y la lealtad exigida dificulta la individuación de los miembros, y en el otro extremo, encontramos a las familias desvinculadas, que son aquellas que estimulan un alto grado de autonomía, al punto que determinan un nivel de compromiso y apego hacia la familia muy limitado, por lo que no sienten que se pueda contar con los miembros (Olson, 1991).

Por otra parte, hay estudios (Pavez y Cols, 2009; Guevara, 2007) que coinciden en que la adaptabilidad familiar tiene una correlación positiva moderada con la ideación suicida de adolescentes, entendiendo por tal, el concepto desarrollado por Olson (1991) que hace referencia a “la capacidad de un sistema conyugal o familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación, en respuesta al estrés situacional o evolutivo” (Olson, 1991, p. 106). Por lo tanto, al igual que la cohesión familiar, la adaptabilidad familiar es un continuo que va desde una adaptabilidad baja que hace referencia a una familia rígida, hasta el otro extremo en el que encontramos una alta adaptabilidad que hace referencia a una familia caótica, estableciéndose como los más favorables los niveles centrales de adaptabilidad que se refieren a las familias estructuradas y flexibles, que permiten una mejor funcionamiento de la pareja de cónyuges y la familia, que permite que enfrenten el estrés desarrollando estrategias que consideren la estabilidad y el cambio como necesarios para el sistema familiar (Olson, 1991). En este sentido, las familias con adolescentes suicidas, se tienden a identificar con organizaciones caóticas o rígidas, por lo cual, cuando al estrés esperado de la adolescencia de los hijos en la que tienden a diferenciarse de la familia, se suman otras situaciones de estrés situacional, estas familias no lograrían hacer frente al cambio ni mantener una estabilidad necesaria para que sigan siendo funcionales, lo que produciría un impacto emocional en los hijos que pretenderían encontrar una salida a la situación a través del intento suicida.

Otro aspecto que es mencionado en los estudios chilenos dentro de los factores de riesgo relacionales que cobran importancia en los intentos suicidas de adolescentes, son las dificultades en la comunicación familiar, la cual es considerada por Olson (1991) como una tercera dimensión dentro de su modelo, que sería la facilitadora del movimiento al interior de las otras dos dimensiones (cohesión y adaptabilidad familiar). Cobra real importancia para las familias las habilidades para la comunicación positiva, tales como la empatía, la escucha reflexiva y los comentarios de apoyo, que permitirían que los miembros se sintieran capaces de compartir sus necesidades y preferencias, que son cambiantes a través de las diversas etapas del ciclo vital familiar. Por lo tanto, es probable que con la idea de comunicación conflictiva, los estudios (Pavez y cols, 2009; Martínez y González, 2007) se refieran a familias en las que predominan las habilidades negativas de la comunicación, como el doble vínculo, las comunicaciones de dobles mensajes y las críticas, las cuales interferirían con la posibilidad de que los miembros compartan sentimientos y dificultan una mejor adecuación familiar en relación a la cohesión y adaptabilidad familiar (Olson, 1991).

Autoestima e intentos suicidas

Otra correlación muy clara en los estudios dice relación con la autoestima y la ideación suicida. Si consideramos la definición que hace Jaramillo y cols. (2014), en el que refieren que “el desarrollo de la autoestima dependerá en parte del tipo de relaciones afectivas que se establezcan a lo largo de la existencia de la persona [por lo que] es esencial que la persona se encuentre en un clima de afecto y amor, no sólo en el hogar, sino en todo ambiente que le toque desenvolverse en el transcurso de su vida, lo cual está directamente asociado a su sentimiento de confianza personal, sin ella todo crecimiento posterior será más vulnerable” (Erikson, 1959, citado por Oitana y cols., 2015, p. 2). Por lo tanto, se puede considerar la autoestima como un producto de diversos factores relacionales al interior de la familia, que estarían íntimamente relacionados con la coherencia y adaptabilidad familiar referidas anteriormente, lo que nos permitiría suponer que no es posible encontrar adolescente que vivan en constantes conflictos familiares y que logren desarrollar una adecuada autoestima, ya que serán dos factores que irían relacionados por depender en una primera instancia de el mismo grupo de referencia. A su vez, se puede observar la importancia que cobra la escuela como medio de socialización, ya que en alguna medida puede morigerar los efectos de una familia en la autoestima de sus hijos entregándoles una nueva perspectiva de sí mismos.

De este modo, otros factores de riesgo que también asumen importancia son los relacionados con el entorno más amplio donde están insertos los adolescentes, tales como: el apoyo del sistema escolar, la disponibilidad y acceso a algún agente letal como armas, fármacos, sustancias tóxicas, etc. (Martínez y González, 2007) Es así, como se configura el llamado apoyo social, que se refiere a “la percepción que tiene una persona de que cuidan de ella, que es estimada y que forma parte de una red de personas que se preocupan de su bienestar” (Barra, 2004 citado por San Martín y Barra, 2012, p. 288). Las principales fuentes de apoyo social en los adolescentes son la familia, los amigos y el personal escolar (San Martín y Barra, 2012). Sin embargo, según un estudio de Moyano y Barría (2006), a los padres chilenos cada día se les hace más difícil ser un apoyo social eficiente para sus hijos, debido a que “las características del trabajo, la inseguridad, la inequidad, la desigual distribución del ingreso y sus consecuencias sobre la salud serían factores principales a la base de la salud mental y del suicidio en la sociedad chilena”. Se ha observado a los chilenos como extraordinariamente desconfiados en sus relaciones interpersonales” (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, 1998, p. 163 citado por Moyano y Barría, 2006, p. 348). Además, los chilenos presentan la angustia constante de no tener los recursos económicos para satisfacer las necesidades de alimentación, educación y salud de sus hijos, lo que los lleva a que ambos padres se vean en la obligación de trabajar jornada completa o incluso a trabajar más horas de una jornada normal en su mismo trabajo o en trabajos secundarios, lo que redundará en menor tiempo con su familia y un nivel de agotamiento físico y emocional extremo de los adultos a cargo de la familia.

Por lo tanto, la vida cotidiana se transforma en una carrera por consumir y la necesidad de consumo se transforma en la única forma de integración social y de satisfacción individual (Guevara, 2007). Debido a esta falta de adultos en muchos hogares, las relaciones entre pares en la adolescencia asume una importancia clave actualmente más que en épocas anteriores, “la configuración de las redes de compañeros y amigos puede jugar un papel decisivo, si los contenidos que se ponen en juego en estas relaciones ayudan al desarrollo de la cooperación y la solidaridad entre pares y los ayuda a reafirmarse socialmente mediante prácticas sociales satisfactorias que les permita el reconocimiento de sí mismos y su autonomía” (Krauskopf, 1999 citado por Guevara, 2007), en este sentido no contar con un grupo de amigos ni sentirse aceptado por sus compañeros constituye un serio conflicto identificadorio, que cobra una gran importancia en esta etapa de la vida, el cual si se suma a los conflictos familiares puede desencadenar severos trastornos del ánimo e estimular la ideación suicida.

Redes sociales, adolescencia y suicidio

En la actualidad la relación con los pares no se refiere sólo al contacto directo con otros, sino que se encuentra mediada por las redes sociales que pueden amplificar o morigerar el impacto de los conflictos interpersonales. Las redes sociales se posicionan como una nueva forma de comunicación en donde abunda la información, alguna de muy buena calidad, pero también otra de mala calidad, basada en rumores que se expanden rápidamente. Debido a este exceso de información, los adolescentes no saben distinguir entre una y otra, ya que no es suficiente con ser nativo digitales, es decir, que hayan estado en contacto con la tecnología desde que nacieron (González, 2015), sino que hace falta que las personas tengan una visión más amplia y criterio formado para lograr atribuir adecuadamente el nivel de confiabilidad de un texto. González (2015) refiere que en la web “los mensajes no solo se deforman, acortan y condensan, sino que debido a la velocidad a la que fluye la información en las redes sociales en muchas ocasiones se carece de tiempo para que los individuos involucrados intervengan y, sobre todo, para que exista una reflexión sobre la información que se está consumiendo” (Gandasegui, 2011, p. 16 citado por González 2015, p. 33).

La misma autora (2015) hace referencia a que la elección de contenidos e información de los adolescentes “se vincula con la construcción de su identidad, en la que la web se posiciona como el espacio virtual en el que ensayan un perfil, ya sea real o ficticio, de quiénes son o quiénes quieren ser” (González, 2015, p. 35). De allí la importancia que cobran las redes sociales, ya que los adolescentes que se encuentran inmersos en familias con dificultades comunicacionales, probablemente buscará en la web las respuestas que su entorno no le logra dar, especialmente cuando ha comenzado la ideación suicida. Según autores españoles (Moreno y Blanco, 2012) se puede encontrar en internet toda la ayuda necesaria para llevar a cabo un suicidio, incluso con la sugerencia y análisis de diversos métodos según como quiera morir la persona, es lo que se a denominada como ciber-suicidio, que se refiere al acto autolítico influido por internet que ha crecido año tras año con la expansión del uso de la web. Así también, el adolescente que acude a las redes sociales en busca de información respecto a su ideación suicida puede encontrar a profesionales, amigos o familiares que lo apoyen y le muestren razones para descartar la opción del suicidio, pero debemos reconocer que buena partes de los actuales profesionales de la salud mental somos lo que se ha llamado inmigrantes digitales, es decir, somos personas que nos incorporamos más tarde a la tecnología (en algunos casos la vimos

llegar a nuestras vidas paulatinamente), por lo tanto nuestra relación con las diversas tecnologías digitales es diferente, como Prensky (2001) refiere “que el inmigrante participa con otro “acento”, utiliza la tecnología de manera más reflexiva, seleccionando y compartiendo información de manera más lenta y selectiva” (Prensky, 2001 citado por González, 2015), pero que a su vez significa menor presencia que un nativo digital, por lo tanto, menores posibilidades de estar disponibles cuando una adolescente con ideación suicida busque información y/o ayuda.

Reflexiones finales

Como se puede reflexionar, la conducta adolescente presenta tal multicausalidad que pasa a ser un claro reflejo del ritmo y calidad de la vida actual, con todas las complejidades y posibilidades. Quizás lo extraño es que nos llame la atención que los suicidios adolescentes estén aumentando, y cuando se analiza aparecen factores de riesgo tan amplios y enraizados en dinámicas tan estructurales de nuestra sociedad que la labor no se observa fácil. Sin embargo, también se logra observar la centralidad que adopta la familia como grupo formador y de apoyo de los adolescentes que determina el desarrollo futuro de las relaciones de nuestros jóvenes, por lo tanto, adquiere una gran importancia las intervenciones orientadas a reforzar y apoyar los vínculos relacionales de la familia como punto focal que logre abarcar varios factores de riesgo relacionados de la conducta suicida.

En salud mental, probablemente nuestro desafío no es seguir dando tratamiento paliativo al fenómeno del suicidio, sino desarrollar estrategias de intervención psicosocial que consideren como punto de partida los vínculos relacionales en los que se encuentra inserto el adolescente, y que por lo tanto, se realicen las intervenciones necesarias para que el entorno directo en el cual se encuentran inmersos los adolescentes, se constituya como agente de contención y vinculación y que se tomen las acciones pertinentes para fortalecer sus recursos emocionales como una forma eficiente de evitar que la ideación suicida se instale como una alternativa posible para el adolescente.

Referencias bibliográficas

- Guevara, O. (2007). Aportes para la reflexión sobre el fenómeno del suicidio en adolescentes. *Rev. Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica*. 116 57-69/2007.
- Inzunza, C., Navia, F., Catalán, P., Breiher, C. y Ventura, T. (2012). Conducta suicida en niños y adolescentes ingresados en un hospital general. Análisis descriptivo. *Rev. Med. Chile* 2012; 140: 751-762.
- Jaramillo, J., Cubillos, M., Gómez, A., López, L. y Pérez, L. (2014). Avances en Psicología Latinoamericana / Bogotá (Colombia) / Vol. 32(3) / pp. 477-493/2014/ ISSNe2145-4515
- Martínez, J., González, C. (2007). Antidepresivos y suicidio: una polémica actual. *Rev. Chil. Pediatr* 2007; 78(5): 461-471.
- Moyano, E. y Barría, R. (2006). Suicidio y producto interno bruto (PIB) en Chile: hacia un modelo predictivo. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2006, volumen 38, N° 2, 343-359.
- Moreno, P. y Blanco, C. (2012). Suicidio e Internet. Medidas preventivas y de actuación. *Psiquiatría.com*. 2012; 16: 18.
- Oitana, L., Alarcón, Y., Yoris, A., Molina, M. y Otazo, M. (2015) La autoestima en contexto de vulnerabilidad; La familia y la escuela como posibilitadores de su desarrollo, Ponencia VIII Encuentro nacional de docentes universitarios católicos (Enduc-8). Buenos Aires: Argentina.
- Olson, D. (1991). Tipos de familia, estrés familiar y satisfacción con la familia: una perspectiva del desarrollo familiar. En: Jaes, C. (1991) *Transiciones de la familia*. Amorrortu editores 1era edición. Buenos Aires: Argentina.
- Otzen, T., Sanhueza, A., Manterola, C., Escamilla-Cejudo, J. (2014). Mortalidad por suicidio en Chile: tendencias en los años 1998-2011. *Rev. Med. Chile* 2014; 142: 305-313.
- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., Vera-Villaruel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Rev. Med. Chile* 2009; 137: 226-233.
- Pichon-Rivière, E. (1985). *Teoría del Vínculo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Real Academia Española (2014). Efectividad. En *Diccionario de la lengua española* (23ª ed.). Recuperado de http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=vínculo
- Salvo, L., Melipillán, R. (2008). Predictores de suicidalidad en adolescentes. *Rev. Neuro-Psiquiatr* 2008; 46(2): 115-123.
- San Martín, J. y Barra, E. (2013). Autoestima, Apoyo Social y Satisfacción Vital en Adolescentes. *Terapia Psicológica* 2013, Vol. 31, N° 3, 287-291.

- Vargas, J. y Oros, L. (2011). Parentalidad y autoestima de los hijos: una revisión sobre la importancia del fortalecimiento familiar para el desarrollo infantil positivo. Rev. Apuntes Universitarios año I, número 1.
- Ventura-Juncá et al. (2010). Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Rev Med Chile 2010; 138: 309-315.

PARTE III.

DIFERENCIAS Y DESIGUALDADES

CAPÍTULO 8.

ETIOLOGÍAS DEL SUICIDIO PEHUENCHE: TRAUMA TERRITORIAL Y FUERZAS NEGATIVAS EN ALTO BIOBÍO, CHILE

Claudio González Parra, Jeanne W. Simon y Elda Jara

En las últimas décadas, y especialmente con la creciente atención puesta a las diferencias entre las poblaciones indígenas y no indígenas, se han visibilizado las altas tasas de suicidio en pueblos indígenas, y especialmente entre los jóvenes a pesar de variar entre distintas comunidades y territorios¹. En el caso de Chile, el gobierno empezó a visibilizar la alta tasa de suicidio de los jóvenes indígenas debido a estudios realizados sobre su salud en las Américas en 2010 (CELADE, 2011), reflejando tendencias observadas en otros países tanto en las Américas (UNICEF-IWGIA, 2012) como Australia, Canadá y Estados Unidos. Además, el Foro Permanente de Asuntos Indígenas de las Naciones Unidas ha expresado su preocupación y ha realizado recomendaciones a los Estados, entre los cuales se encuentra la necesidad de contar con mayores datos.

Dentro de este contexto, el presente trabajo busca analizar las causas de una ola de suicidios de jóvenes pehuenche en Alto Biobío visibilizados en el periodo 2004 hasta 2007. Dicha tendencia fue informada en el año 2007 por médicos de la Provincia de Biobío (Opazo, 2010). Además, en CELADE (2011) se visibiliza que la tasa de suicidios ha aumentado 150% en el periodo de 2004-2006 en varios territorios indígenas tanto mapuche en el sur de Chile como aimara en el norte. Hernández (2011) también presenta datos descriptivos sobre los suicidios, indicando que hubo 22 intentos (82% pehuenche) entre 2006 y 2010, siete de los cuales que tuvieron éxito. El aumento brusco de suicidios en este periodo, sugieren la necesidad de comprender su etiología, las causas del aumento en suicidio en el territorio ancestral de los pehuenche. Al mismo tiempo, considerando que los pehuenche forman parte del

¹ Ver por ejemplo UNICEF-IWGIA 2010, Bartomeu, 2004, Gallego y Jara, 2007.

pueblo mapuche, se reconoce la necesidad de abordar el estudio desde un enfoque cultural.

Inspirado en el enfoque de Durkheim (1897), el presente trabajo conceptualiza el aumento en suicidio en el periodo 2006-2010 como un hecho social. Y así se hace necesario identificar las características del contexto socio-histórico donde se ha presentado este. Al mismo tiempo, considerando que Durkheim plantea que hay menos suicidios en las comunidades que tienen mayor cohesión social, también es necesario visibilizar las estrategias comunitarias y/o gubernamentales que favorecerían una mayor resiliencia en el pasado como también las transformaciones territoriales que han debilitado dicha cohesión social. De manera parecida, autores más contemporáneos, como Link and Phelan (1995) critican las explicaciones que sólo se basan en el individuo (por ejemplo, factores individuales de riesgo para la enfermedad) por ignorar las “causas fundamentales de una enfermedad”, como la desigualdad de recursos, que tienden a ser sociales. Además, los mismos autores indican que los casos donde se puede establecer la exacerbación de una enfermedad antes o después de la existencia de una condición social permiten visibilizar la importancia de lo social. De esta manera, en el caso de Alto Biobío, donde la construcción de dos represas hidroeléctricas ha transformado el aislamiento previo de las comunidades pehuenche (Downing, 1996; González-Parra y Simon, 2008), permite visibilizar las causas sociales de suicidio de personas indígenas. Así para el análisis de la etiología de los suicidios, se situarán los suicidios en relación a los riesgos asociados con la intervención externa en comunidades aisladas y con ser indígena en un contexto dominado por lógicas culturales y políticas diferentes. Finalmente, se analizará las explicaciones que emergen desde el mismo territorio y de la cosmovisión pehuenche sobre salud.

En la próxima sección, analizamos las principales tendencias y explicaciones por suicidios entre jóvenes indígenas en el mundo, destacando sus diferencias con culturas dominantes resultando en la necesidad de abordar el suicidio en pueblos indígenas desde un enfoque comunitario que considera tanto la cosmovisión como el trauma histórico de colonización. Posteriormente, después de nuestro marco metodológico, se resumen las principales respuestas del territorio, destacando la existencia de dos etiologías.

Tendencias y explicaciones de suicidio en pueblos indígenas

La presente sección presenta una revisión de la literatura sobre el fenómeno de suicidio en pueblos indígenas. Se diferencian entre tendencias como descripciones y explicaciones causales del fenómeno.

Tendencias de suicidio en pueblos indígenas

En los estudios que describen los suicidios en distintos países, se observan importantes semejanzas entre distintos pueblos indígenas al mismo tiempo que se presentan diferencias con los suicidios de culturas dominantes. Por ejemplo, en comparación con culturas dominantes, la concentración de múltiple de suicidios en corto tiempo ocurre con mayor frecuencia en comunidades indígenas (Hunter & Harvey, 2002). Además, parece que suicidio tiene menos relación con enfermedades mentales y más con el consumo de alcohol y/o drogas.

Por otra parte, Gallego y Jara (2007) plantean que el suicidio en pueblos indígenas presenta características particulares como, por ejemplo, el individuo no descuida por completo sus actividades diarias en el campo, a pesar de que el trabajo se presente de una forma deficiente. La comunidad levanta al individuo, aunque esté deprimido. El desamparo es una condición que se produce a partir de elementos culturales y se presenta de forma colectiva. El papel de la autoestima también entra en la concepción sintomatológica, sin embargo, presenta elementos que ponen de manifiesto la pérdida del ritual desde un punto de vista terapéutico.

La tendencia de ahorcamiento es observada en pueblos indígenas en Australia (Hunter et al., 2001). Tatz (1999) también plantea que el suicidio parece como una decisión impulsiva a menudo cuando ebrio, posiblemente una condición necesaria pero no suficiente. En Ecuador, las mujeres realizan más intentos mientras que los hombres tienen más muertos por suicidio (Gallego y Jara, 2007). En contraste, en Perú, son mujeres quienes principalmente se suicidan (UNICEF-IWGIA, 2012).

Etiología del suicidio indígena

Dentro de la literatura sobre suicidio en pueblos indígenas, podemos identificar dos enfoques principales. Por un lado, hay los estudios que analizan principalmente los factores individuales, como son biológicos y psicológicos, para explicar por qué una persona se suicidó. Por ejemplo, para explicar el suicidio de personas indígenas en Australia, Tatz (1999)

identifica 8 factores: ausencia de un sentido de la vida; ausencia de modelos reconocidos públicamente; la desintegración de la familia y ausencia de redes significativas de apoyo en la comunidad; ataque sexual; drogadicción; odio y envidia; ciclo de tristeza debido a múltiples muertos en la comunidad; exclusión social.

Este tipo de estudios se basan generalmente en datos oficiales, y autores como Leenaars (2006) plantean que no son confiables para los pueblos indígenas. Un importante avance en este sentido es la Encuesta sobre los Pueblos Indígenas de las Américas (Indigenous Peoples Survey) que es un instrumento para analizar la efectividad de intervenciones que incorpora trauma histórico y duelo no resuelto y, al mismo tiempo, respetar las diferencias entre los pueblos (Braveheart et al., 2011). Por el otro lado, otros estudios sobre suicidio en los pueblos indígenas interpretan los factores individuales como resultados de otros procesos (e.g., colonización) y en cambio analizan los factores socio-culturales y socio-históricos para explicar las diferencias con culturas no indígenas. Desde esta perspectiva, mayor incorporación al mundo desarrollado, se percibe como un contexto negativo, lo cual contrasta con la posición que mayor desarrollo implica mayor bienestar.

Por ejemplo, Dudgeon (2000) plantea que la disfunción familiar observada en las comunidades aborígenes en Australia es una “reacción colectiva” de rabia frente a la opresión de colonización durante generaciones. La investigadora observa que el sentimiento de no poder transformar la situación está relacionado con la violencia hacia uno mismo y hacia otros como también con el abuso de alcohol y drogas, resultando en suicidio, violaciones, y violencia intrafamiliar. Debido al hecho que no puedan expresar su rabia de manera constructiva, la investigadora plantea que la rabia es canalizada hacia la familia, uno mismo o a la comunidad. En el caso de los pueblos indígenas en Canadá, Weaver y Brave Heart (1999) también indican la relevancia del trauma histórico (tanto al nivel individual como la comunidad en general), especialmente en el traspaso generacional del trauma a través de la violencia intrafamiliar, alcoholismo, y drogadicción.

De manera parecida, Walters (2007) destaca que la causa principal es el dolor de trauma histórico, y en particular el trauma de colonización, el cual se experimenta tanto al nivel individual como colectivo y que también es trans-generacional. Para los pueblos indígenas, Walters (2007) amplía el concepto de trauma histórico para incluir también daño ambiental basada en la relación especial que tienen los pueblos

indígenas con su territorio. Como ejemplo menciona el caso de una comunidad afectada por la construcción de una represa hidroeléctrica que resultó en la inundación de parte de su territorio ancestral y la relocalización a otro territorio, como en el caso de los pehuenches de Alto Biobío con la construcción de dos represas hidroeléctricas en los últimos 20 años.

En su discusión sobre suicidio de los inuit, Leenaars (2006) también establece una conexión entre el territorio y el “dolor” que está presente en la memoria colectiva, cuando habla del “*pain in the Arctic*”². Extrapolando a otros pueblos indígenas, enfatiza la importancia de factores socio-históricos, mencionando explícitamente la violencia de colonización, genocidio, asimilación y el abuso experimentado por la casi totalidad de los pueblos indígenas contemporáneos.

Dentro del contexto de colonialización, que parece como factor agravante, podemos observar también diferencias entre las experiencias de distintos pueblos. Diversos estudios han profundizado en el estudio de la relación entre el trauma histórico y la experiencia individual. Por ejemplo, Whitbeck et al. (2004) exploraron la respuesta de miembros de tribu Lakota a una variedad de eventos históricos y contemporáneos que afectan negativamente a pueblos indígenas (e.g., pérdida de territorio ancestral, educación formal incluyendo internados). Encontraron que el trauma asociado a eventos históricos sigue siendo una parte de su vida emocional. Al mismo tiempo, también demostraron resiliencia frente dichos eventos, asociando la resiliencia con relaciones emocionales con otros, mantención de valores tradicionales, y ayudando a otros, especialmente las nuevas generaciones. De esta manera, la mantención de cohesión como comunidad emerge como factor protector.

En contraste con el enfoque de determinantes sociales, los estudios que analiza trauma histórico no consideran que los niveles de pobreza sean un factor explicativo. Por ejemplo, de Ishtar y Napurrula (2007), para los Wirrimanu de Australia, encontró que los factores sociales como pobreza material son menos importantes en comparación con autoestima colectiva y su relación con la salud espiritual. De hecho, plantea que el factor socio-cultural explicativo tiene relación con la desconexión de la comunidad en general con su territorio y prácticas culturales, especialmente la posibilidad de conectar con Tjukurrpa, la fuerza cósmica universal (traducida como “Dreaming”).

² Nos recuerda de la canción de la cantautora Violeta Parra “Arauco tiene una pena”.

Así desde un enfoque de trauma histórico colectivo, se puede suponer que se observarán menor frecuencia de violencia y comportamiento auto-destructivo en las comunidades que han logrado re-establecer equilibrio entre su gente durante y después de procesos traumáticos. Aunque los autores asocian la violencia y el suicidio con el trauma histórico de colonización, no los asocian con el hecho que viven en dos culturas.

Por lo mismo, es necesario analizar con mayor profundidad cómo cada persona indígena se identifica con su cultura y la cultura dominante porque la identidad cultural se encuentra al centro de quién es el individuo y las intervenciones deben ser pertinentes a la identidad cultural de las personas (Weaver y Brave Heart, 1999). De hecho, los mismos autores plantean tanto indígenas urbanos como rurales se identifican con más de una cultura, mientras que otros tiene una identificación débil con la cultura indígena.

Al mismo tiempo, Walters (2007) plantea la necesidad de identificar los factores que gatillan estrés, entre ellos se encuentran micro-agresiones como estereotipos racistas, el no reconocimiento de la violencia histórica, viviendo fuera de sus territorios ancestrales y actos de violencia contra su persona debido al hecho de ser indígena. Políticas públicas e intervención pública que no reconocen la importancia de su espiritualidad y el trauma histórica puedan empeorar en lugar de mejorar la situación (Weaver y Brave Heart, 1999).

Evans-Campbell y Walters (2006), trabajando desde un enfoque de trauma histórico, explora la interacción entre traumas histórico y presente en lo que denominan Respuesta a Trauma Colonial (RTC) donde el principal tipo de trauma es el proceso de colonización y sus efectos que se mantienen en el tiempo. Proponen que un evento contemporáneo de discriminación, una micro-agresión conecta de manera inmediata a la persona con el sentimiento colectivo de injusticia trauma histórico. A veces, las personas experimentan un sentimiento colectivo (familiar) de culpabilidad por haber sobrevivido el trauma y/o no haber luchado más contra la injusticia. Dicho enfoque explica la causa como la acumulación de eventos traumáticos en la vida, debilitando la capacidad de responder. Como se puede ver, la interpretación y contextualización del análisis es importante. Por lo mismo, varios autores al igual que Leenaars (2006) plantean el uso de una metodología narrativa por sobre la metodología cuantitativa para explorar la relevancia del trauma histórico para la persona. De hecho, de Ishtar y Napurrula (2007) señala que es esencial

entender el tejido de la comunidad y familia extendida para analizar los suicidios de jóvenes indígenas. Según en el caso del pueblo Wirrimanu de Australia, plantea que es necesario escuchar a las abuelas y a los Nintipuka (los sabios) para buscar soluciones.

Una manera de prevenir suicidio es tratar al dolor inter-generacional (Strickland, Walsh & Cooper, 2006). Las soluciones deben venir de la comunidad y estar basadas en su propia cultura. La conexión con la espiritualidad de su pueblo indígena es vista como un factor protector (Weaver y Brave Heart, 1999). Las mismas autoras plantean que los programas desarrollados por y para sus comunidades fortalece la capacidad comunitaria como también su éxito. Citado por Fast y Collin-Vézina (2010), Chandler y Lalonde (1998, 2004) encontraron que el auto-gobierno es un factor protector frente todo tiempo de trauma, confirmando la importancia de un enfoque socio-cultural que visibiliza las características favorecen la resiliencia como también que debilitan a cada persona.

Para estudiar cómo una comunidad indígena enfrenta el trauma histórico, Kirmayer et al. (2011) analiza las estrategias narrativas de distintos pueblos indígenas en América del Norte para determinar cómo abordan e interpretan el dolor inter-generacional. Kirmayer et al. (2012), observan que varias historias re-equilibran, re-armonizan, y re-establecen una simetría de intercambio o reciprocidad entre las culturas. De esta manera, las narrativas permiten regular emociones y facilitan adaptación de sus miembros a través de su propia cosmovisión en la cual se sitúan las personas en su tejido relacional y ambiental. Hacen sentido de la vida y de la agencia individual, y puedan favorecer el empoderamiento, la reconciliación y la superación del trauma.

Como hemos visto, analizar el tema de suicidios en pueblos indígenas se requiere un abordaje distinto por las diferencias culturales. Por un lado, es difícil detectar tempranamente porque el debilitamiento de auto-estima no se manifiesta con la misma fuerza en pueblos indígenas: siguen trabajando aunque con menos energía. Por el otro lado, hay una serie de factores históricos y territoriales que han debilitado las comunidades de origen, y como consecuencia debilita la resiliencia de sus miembros frente diversos conflictos y amenazas.

Marco metodológico

La atención sobre los suicidios en Alto Biobío tomó más fuerza cuando se encontraron casualmente datos en los sistemas computacionales de Hospital de Santa Bárbara sobre las causas de defunción. En aquella ocasión se observaron resultados relacionados con los suicidios cometidos en los años 2006 y 2007, y a partir de los cuales el doctor Nelson Inzulza y el psicólogo Álvaro Basualto realizaron una investigación sobre el tema. El suicidio aparecía en las primeras causas de defunción entre los pehuenche, siendo principalmente realizado por hombres y mediante la técnica del ahorcamiento. Así, los datos recogidos de estudios realizados por profesionales de salud mental del Servicio de Salud Biobío, permiten analizar la epidemiología del suicidio en Alto Biobío.

El estudio de las causas de los suicidios en las comunidades de Alto Biobío es complejo para personas externas a la comunidad porque las personas evitan hablar del tema. Por lo mismo, se determinó abordar la temática a través de la conversación con informantes con quienes se pudo lograr conversar sobre el tema. A través de sus relatos, se busca comprender las diferentes dimensiones que intersectan y permite explicar el suicidio desde el conocimiento y perspectiva del lugar. Además, contextualizamos las mismas acciones tomadas por el Servicio de Salud Biobío para abordar la problemática a través de estrategias de salud intercultural. Así en la próxima sección se presenta los relatos de vecinos y familiares como también de profesionales de la salud que se enfrentan con este fenómeno.

Se utilizaron datos primarios proporcionados por la investigación “Determinantes sociales de la salud mental en población indígena: El caso de la comunidad de Callaqui de Alto Biobío” (Jara, 2010), que permite contar con relatos de los habitantes de la comunidad y funcionarios implicados en la red de atención intercultural con respecto al fenómeno del suicidio y otras problemáticas relacionadas. Dichas conversaciones se realizaron en el año 2009. Además, se incorpora relatos colectados en otras investigaciones y reportajes de prensa.

Nuestro enfoque ético se basa en reducir el impacto negativo del estudio en las mismas comunidades. Se reconoce explícitamente que la espiritualidad de un pueblo es un factor protector y las soluciones deben venir de la comunidad y estar basadas en su propia cultura (Weaver y Brave Heart, 1999). Al mismo tiempo, siguiendo a Ishtar y Napurrula

(2007), se reconoce la importancia de la autoestima colectiva de la comunidad en general con su territorio y especialmente la conexión con su cosmovisión. De esta manera, nuestro enfoque se busca interpretar las distintas explicaciones causales del aumento de suicidios pehuenche para favorecer mayor comprensión. Hemos cambiado los nombres de las personas con quienes hemos conversado para proteger su anonimidad.

Explicando los suicidios en Alto Biobío

En la presente sección, se resumen las principales explicaciones dadas en las entrevistas con personas que vivieron o trabajaron en Alto Biobío en el periodo de los suicidios. Podemos ver dos tendencias en las respuestas. Por un lado, un tema común en las respuestas es que el suicidio aparece como un escape frente a conflictos difíciles de resolver donde el consumo de alcohol es un facilitador que tiene más fuerza cuando la comunidad/familia se ve debilitada. Considerando la literatura revisada, también resaltamos el trauma histórico que ha sufrido el territorio de Alto Biobío como una causa explicativa tanto de la desesperanza como del debilitamiento de la comunidad. Por el otro lado, tenemos las respuestas que vienen desde la cosmovisión pehuenche, las cuales explican por enfermedad producida por las fuerzas malas y que solamente puedan ser tratadas por la machi.

Facilitador: El consumo de alcohol

Parecido a muchos estudios de suicidio en pueblos indígenas, uno de las explicaciones más recurrentes al problema del suicidio en Alto Biobío es el consumo de alcohol o el alcoholismo. Se manifiesta entre los entrevistados, que si no todos los suicidios que han ocurrido en la comunidad, la mayoría ha sido bajo los efectos del alcohol. Por un lado, hay entrevistados que plantean que es un agente motivador, entregando valentía a quienes se han suicidado. Otros plantean que el mismo consumo de alcohol aumenta la depresión, resultando finalmente en el suicidio, como expresada por una entrevistada:

“Pasan esas cosas por el alcoholismo, porque sano y bueno no lo hace, curaos intentan hacer, quitarse la vida... se han ido curaos hasta mujeres, ¿cuantas personas no se han ido así? Por el alcoholismo, sano y bueno no lo hacen... curaos si... han dejado las familias, niñitos chicos... Es que donde toman tanto, que les meten cosas en la cabeza, se meten cosas solos, que adonde toman tanto... el alcohol hace esas cosas”. (Mirta)

Así, se percibe que las personas utilizan alcohol como una manera de escapar. Al mismo tiempo, perciben que el alcohol es un facilitador para las personas, y especialmente los jóvenes, quienes se caractericen por tener menor tolerancia al fracaso y menos herramientas para enfrentar los problemas.

Por el otro lado, también se puede considerar que el alcoholismo, violencia intrafamiliar y suicidios son productos de la violencia generada por el trauma histórico de la colonialización y una serie de imposiciones culturales. En la entrevista con un profesor pehuenche, habla sobre las dificultades que existen para los jóvenes pehuenche a enfrentarse a la sociedad occidental, especialmente cuando existe el desprecio hacia su cultura. Para él, cuestiones como el tipo de educación, el trabajo asalariado, la división e individualismo en el modo de habitar y convivir con los demás, entre otras cosas, desintegran al *che*, la persona.

Mientras que la cosmovisión pehuenche valora el equilibrio del ser, la vida occidental del siglo XXI hace difícil llevar ese equilibrio. Plantea que cuando se desequilibra profundamente el *che*, es posible que se produce el suicidio como también el consumo abusivo del alcohol o la violencia intrafamiliar. La imposibilidad de desarrollo de la persona en conexión con su cultura explicaría los comportamientos antes mencionados.

De manera similar, otra entrevistada menciona que la complejidad de la resolución de problemas hoy en día en Alto Biobío es producto del cambio radical del carácter de aquellos y la ineffectividad de las soluciones. Es decir, hay un creciente número de nuevos problemas producidos por elementos culturales externos a (y fuera del control de) la comunidad pehuenche, por lo que produciría desconcierto e inseguridad al momento de tomar una decisión acerca de su solución. CEPAL-ATM (2012: 86) también asocia la enfermedad en general con el proceso de pérdida cultural conocida como "*awinkamiento*".

Debilitamiento de factores protectores

Así, otra explicación emerge que plantea que el aumento de suicidios se produce por el debilitamiento de factores protectores como es una comunidad unida que promueve los valores tradicionales. La construcción de dos represas hidroeléctricas en territorio pehuenche fue acompañada por la llegada de trabajadores no pehuenche al territorio. Además, las políticas públicas a partir de la creación de la comuna de Alto Biobío también fortalecieron la oferta estatal en salud y educación.

En este contexto de apertura brusca, son principalmente los jóvenes, quienes se han visto expuestos a estas encrucijadas y sus padres no cuentan con los códigos para apoyar en la resolución de las mismas. Como consecuencia, los jóvenes se encuentran obligados a desarrollar solos sus propias formas de acción frente a los problemas. El suicidio emerge como una manera de presionar a otro frente un problema difícil, y después se transforma en solución cuando no se encuentra otro camino.

“Igual los suicidios yo los he visto de forma bastante cercana, o hay gente que ha intentado suicidarse, generalmente es una discusión que no se sabía resolver y ahí es como la alternativa que hay, o es como una forma a veces también el amenazar suicidarse es como una forma de amenazar a las familias, que si yo quiero esto o quiero hacer esto y si no me dejan me suicido, es que yo he visto varios casos, varios casos de gente que está a punto de suicidarse o de hecho es como común el amenazar a los papás que se van a suicidar”. (Ana)

Como la familia pehuenche se caracteriza por ser de tipo extendida, podemos decir que la red de apoyo de los sujetos se amplía al resto de la comunidad a través de redes de parentesco, y no tan sólo a las personas que conforman la familia nuclear. Al mismo tiempo, los cambios que se desarrollan al interior de la comunidad puedan producir conflictos entre las generaciones más antiguas y las generaciones nuevas, dificultando las relaciones de confianza entre padres e hijos, entre nietos y abuelos. Hoy en día varios entrevistados advierten una falta de diálogo, de conversación y de comprensión de los problemas de cada uno.

Al mismo tiempo, comentan que en las familias donde la cultura pehuenche sigue latente y se ha mantenido más control sobre los elementos culturales externos, hay menos casos de alcoholismo o suicidio. Es decir, el mantenimiento de prácticas culturales y relaciones de confianza entre ancianos, padres y adolescentes, se presenta como un factor protector. El párroco de la comuna observa:

“Hay un grupo familiar o de jóvenes que se separan del alcohol, o de todas estas noticias, tienen otros puntos de apoyo... la unidad familiar, van siempre al tronco familiar, el abuelo, la abuela, es valorada, es escuchada, ciertamente que no hay consumo de alcohol. El alcohol permite que esta relación con el tronco no se dé nomás, no hay diálogo, no hay diálogo permanente, el diálogo

está viciado. Entonces cuando hay ausencia de alcohol esta esa referencia constante al papá, la mamá, la enseñó esto, la mamá dice así, que normalmente son modelos, son ciertos modelos en el grupo familiar". (Ruperto)

Por otro lado, se realiza la analogía entre un pasado en que los problemas emocionales se podían resolver en el que existía apoyo mediante la conversación, la confianza y la expresión de los problemas y sentimientos, con un presente que ha dejado ir a esas tradiciones y que no han sido reemplazadas por otro medio de desahogo, ya que la atención médica por parte de los profesionales de la salud no significa para los entrevistados un apoyo constante.

"A veces hay jóvenes que se han suicidado, también antiguamente un anciano por ejemplo. Si yo tengo problemas, antes se conversaban, tanta confianza que había con el padre o los abuelos, el *lonko* (jefe de comunidad), hay un tema bien espiritual, si yo tengo mi autoestima muy baja. Antes había personas expertas en sacarle todos esos pensamientos malos y los ponían en su lugar y eso ya a través del sistema se ha ido perdiendo. Toma la decisión como la toma un occidental". (Segundo)

En contraste, desde la cosmovisión pehuenche-mapuche sobre bienestar y salud, el "buen vivir" (denominado *Kume Monguen*) se logra por un estado de equilibrio dinámico a través de relaciones armónicas de reciprocidad entre la naturaleza y los seres humanos, las fuerzas y dioses que habitan en ella. Así, se entiende la naturaleza como fuerzas vivas que interactúan con los seres humanos en un tejido de relaciones donde el equilibrio de la persona se reflejaría por la armonía y comunicación interpersonal en su *lof* (comunidad), su entorno social, productivo, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico. Si ese equilibrio se trastoca entonces se llega a un estado negativa de *weza felen* (Ibacache et al., 2002; Cuyul, 2008).

Con respecto al mismo tema nos comenta otra entrevistada que es muy difícil que las personas cuenten sus problemas: "Es que de repente la persona tiene, que se guarda mucho, su problema lo guarda mucho y no lo habla, no lo conversa con otra persona, y lo tiene ahí, ahí y al final ya..." (María).

Kalkutun

Como consecuencia del desequilibrio de fuerzas, se abre la posibilidad que actúen fuerzas negativas expresadas porque la cultura pehuenche está basada en la explicación de los fenómenos mediante dualidades, o polaridades. Una de las dualidades es la creencia en el bien y el mal, polos que son demostrados como fuerzas energéticas y espíritus que representan ambas esferas. Así, se asocia la idea del “Mal” con la enfermedad, dada por un *Kalku* (brujo) o de una persona que posee esta capacidad generada por la envidia o por los malos deseos hacia otra persona. También estas energías negativas, pueden estar en la naturaleza, y una persona puede ser afectada por ellas por quebrantar las reglas del territorio, por faltarle el respeto a la tierra. Cuando en la comunidad, “hacen un mal” la gente lo reconoce por sus características, ya que se desarrolla como una especie de locura, un *kalkutun* donde la persona es extorsionada por los malos espíritus. Sin la intervención de una machi, se entiende que el *kalkutun* puede llevar a la persona a cometer suicidio.

Referencia al *kalkutun* es una explicación causal frecuente entre las personas entrevistadas acerca del suicidio, ya que se tienen testimonios y conocimiento de que ha sucedido con anterioridad. Y que precisamente las relaciones de desconfianza, competencia y desunión en la comunidad agravan la situación e incrementan las probabilidades de sufrir un *kalkutun*.

Una de las personas entrevistadas, narró su experiencia con un *kalkutun*, como es que generalmente se confunde con una enfermedad o trastorno psicosocial como lo es la depresión, y como esto la llevó a estar al borde del suicidio.

“En el consultorio me dijeron depresión, que era una depresión pero como nosotros creímos más allá de lo que fue, creímos que era un daño que me habían hecho por intermedio de fotos, porque en el consultorio no encontraban nada, nada aparte de la depresión que me dijeron que tenía, era lo único que me encontraban porque lloraba, me desmayaba, andaba tristes, me daba rabia, ya al final me fue dando más fuerte, más fuerte y llegó una instancia en que ya no me acuerdo (...) se me dormían todas las piernas y sentía que se me ganaba aquí arriba y me apretaba el cuello porque tocaba mis manos y yo con mis manos trataba de matarme y fue demasiado fuerte y ya no le hice caso hasta

el momento en que rodé por la escalera del liceo, donde me desmayaba (...) me entró la desesperación y me tomé un carnet de pastillas, me tomé diazepam ese fue como el pick de todo". (Rayen)

También podemos interpretar que la falta de esperanzas de los jóvenes pehuenche, mencionada por el párroco católico de Alto Biobío, podría ser producida por *kalkutun*:

"A mí me parece que hay pocas motivaciones, se cerró una puerta y no hay más. Se peleó con la novia, con la polola, con la amiga y se cerró toda posibilidad de esperanza y se quitó la vida, una discusión con la familia, entonces hay pocas motivaciones, poco sentido, se cierra el sentido de la vida, entonces yo creo que por ahí va un poco lo del suicidio".

Las mujeres tienen que enfrentar una serie de conflictos. En su rol de madres y esposas, son ellas quienes generalmente los solucionan y al no ver una salida y al ver debilitado su rol, se vuelven vulnerables a perder la motivación por vivir. Así es como lo relata una entrevistada, quien enfatiza la desesperación que se hace presente en los intentos de suicidio de las mujeres:

"Por ejemplo, los mismos matrimonios no saben resolver sus temas, no saben resolver sus conflictos, entonces la mujer no sabe y no hace nada más que ya... suicidarse y no sé qué más... muchas mujeres tienen intenciones o lo han pensado, algunas de ellas igual lo han intentado, han tenido intenciones porque tampoco saben cómo resolver sus problemas, porque tampoco el diálogo en la cultura la discusión no es parte de nuestra forma de ser". (Ana)

Del mismo modo, otra persona comenta que este tipo de enfermedades son frecuentes y hasta se contagian, y que generalmente terminan en suicidio:

"entonces ahí yo veo a hartas personas, en la casa misma, por ejemplo ahí había una familia completa que se enfermaban, se trastornaban... o sea no sabían lo que hacían, la intención de los cabros, eran jóvenes, era suicidarse y en la desesperación... y ellos no sabían lo que hacían y al final la mamá se quitó la vida, y quedaron solos los cabros... ". (Mirta)

Cuando se determina que es *kalkutun*, solo una machi, quien tiene poder y la conexión para interactuar entre el *nag mapu* (mundo de los humanos), el *wenu mapu* (mundo de los dioses y antepasados) y el *minche mapu* (mundo de las fuerzas negativas), puede restablecer el equilibrio y sanar a las personas y a la comunidad (CEPAL-ATM, 2012). Por lo que el fortalecimiento del sistema de salud indígena es un factor protector de su salud mental.

La “Pena” de Alto Biobío como territorio y como cultura

Debido al énfasis en el equilibrio dinámico de la naturaleza, para los pehuenche les afecta todo lo que ocurre en su territorio (*itrofill mongen*); cuando de alguna forma se rompe el equilibrio, las relaciones entre los seres se ven afectadas. Como consecuencia, el bienestar y vida de los pehuenche dependen directamente del estado en que se encuentre el *itrofill mongen* y muchas enfermedades actuales se asocian al quiebre de este equilibrio y/o el deterioro del ecosistema (CEPAL-ATM, 2012). Además, para los pehuenche y los Mapuche, la tierra (*mapu*) y el árbol araucaria (*pehuén*) son centrales en la cosmovisión pehuenche y, por lo tanto, del *kume monguen* (buen vivir)³.

El *Küme Monguen* es una manera de estar bien en todos los ámbitos de la vida, tanto personal como social, espiritual y la relación con la naturaleza. El bienestar se expresa también en el concepto de *kumelkalen*, estar bien, el cual es complementario (y no opuesto) al concepto de *weza feleno* estar mal.

El estudio y la comprensión de las plantas medicinales utilizadas en la medicina tradicional no pueden separarse del contexto sociocultural del que forman parte, puesto que es este el que, en última instancia, le otorgan el valor terapéutico (Citarella et al., 1995). En particular, hay consenso sobre la importancia de árboles nativos y plantas medicinales como también cascadas y lugares pantanosos en el equilibrio y salud (CEPAL-ATM, 2012).

Distintos autores, como CEPAL-ATM (2012), plantea que la destrucción o transgresión de sus espacios afecta la salud, el equilibrio de la comunidad, incluyendo la desaparición de los y las machis en algunos territorios como Alto Biobío (Díaz et al., 2004) y Ercilla (CEPAL-ATM, 2012), la cual aparece como una manifestación de la pena del territorio.

³ Para mayor discusión sobre la cosmovisión y la salud, ver Quidel, 2000; Cuyul 2008.

También los jóvenes buscan encontrar un equilibrio en su vida entre dos culturas. Un año antes de quitarse la vida en 2006, el joven pehuenche Humberto Pereira Manquepi participó en el Coloquio Intercultural Epu Rume Kimun-Trawun en 2005, expresando su crítica al sistema educacional actual:

“Los pehuenches pedimos que se desarrolle la educación intercultural bilingüe, porque la educación chilena no tiene identidad. Nos preparan para ser gringos o chinos... La interculturalidad no la entienden. Piensan que es un conflicto, pero no lo es. Es una relación entre dos o más culturas. Nosotros exigimos que nos respeten nuestro idioma, vestimenta y realidades culturales. El desarrollo de la educación de nuestro pueblo requiere reconocimiento de lo que somos. Por eso debemos exigir al gobierno un reconocimiento como pueblo, constitucionalmente, no como minoría étnica, sino como nacionalidad indígena”. (Citado por Opazo, 2010)

Se quitó la vida en la zona central, lejos de Alto Biobío, donde había ido a trabajar de temporero.

Narrativa “El viento malo”

De acuerdo a las conversaciones con un facilitador intercultural de salud en Alto Biobío, la causa de los suicidios podría relacionarse con un “*weda kurruf*” o viento malo que se hizo presente en ese tiempo en Alto Biobío. De hecho, plantea que existe un avance secuencial por distintos sectores como un viento que avanza, comenzando por la comunidad que queda más abajo, Cauñicú, y que luego fue subiendo por el Valle del Queuco, agregando un componente territorial a la idea de malos espíritus.

Esta perspectiva pehuenche plantea que los suicidios tienen que ver con fuerzas negativas, provocadas por desequilibrios en la naturaleza y que se ven reflejados en la persona. Al respecto se han hecho esfuerzos para tratar esta situación de acuerdo a lo que la cultura pehuenche necesita y por lo cual se coordinó una visita a una *machi* en otro territorio debido al hecho que el territorio no cuenta con una. Se llevó a un grupo de jóvenes que habían hecho una especie de pacto suicida. De los 12 integrantes se alcanzaron a suicidar cuatro, situación que cesó al momento en que se realizó la visita a la *machi*. Esto se toma como una experiencia exitosa en la salud mapuche.

En la misma línea de los criterios, el mal viento es un diagnóstico que aparentemente parte de un conjunto de síntomas que particularmente

coinciden con algunos de los síntomas que se encuentran en la depresión: “Viene diferente, vienen escalofríos, viene dolor de cabeza, viene dolor del cuerpo, viene al cuerpo cansancio, ya no se puede comer, ya no es lo que era ya se va decayendo, entonces el medicamento claro que calma, pero a veces ya no calma” (Martín).

Etiologías de suicidio pehuenche: trauma territorial y fuerzas de mal

A lo largo del capítulo, se ha buscado analizar el suicidio pehuenche desde múltiples perspectivas para lograr una comprensión compleja del fenómeno. Por un lado, la explicación causal basada en factores individuales de riesgo parece ser ni suficiente ni apropiado para explicar el suicidio pehuenche. Como vimos en las entrevistas, los pehuenche enfrentan una serie de problemas sin claras vías de solución. Debido a la ausencia de factores protectores, como una comunidad unida y conectada con sus tradiciones culturales, muchas personas no logran encontrar una solución y finalmente perciben que el suicidio es una vía de escape. Este sugiere que un enfoque individual es apropiado para el mundo occidental individualista que enfatiza la importancia de que el individuo tenga la capacidad y deber de controlar su futuro.

Varios estudios plantearon la importancia de considerar el trauma histórico y duelo no resuelto en el diagnóstico como también el papel que la comunidad debe jugar en asegurar un ambiente acogedor y constructivo como también para identificar y responder a las personas vulnerables. Además de los procesos históricos de colonización y asimilación forzada, existe la discriminación presente en el día a día. En el caso particular de Alto Biobío, la instalación de dos represas hidroeléctricas generó un trauma territorial adicional, resultando en transformaciones culturales y la división y debilitamiento de autoridades tradicionales (González, Simon y Baquedano, 2003; González, Simon y Villegas, 2008). Como consecuencia de dicho factor protector, las personas quedan vulnerables frente una serie de nuevas presiones (y quizás fuerzas malas) sin poder identificar colaborativamente estrategias para salir adelante. De esta interpretación, la pregunta se transforma en identificar las estrategias utilizadas para poder encontrar un proyecto de vida que tenga sentido.

Aunque no profundizamos en el presente capítulo, autores como Bonelli (2016) cuestionan el enfoque de salud intercultural/multicultural utilizado en Chile frente las necesidades de salud de los pueblos indígenas,

y en particular de los pehuenche debido a diferencias ontológicas en sus cosmovisiones. Esencialmente, la manera que los pehuenche viven su enfermedad es ontológicamente diferente. Esta interpretación considera que deberíamos aceptar las explicaciones dadas (en nuestro caso, *kalkutun* y *weda kurruf*) y abordarlos desde la misma cosmovisión. Como el mismo Alto Biobío, se requiere avanzar hacia el fortalecimiento del territorio y comunidad frente distintas amenazas y desde sus propias prácticas culturales.

Referencias bibliográficas

- Bartomeu, Meliá (2004). "La novedad guaraní (viejas cuestiones y nuevas preguntas). Revista bibliográfica (1987-2002)", Revista de Indias, vol. LXIV, N° 230.
- Bonelli, Cristobal (2016). "Visiones Alter-Nativas: Reflexiones sobre Multiplicidad Ontológica y Alteridad en el Sur de Chile", Revista Chilena de Antropología 16: 71-85.
- Brave Heart, Maria Yellow Horse; Josephine Chase; Jennifer Elkins; y Deborah B. Altschul Ph.D. (2011). Historical Trauma Among Indigenous Peoples of the Americas: Concepts, Research, and Clinical Considerations, Journal of Psychoactive Drugs, 43:4, 282-290.
- CELADE (2011). Salud de la población joven indígena en América Latina: un panorama general. Santiago: CEPAL.
- CEPAL-Alianza Territorial Mapuche (2012). Desigualdades territoriales y exclusión social del pueblo mapuche en Chile Situación en la comuna de Ercilla desde un enfoque de derechos. Santiago, Colección de Documentos de Proyecto. LC/W.473/Rev.1 (Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3974/2/S2012837_es.pdf)
- Citarella et al. (1995). Medicina y cultura en La Araucanía. Editorial Sudamericana. Santiago, Chile.
- dé Ishtar, Zohl y Anjule Napurrula (2007). Kapululangu women and the circles of cultural learning Project. Mâtauranga Taketake: Traditional Knowledge Indigenous Indicators of Well-being: Perspectives, Practices, Solutions (http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/12937912/tkc-2006.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476055868&Signature=Men5z53eaobTCeFkGXr8%2BJSTZDo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DThe_application_of_cultural_notions_of_w.pdf#page=40).
- Evans-Campbell, Teresa (2008). Historical Trauma in American Indian/Native Alaska Communities A Multilevel Framework for Exploring Impacts on Individuals, Families, and Communities. Journal of Interpersonal Violence 23: 3, 316-338.
- Gallegos, Carlos Andrés y Gabriela Jara (2007). Salud mental: depresión en el indígena de la sierra rural andina como un problema social y de salud pública. En Waters, W.F. y M. Hamerly, comp., Estudios Ecuatorianos: una Aporte a la Discusión Tomo II. Quito: Abya Yala/FLACSO/Sección de Estudios Ecuatorianos LASA.

- González, C.; Simon, J. & Baquedano, C. (2003). "El efecto de reasentamiento sobre la relación tradicional con la tierra: el caso de los pehuenche de Alto Biobío". *Enfoques Sociológicos* N° 6.
- González Parra, Claudio; Simon, Jeanne; Villegas, Kevin (2008). "Respondiendo a un mundo globalizado: Cambios en la estructura de autoridad de los pehuenche de Alto Biobío, Chile". *Sociedad Hoy* 15: 55-66.
- Hernández, Ricardo (2011). "Salud mental en indígenas pehuenche de Alto Biobío. Una propuesta de investigación en la comunidad de Callaqui". En I Seminario Salud Mental, Interculturalidad y Pueblos Indígenas. Primera Edición, Servicio Salud Biobío, Ministerio de Salud. Alto Biobío.
- Hunter, E. & Harvey, D. (2002). Indigenous suicide in Australia, New Zealand, Canada and the United. *Emergency Medicine*, 14, 14-23.
- Hunter, E., Reser, J., Baird, M. & Reser, P. (2001). An Analysis of Suicide in Indigenous Communities of North Queensland: The Historical, Cultural and Symbolic Landscape. Canberra: Commonwealth Department of Health and Aged Care.
- Ibacache, Jaime; Sara McFall; y José Quidel (2002). Rume Kagenmew Ta Az Mapu, Epidemiología de la Tránsito Makewe Pelale. Working Paper Series 2, Nukemapuforget (http://www.mapuche.info/wps_pdf/Ibacache020200.PDF)
- Kirmayer, L.J. (2012). Changing patterns in suicide among young people. *Canadian Medical Association Journal* 184(9): .1015-1016
- Kirmayer, L.J.; Dandeneau, S.; Marshall, E.; Phillips, M.K.; Williamson, K.J. (2011). "Rethinking resilience from indigenous perspectives". *Canadian Journal of Psychiatry* 56(2), 84-91.
- Leenaars, Antoon A. (2006). Suicide Among Indigenous Peoples: Introduction and Call to Action, *Archives of Suicide Research*, 10:2, 103-115.
- Lozada, P. (1999). El peso de la enfermedad en el Ecuador. Quito: Centro de Estudios de Población y de Desarrollo Social (CEPAR).
- Rethinking resilience from indigenous perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*. 56(2): 84-91.
- Strickland, C.; Walsh, E. & Cooper, C. (2006). Healing fractured families: Parents' and elders' perspectives on the impact of colonization and youth suicide prevention in a Pacific Northwest American Indian tribe. *Journal of Transcultural Nursing* 17: 5-12.
- Tatz, C. (1999). Aboriginal Suicide is Different - Aboriginal Youth Suicide in New South Wales, the Australian Capital Territory and New Zealand: Towards a Model of Explanation and Alleviation. *Criminology Research Council CRC Project 25/96-7*.
- Terri Elliott-Farrelly (2004). Australian Aboriginal suicide: The need for an Aboriginal suicidology?, *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 3:3, 138-145.

UNICEF-IGIWA (2012). *Suicidio adolescente en pueblos indígenas - tres estudios de caso*. Panamá: UNICEF.

Walters, Karina (2007). Indigenous perspectives in survey research: conceptualising and measuring historical trauma, microaggressions, and colonial trauma response ([http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/12937912/tkc-2006.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA &Expires=1476055868&Signature =Men5z53eaobTCeFkGxr8%20BJSTZDo%3D& response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DThe_application_of_cultural_notions_of_w.pdf#page=40](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/12937912/tkc-2006.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1476055868&Signature=M%20en5z53eaobTCeFkGxr8%20BJSTZDo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DThe_application_of_cultural_notions_of_w.pdf#page=40)).

Weaver, Hilary N. & M.Y.H. Brave Heart (1999). Examining Two Facets of American Indian Identity: Exposure to Other Cultures and the Influence of Historical Trauma, *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 2:1-2, 19-33.

Whitbeck, L., Adams, G., Hoyt, D., & Chen, X. (2004). Conceptualizing and measuring historical trauma among American Indian people. *American Journal of Community Psychology*, 33(3-4), 119-130.

CAPÍTULO 9.

PAPA ISMUSQA Y LA OTRA VIDA. ESTUDIO ETNOGRÁFICO SOBRE EL SUICIDIO FEMENINO EN EL ÁREA RURAL DE COCHABAMBA, BOLIVIA

Yara Morales

*Punkuykita pasajti/
pitaj wañupum ninki/
pitaj kanqari mana noqa descraciada Khaspari*

*Cuando pase por tu puerta
no preguntes quién murió
de las seres desgraciadas quién será no siendo yo
(Anónimo, frase local)*

Introducción

La mejor forma de huir de tus propias culpas, es desentrañar los fantasmas familiares que te persiguen. Por años, los pobladores de Pocona no habían consentido ninguna mirada al pasado que les permita saber qué ocurrió en la década de los ochenta cuando 56 mujeres de este lugar decidieron suicidarse con Paraquat, pesticida utilizado en la agricultura; en una época en la que varios proyectos de modernización agrícola ingresaron a las comunidades rurales. Hasta aquel momento no se había indagado en la razón estructural por la cual en un solo año habían ocurrido tantos suicidios a la vez; mucho menos se hizo el intento por comprender por qué eran las mujeres jóvenes, más vulnerables a la epidemia.

En la investigación “Papa Ismusqa y la otra vida: Estudio Etnográfico sobre Suicidio Femenino en el área rural de Cochabamba” se analiza cómo se vincula el fenómeno del suicidio femenino con la modernización agrícola, la que produjo cambios drásticos en las dinámicas de las familias quechua hablantes, trastocando además la relación tradicional con la tierra. Así también se estudia como estas familias campesinas vivían el proceso de transformación de su agricultura familiar en un

escenario donde el común denominador era: superficies reducidas de tierras productivas, un limitado acceso al riego, inexistentes activos para comercializar sus productos agrícolas y pequeños volúmenes de cosechas. Todo esto llevó a los productores a resignarse a los peores precios del mercado de ese entonces.

En este contexto, la cohesión comunitaria y sus estrategias de sobrevivencia se fueron desbaratando, empezando a sustituir los modos cooperativos de producción por un intercambio en moneda al interior de la economía campesina, la economía de mercado había monetizado la tierra. Los comunarios hombres comenzaron una paulatina migración a otros sectores productivos a fin de satisfacer las demandas del nuevo paquete tecnológico. A su vez, las mujeres debieron asumir el lugar de cabeza de la familia así como de la productividad de la tierra. Esta modificación de roles generó una nueva estructura organizativa que transformó la lógica de negociación del trabajo comunitario agrícola. La mujer, para resolver las múltiples tareas productivas a las que no daba abasto, inició un proceso de contratación de peones rompiendo con los esquemas sociocomunitarios de relaciones de género que esperan que la mujer ocupe roles de subordinación al interior de la organización general de la comunidad. En este proceso, y bajo un modelo comunitario de hegemonía masculina como el de Pocona, recae sobre estas mujeres el Jawanacu o Miramiento, que opera como un sistema de control social sobre el comportamiento de la comunidad.

El estudio pretende comprender las transformaciones sociorelacionales experimentadas por las familias en torno a la “modernización” seguida de un proceso de acumulación de capital de manera diferenciada y de un fraccionamiento, en el que confluyeron clase y etnia, encajando en la línea del tiempo con unos niveles altos de suicidio en ciertas comunidades del municipio de Pocona. Sus resultados abren el camino para otras vetas investigativas que den cuenta del impacto del cambio social y de las relaciones de producción a propósito de la introducción de cambios tecnológicos en comunidades campesinas.

Marco metodológico-problematización

*Ima phuyu jaqay phuyu
yanayaspa wasaykaman
uj warmi waqayninchari
paraman tukuspa kaman*

*Qué nube es aquella nube
que negreando viene de vuelta
será el llanto de una mujer
que convertida en llanto viene
(Anónimo, frase local)*

El núcleo central que guía el interés en este estudio es el suicidio de mujeres jóvenes articulado a diversas formas de violencia sobre la organización de comunidades agrícolas. Violencia ecológica y genética, al subvertir el orden de la naturaleza agrícola a favor de productos químicos; social, en tanto debilita la organización y el gobierno de la comunidad, así como las prácticas tradicionales de sobrevivencia de la población; y trastoca el rol de las mujeres, en tanto se las desplaza sin transición de un lugar a otro en el orden de género desarrollado por la comunidad.

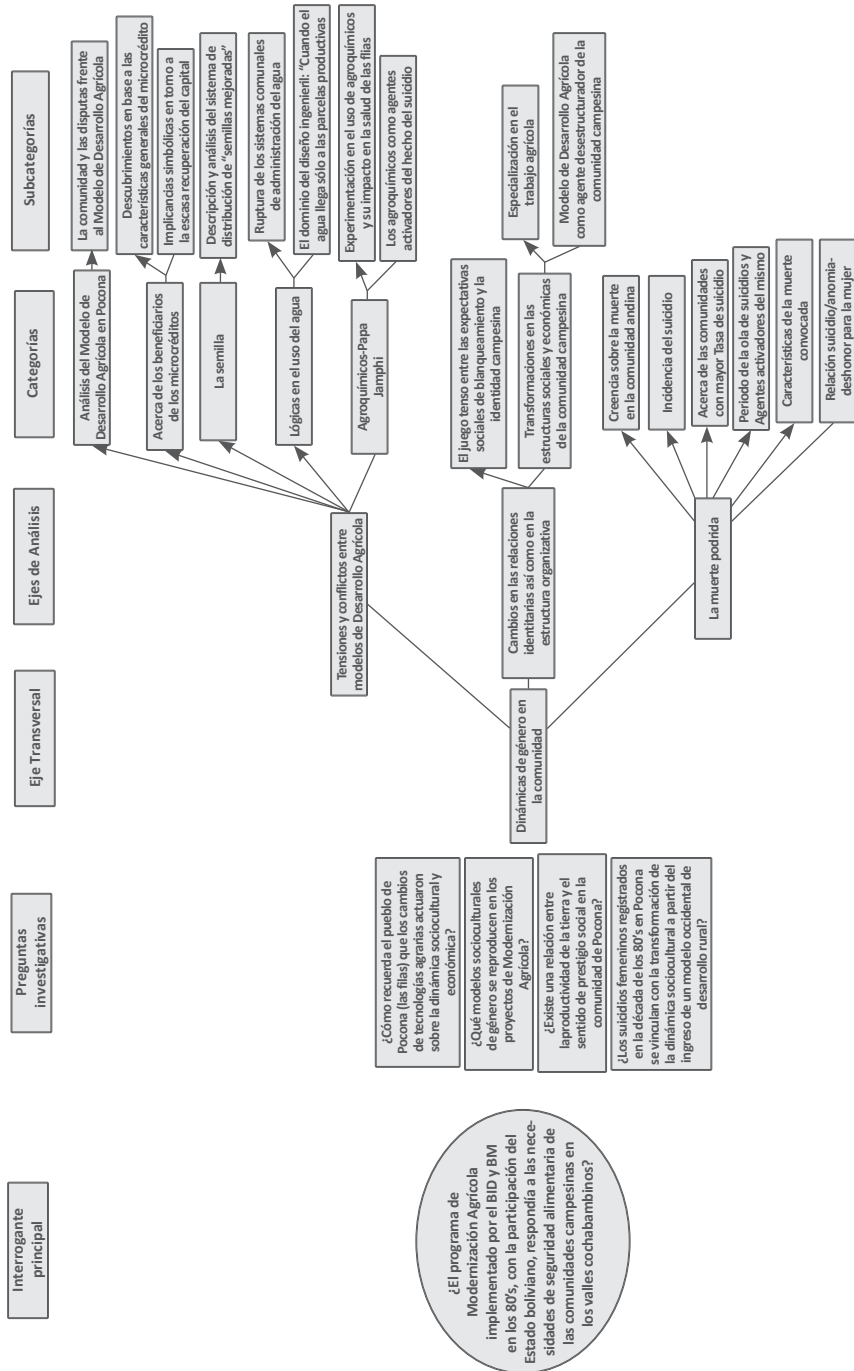
Para la investigación se seleccionó el municipio de Pocona como unidad de estudio fundamental, considerando la magnitud de los episodios de suicidios femeninos reportados en la zona durante la década de los ochenta. Los sujetos protagonistas para el análisis fueron aquellas familias asentadas en este municipio, vinculadas, por un lado, con el fenómeno del Programa de Modernización Agrícola y, por otro, con los episodios de suicidio. El estudio planteó cinco interrogantes:

- ¿El programa de modernización agrícola, implementado por el Banco Interamericano de Desarrollo y el Banco Mundial en los ochenta, con la participación del Estado Boliviano, respondía a las necesidades de seguridad alimentaria de las comunidades campesinas en los valles cochabambinos?
- ¿Cómo recuerda el pueblo de Pocona (familias) que los cambios de tecnologías agrarias actuaron sobre la dinámica sociocultural y económica?
- ¿Qué modelos socioculturales de género se reprodujeron en los proyectos de modernización agrícola?

- ¿Existía una relación entre la productividad de la tierra y el sentido de prestigio social en las comunidades de Pocona?
- ¿Los suicidios femeninos de Pocona registrados durante la década de los ochenta se vinculan con la transformación de la dinámica sociocultural a partir del ingreso de un modelo occidental de desarrollo rural?

Esta información permitió procesar los datos extractando de ellos significados relacionales. En base a las interrogantes iniciales se esbozó un marco metodológico que incluyera la multiplicidad de categorías y ejes de análisis que subyacen al interior del fenómeno y así organizamos un esquema general para la investigación. A continuación se presenta un mapa conceptual de síntesis del modelo indicado:

Mapa conceptual 1
Modelo de análisis investigativo



Posteriormente, la problemática fue agrupada en tres grandes ejes analíticos: 1) tensiones y conflictos entre modelos de desarrollo agrícola; 2) cambios en las relaciones identitarias así como en la estructura organizativa y 3) la muerte podrida.

Como instrumentos de investigación se rescataron los relatos de viaje, había que reconocer esa frontera activa que alojaba las contradicciones inherentes al peculiar entramado étnico, clasista y cultural que estábamos descubriendo en Pocona. El interés se focalizó en la indagación de la frontera cultural porosa, que sostenían tanto la población de residentes como la campesina, en esta dinámica fluctuante a las que se adscribían ciertas formas identitarias concretas como del imaginario. Complementando los registros de campo, se participó en las interacciones festivas del pueblo; identificando otros campos en donde se libran, con fuerza, batallas simbólicas. Es en las fiestas andinas donde las personas del pueblo ponían en acto la imagen social articulada al prestigio que habían construido paso a paso, en sus interacciones comunitarias.

La cámara fotográfica se constituyó en una herramienta fundamental de registro para la investigación. Si bien las imágenes resultaban comprometedoras, especialmente cuando lo realizábamos en espacios como las funerarias o los cementerios. La festividad de Todos Santos fue nuestro primer momento de exposición, pues sin vacilaciones se ingresó en el cementerio del pueblo a fin de registrar los rituales mortuorios asociados a esta festividad.

Mapa 1
Mapa de comunidades beneficiarias por el Programa de Modernización Agrícola y su relación con aquellas con mayor tasa de suicidio femenino



Fuente: Elaboración propia en base a PDM, 2007; entrevistas en profundidad e informes institucionales.

Ruralidad y suicidio

Cuando se tuvo conocimiento de la ola de suicidios en la comunidad de Pocona se creía que este fenómeno estaba restringido en tiempo y espacio a nuestra zona de estudio; no obstante, mientras realizábamos la investigación fuimos descubriendo que a lo largo de Latinoamérica eventos de esta naturaleza se repetían en diversos países. A pesar de la relevancia de la temática, los datos y las investigaciones al respecto resultaron escasos. Por nuestra parte, la recolección de la información estadística también fue muy compleja, no sólo por el tiempo transcurrido desde que ocurrió evento, sino también por la dispersión y escasez de la información sistematizada e institucionalizada. De hecho, la información más relevante se encontró en medios alternativos como revistas digitales que daban cuenta de la problemática, muchas veces con un enfoque sensacionalista, sin que esto les restara valor como fuente de información. En general, las estadísticas nacionales no establecen una distinción territorial que permita una comparación entre áreas urbanas respecto de las rurales.

Las primeras noticias sobre fenómenos semejantes al estudiado llegaron desde la India y China, países de los que se conocía la ola de suicidios de campesinos agricultores a implicancia de la privatización de semillas por parte de la corporación Monsanto¹, además de la proliferación de pesticidas por esta misma empresa. Esta problemática cobró impulso mediático a través de Vandana Shiva, activista de la India de gran renombre, cuya lucha por la liberación de las semillas ha sido mundialmente conocida y quien señala que, de acuerdo a datos oficiales, en la India más de 200.000 campesinos se han suicidado desde 1997 (Shiva, 2011). También rescatamos el relevamiento que Eliseu Carbonell realizó en torno al caso de los suicidios en la India, quien informa lo siguiente:

“También provocan el suicidio o quizás deberíamos calificarlo de homicidio inducido. Algunas organizaciones humanitarias, como *Christian Aid*, responsabilizan directamente del suicidio de miles de campesinos en países como la India, Ghana o Jamaica, a las políticas de endeudamiento promovidas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial con el apoyo de los

¹ Monsanto es una de las empresas transnacionales más importantes en el mundo vinculada con la comercialización de semillas transgénicas.

gobiernos locales. Según *Christian Aid*, solamente en el estado indio de Andhra Pradesh entre 1999 y 2004 se suicidaron 4.000 campesinos como consecuencia de las políticas de privatización y endeudamiento” (Carbonell, 2007: 7).

Inicialmente se pensó que la región latinoamericana no presentaba esta problemática, no obstante un encuentro de documentalistas realizado en la ciudad de La Paz permitió conocer el trabajo que venía realizando Eliezer Arias en los valles altoandinos de Venezuela, lugar en el que en la década de los noventa la tasa de suicidio llegó a superar la media nacional. Allí, los pobladores de la zona optaron por la intoxicación como medio para alcanzar la muerte. De acuerdo a este autor, la razón de los suicidios estaba relacionada con el prestigio en la comunidad (Arias, 2010: 191).

El 9 de marzo de 1987 María Díaz, esposa de Hermenegildo Layme, recorría los senderos oscuros que unen Pocona con Pisorga, dos comunidades del Valle Alto cochabambino. A lo lejos se escuchan ritmos andinos provenientes de las chicherías, al son de estas tonadas la gente vivía la fiesta del pueblo. Con el telón de sonidos de una noche en el campo, una mujer campesina dedicada a la agricultura decide quitarse la vida ingiriendo el pesticida Paraquat. En la década de los noventa, el grupo indígena Kaiowa, asentado en la región de Mato Grosso en Brasil, reportó en menos de 10 años 350 muertes por suicidio. En marzo de 2003, tres décadas más tarde, Lee Kyung Hae, un agricultor sudcoreano toma idéntica determinación como protesta antiglobalización en el marco de la Conferencia de la Organización Mundial del Comercio (OMC). Minutos antes, Lee sostenía una pancarta que decía “La OMC mata a agricultores” (Arias, 2010: 185). Al sur de Chile se registraron, recientemente eventos de esta naturaleza en una pequeña localidad Pehuenche poblada por Mapuches. El año 2007 se desató una ola de suicidios a tan sólo tres años de instalación del proyecto hidroeléctrico Ralco y la posterior relocalización de estas familias a más de 80 kilómetros montaña arriba, en los fundos “El Barco” y “El Huachi”. Los “Endesados”, nombre que las abuelas mapuches asignaron a las familias relocalizadas, declararon en un periódico local: “¿Qué vamos a hacer? ¿A dónde vamos a quedar?. Tristes, muy doloroso es para nosotros, estamos llorando por allá. Vamos a ser pobres”. José María Pereira, padre de Humberto Pereira, quien se quitó la vida a los 17 años, con los ojos aguados continúa diciéndole al periodista “Mis lágrimas y el espíritu de mi hijo encontrarán consuelo cuando mi pueblo Mapuche-Pehuenche descubra su propia identidad y sea orgulloso por lo que es” (Opaso, 2011).

Al conocer sobre esta multiplicidad de casos a lo largo de Latinoamérica surgió la pregunta de cuál había sido el común denominador entre ellos; al margen de las distinciones temporales, el rango etario, así como el género de las poblaciones involucradas. Interesaba conocer los factores externos que se replicaban en estos territorios. Desde nuestra interpretación, más allá de las diferencias culturales y cosmológicas, estas poblaciones compartían un entorno rural plagado de una historia marcada por un estrecho vínculo entre las familias campesinas indígenas y su trabajo en la tierra. Entonces, por qué estos casos tan impactantes eran tan desconocidos en nuestros países. Quizás el sesgo urbano que las formas de desarrollo propuestas, para superar esta condición de vulnerabilidad, ocasionaron presiones socioculturales que alteraron la salud mental de la población. En este contexto, el suicidio aparecía como algo casual y no necesariamente como efecto de una transformación estructural.

Relaciones de intercambio, reciprocidad y poder en la comunidad campesina andina

Pocona se caracterizaba por ser una comunidad en la que prevalecía una economía no monetaria, basada principalmente en el intercambio de bienes y servicios, en lugar de las relaciones contractuales tan vigentes en las economías monetarias. En este proceso de negociación y transacción cobraba mayor valor el capital simbólico, respecto del capital económico. En este marco, las fiestas locales fueron un espacio que permitieron identificar los sistemas de reciprocidad, la redistribución y el control vertical de la ecología como principios fundamentales de la organización socioeconómica de la sociedad andina. En el caso de la reciprocidad se plantean relaciones simétricas y asimétricas dependiendo en gran medida de los vínculos de parentesco, además de los niveles de cercanía entre miembros de la familia. Es así que los miembros de ésta, unidos por vínculos de consanguinidad, participan en forma semejante de las actividades y las labores programadas. Empero, cuando se refiere a vínculos de *compadrazgo*² las relaciones suelen ser asimétricas y enmarcadas en sistemas de producción en donde se involucran los medios de producción tanto como la fuerza de trabajo (Mayer, 1974).

En noviembre de 2008 llegamos al cementerio de Pocona. El pueblo entero participaba de la celebración de esta fiesta. En medio de los

² Se denominada compadre a la persona que asume un vínculo de afinidad moral con otra persona y/o familia a partir de una festividad o ritual.

estrechos caminos de polvo, en la parte frontal del lugar, nos encontramos con familias adineradas que ostentaban grandes “*mesas*”³ en el frontis de sus mausoleos. Las diferencias entre estas familias y otras que se encontraban en la parte posterior del cementerio. A pesar de éstas, las familias mantenían ciertas formas de vínculo. Ello fue constatado cuando uno de los campesinos nos llevó al encuentro de su padrino, un hombre “*residente*”⁴ que había hecho preparar abundante comida para acompañar el ritual. Entonces surgió la pregunta: cómo esta familia, que vivía en la ciudad de Cochabamba, había logrado acumular esos bienes siendo que tanto el compañero campesino quechua parlante como su padrino pertenecían a la misma comunidad. Con la *tutuma*⁵ en mano y unos panes en forma de escalera, la conversación empezó a fluir. Uno de ellos consultaba al comunario más pobre cuándo podría iniciar con las labores de siembra. El interrogado indicó que las primeras lluvias se avecinaban y que en ese momento podría ir a trabajar sus tierras pero que requeriría contratar otros *peones*⁶ pues debía cuidar de su parcela de forma simultánea. En el primer caso se trataba de una relación de reciprocidad asimétrica puesto que no existía parentesco por consanguineidad entre ellos y, en consecuencia, las prestaciones que se intercambiaban eran contabilizadas. De allí que la reciprocidad puede entenderse como un mecanismo de movilización de mano de obra y de dominio social en donde el que ocupa la condición de padrino puede hacer uso de su simbólico poder dentro la comunidad para comprometer la mano de obra necesaria para atender sus tierras. En este contexto de relaciones recíprocas asimétricas la incorporación del dinero es otro gran factor de desarticulación comunitaria, pues obliga a los campesinos quechua parlantes a desarraigarse del mundo que les es familiar para ir a proletarizarse en tierras ajenas. Comprendimos que las relaciones asimétricas permiten la acumulación de la riqueza. Ello ocurre cuando un campesino pudiente se vale de los mecanismos de reciprocidad asimétrica para acumular bienes que se venden en el mercado con fines de ganancia individual.

³ Una mesa es un ritual que se realiza en la Festividad de Todos Santos en donde se prepara un altar en conmemoración de los muertos de las familias con alimentos, frutas y bebidas que eran del gusto del difunto/a.

⁴ Un residente se entiende como aquella persona nacida en el pueblo, pero que a raíz de la bonanza económica tuvo la oportunidad de migrar a la ciudad en mejor condición que la que tuvieron sus familiares campesinos.

⁵ Envase tradicional utilizado como recipiente para la chicha.

⁶ Se denomina peón a quien a cambio de su mano de obra recibe una compensación económica.

El caso de Pedro Zapata es revelador. Tras varios meses de convivencia con la *señora*⁷ Adela, dueña de una casa ubicada en el centro de Pocona, una tarde en la que la ayudaba a desgranar el maíz que utilizaba para hacer chicha indicó que en la comunidad de Huayllapampa poseía unas tierras en donde cultivaba papa. En una visita a Huayllapampa conversamos con Zapata, un campesino que trabajaba como peón en las tierras de la Sra. Adela. Él contó que vivía en esa chacra a cambio de su mano de obra que utilizaban para cultivar esas tierras recibiendo como paga un porcentaje de la cosecha que no sobrepasaba el 35% de lo producido.

“Como bien lo dice Malengreau, el foco simbólico de esta sociedad igualitaria es la tierra; y las fiestas, en relación a ella, constituyen los mecanismos de redistribución a toda la comunidad de lo acumulado mediante relaciones asimétricas (Mayer, 1974: 25).

Por otro lado, las relaciones simétricas también fueron enunciadas por Pedro Zapata cuando señalaba que sus hijos y nietos trabajan junto con él en las actividades del cultivo, y que en aquellas épocas, refiriéndose a la década de los ochenta, era más frecuente el trabajo asociativo entre los miembros de una familia donde un hogar colaboraba con otro con mano de obra para luego devolver las jornadas empleadas en la misma forma y cantidad. Es así que los intercambios recíprocos de orden simétrico servían como mecanismos de refugio y protección, pues permitían que las familias dedicadas a la agricultura de subsistencia logren encarar el trabajo de la parcela que sin la reciprocidad resultaría difícil. En consecuencia, cuando las relaciones de reciprocidad se someten a la dinámica comercial capitalista tienden a debilitarse los mecanismos a través de los cuales los campesinos más pobres acceden a medios y mano de obra necesaria para la labor con la tierra y, por tanto, se ven obligados a someterse a su proletarización. Por lo general el intercambio simétrico se realiza entre iguales, de manera que lo recibido debe corresponder con lo dado. La mayoría de estos intercambios se realiza no para fines de lucro, característicos de las relaciones comerciales, sino más bien para fines de autoabastecimiento.

La situación descrita daba cuenta de la ostentación tan vigente en la Festividad de Todos Santos cuando las familias más adineradas invitaban

⁷ En el texto se utiliza el calificativo *señora* cuando nos referimos a mujeres más vinculadas a la ciudad y más bien distantes de la típica caracterización de mujer campesina.

ingentes cantidades de comida y bebida al resto de los comunarios. Mientras se degustaba el licor de los valles cochabambinos la pregunta era por qué estas personas erogaban tales gastos. Hilando los tipos de relacionamiento, se advirtió que el intercambio reviste también una competencia por el prestigio o la aceptación social, mientras que en el mercado compiten por la ganancia monetaria. Luego, invitar la bebida y comida se considera en la comunidad como una acción necesaria para redistribuir los excedentes que podría haber acumulado una familia. Precisamente, una de las características del prestigio es que confiere poder al que actúa como *pasante*⁸.

En este contexto, al valor económico de los bienes materiales se añaden beneficios personales implícitos no mensurables. Así por ejemplo, los alimentos poseen un valor distinto cuando están crudos, en condición de producto, que cuando se los cocina y son parte del marco del intercambio ceremonial. Al contrario, en una transacción de compra-venta el valor de los bienes es explícito y puede ser discutido y regateado abiertamente.

En una de las primeras entrevistas, el padre Comina⁹ señalaba que le resultaba irracional cómo en situaciones de pobreza las familias campesinas “despilfarraban” sus recursos en comida y bebida durante las fiestas. Desde su punto de vista, habituado a medir los costos de producción en términos capitalistas (capital, ahorro, interés, inversión, etcétera), no es lógico gastar sus fondos económicos para costear costosas festividades cuando las cosechas no necesariamente cubrirían estos gastos. Lo que Comina no logró comprender fue que “las ceremonias representan la ocasión perfecta para que cada familia redistribuya sus excedentes económicos acumulados, en forma de chicha, aguardiente, comida, música, baile, etcétera; y constituye una manera agradable de reforzar los lazos de parentesco, amistad y de compadrazgo” (Fonseca, 1974: 104).

Ahora bien, al reconfigurarse las relaciones de intercambio al interior de la comunidad la solicitud de mano de obra bajo la condición de reciprocidad asimétrica deriva en el incremento de peones. Sin embargo, aparte de las razones de orden económico, debemos agregar que el ser peón para otra persona es asunto de poco prestigio en el pueblo. Sólo

⁸ Pasante es la persona que asume la titularidad del gasto económico que implica realizar una Festividad a cambio de un reconocimiento social al interior de la comunidad.

⁹ El padre Comina es el sacerdote que impuso la medida de enterrar a los cuerpos suicidas en un cementerio creado de forma exclusiva para ellos.

los más pobres, que no tienen otras fuentes de ingreso monetario, son los que están dispuestos a trabajar como jornaleros.

Tanto las fiestas como los cargos de liderazgo sindical formaban parte de una jerarquía de prestigio en la que entraba en juego la ostentación de lo obtenido en el año. Así, gastos asociados a la condición de pasantes en una fiesta, vestimenta proveniente de la ciudad y otros que demuestren prosperidad en la familia, daban cuenta de buenos resultados en la producción agrícola y en consecuencia, guardaban proporción directa con el grado de prestigio local. En un contexto, en el que las asimetrías patrimoniales se hacían más evidentes, el sistema resultaba siendo un legitimador de los privilegios en la que a los “agraciados” de la modernización agrícola les permitía gozar temporalmente de un poder y un prestigio a cambio de sus excedentes materiales (Abercrombie, 2006: 22).

Ritualidad mortuoria en los Andes bolivianos

En el medio rural encontramos la vivencia de la muerte distinta de la que conocemos en las áreas urbanas occidentalizadas. Los campesinos suelen decir “todos tenemos que morir”, frase que da cuenta de una percepción de la muerte como un fenómeno natural. Asimismo, en la cultura andina se establece un vínculo cercano entre los seres vivos y sus muertos. De acuerdo a este planteamiento, no se trata de cadáveres sino de:

“Difuntos un concepto mucho más íntimo, más entroncado en la personalidad de cada uno; mucho más sensitivo. El cadáver es más impersonal, más externo y desprovisto de cualquier tipo de sentimiento hacia él; es una proyección más aséptica, como si el propio concepto descargara el contenido anímico angustioso que supone la presencia de la muerte” (López, 2005: 516).

Esta cercanía con los difuntos fue percibida por los investigadores en el primer encuentro que tuvieron con Hermenegildo, uno de los viudos de las mujeres suicidas. Hermenegildo relataba en una chichería que todos los años para la fiesta llegaba de la ciudad. Decía repetidamente que estaba casado con una mujer de Pisorga, que se llamaba María, y que vivía cerca de la plaza del pueblo. Después de varias horas de compartir chicha y coca, se le preguntó por qué no venía su mujer. Él, con un tono muy suave, respondió: ella falleció hace varios años. La situación resultó algo confusa pues durante toda la conversación él se

refería a su esposa como alguien con quien continuaba compartiendo y no como alguien que al fallecer ya estaba fuera de la cotidianidad de su familia. Para comprender la continuidad de las relaciones después de la muerte resulta fundamental ahondar en el concepto cíclico de la vida. Al respecto Van Kessel apunta,

“El ciclo no es un evento único, en que una persona o una generación aparece de la nada, crece, se desarrolla, envejece y desaparece definitivamente de la nada. El ciclo se concibe como la aparición de nueva vida de la muerte, que por la eterna repetición de este ciclo, mantiene en la existencia a la especie, la familia, la comunidad, la tropa. Este concepto del ciclo de la vida coincide con una cosmovisión y una visión del hombre de tipo colectivista, en que la comunidad es primaria, con respecto al individuo que es secundario” (Van Kessel, 1978-1979: 91).

De allí que “los difuntos constituyen para siempre una parte de la familia, o de la comunidad que ellos fundaron, continuaron y siguieron manteniendo en existencia; de tal modo, ellos constituyen su fundamento duradero. [...] el ciclo de la vida no es la existencia humanada individual que comienza, florece y desaparece, sino la nueva vida que procede de la muerte. La extinción de una generación significa la vida de la generación siguiente, tal como la muerte de un animal sacrificado en una “*Huilancha*”¹⁰ significa el floreo, la abundancia de vida en la nueva tropa, y tal como la semilla de la papa y el maíz que cae en la tierra y muere, produce la nueva cosecha” (Van Kessel, 1978-1979: 91). En este sentido, y a diferencia de la visión cristiana tradicional, la cosmovisión andina coincide en que la vida procede de la muerte; sin embargo, en el primer caso la resurrección es personal (del individuo), mientras que el quechua, después de la muerte, visualiza la comunidad.

“Este concepto del ciclo de vida coincide con una cosmovisión y una visión del hombre de tipo colectivista, en que la comunidad tiene prioridad con respecto al individuo, y la familia con respecto a la persona” (Van Kessel, 2001: 232).

Entonces, cuál era la razón por la que habría emanado en las mujeres este sentimiento en el que sus vidas no tenían sentido de ser. La reflexión

¹⁰ La *Huilancha* es una práctica ritual de los andes bolivianos en donde se sacrifica una oveja para luego verter la sangre del animal en las parcelas agrícolas a fin de solicitar a los dioses tutelares una buena cosecha.

planteaba la generación de una distancia abismal entre el anhelo de desarrollo, como parte de un modelo ampliamente difundido en la comunidad y la irrefutable realidad de un mundo signado por la pobreza y por la marginalización social. Como indica Diana Cohen citando a Camus “es allí donde la absurdidad de la existencia plasma la alternativa del suicidio como *factum liberador* [...] el suicidio es la vida derrotada, la vida que no puede soportar la ausencia de sentido” (Cohen, 2007: 347). “Otorgarle sentido a la vida depende no sólo del sujeto sino también de la comunidad en la que éste se desenvuelve. En consecuencia, en aquel momento en el que la vida se experimenta como un vacío o hastío aparece la posibilidad del suicidio” (Macías, 2005: 111).

De hecho, aunque el suicidio sea un acto personal su motivación casi siempre está dirigida a algún otro (Chavez de Sanchez, 2005). Siendo así, el autor propone algunas dinámicas familiares relacionadas con la muerte a partir del suicidio. Meng establece como significación el “Suicidio Venganza” (Meng, 2002) que tendría como movimiento relacional “Yo te inculpo” (Sanchez, 2005). Bajo esta categoría, las mujeres suicidas podrían interpretar sus muertes como un acto, en medio de la desesperanza, de franca rebeldía con la norma.

En este sentido, el suicidio se puede entender como una manifestación de fractura de la sociedad que contiene al individuo que toma esta decisión. Siendo así, “allí donde se produce el suicidio, la sociedad no sólo ha fracasado en su intento de ahuyentar a la muerte, de procurar el gusto por la vida al individuo, sino que ella misma ha sido derrotada, negada; ya nada puede hacer por y contra la muerte del hombre” (Castillo, 2005: 83).

El espejismo de la modernización

Largos han sido los debates en torno a los procesos acelerados de modernización y el incremento de las tasas de suicidio. Durkheim ya planteaba cómo la urbanización ligada a la erosión de los valores tradicionales y los lazos familiares aislaba a los individuos del colectivo. Subsecuentemente, se acrecentaban las situaciones de depresión y por tanto las probabilidades de suicidio se incrementaban (Yip et al., 2005; Lester, 1997; Zhang, 1998; Stack, 1997).

Desde la década de los setenta, varios países de Latinoamérica fueron sometidos a modelos modernizadores, en especial en territorios rurales. Se trata de comunidades expuestas a un desarrollo económico brusco,

asociadas a un auge económico para un sector de la población y mayor empobrecimiento en otros. En este escenario, las presiones externas se multiplicaban en respuesta a las expectativas de producción e ingresos económicos. Conforme a este modelo, el prestigio social ya no respondía a la tenencia de conocimientos ancestrales o bien a la capacidad de liderazgo dentro de la comunidad, sino que plantea como referente de éxito los volúmenes de producción que estas familias pudiesen alcanzar, como resultado de los programas de modernización agrícola.

El proyecto modernizador tuvo impactos de diferente índole sobre la población rural en tanto incrementó los niveles de estrés de los habitantes rurales, profundizando la sensación de fracaso, en especial en la población indígena desplazada del emprendimiento modernizador. La situación de marginalidad a la que estuvo sometida esta población creó, nuevas condiciones de movilidad. Aquellos que lograron ser parte del grupo de “beneficiarios” lograron adquirir un camión a partir de los excedentes de las ventas de sus cosechas de papa. Este elemento de gran utilidad para el proceso de comercialización los colocó en un eslabón superior de la escala social permitiendo la conversión de estas familias en potenciales “pasantes”. Bajo este modelo de desarrollo el mundo rural se fue dividiendo entre los pudientes y los campesinos. Los “elegidos” eran gente local que se apropiaba del discurso progresista a la vez que lo difundía y defendía frente a la comunidad. Antiguamente ellos fueron agricultores que, a través de su rol de intermediación en mercados, principalmente como transportistas, iniciaron su vínculo con la ciudad constituyéndose luego en “residentes o familiares de residentes”. De este modo, la explotación capitalista usurpó el trabajo excedente del campesino expulsando a los hombres de sus parcelas e impulsando la migración hacia otras regiones productivas, así como a las ciudades en donde lo que les esperaba se restringía a las periferias plagadas de pobres procedentes de áreas rurales. Allí es donde nace la figura del paria urbano. El mejor ejemplo de esta figura la encarna Hermenegildo quien partió de Pisorga con la ilusión de obtener un título de propiedad y el resto de las promesas con las que llegó la modernidad. Sin embargo, hoy después de casi treinta años es un cargador en uno de los mercados de la ciudad. Una labor invisible para los ojos de la gente.

Los cambios producidos por la reestructuración socioeconómica en las comunidades rurales podrían haber provocado frustraciones, desesperanzas y conflictos de identidad con mayor influencia en ciertos grupos. Es decir, los efectos negativos son mayores y más intensos sobre ciertos grupos más vulnerables a condiciones de desesperanza a partir

de la frustración conducentes a estados depresivos y otros desórdenes mentales que los llevaban a los suicidios. A propósito, Carbonell señala que “la relación entre pobreza y suicidio es menos directa. Más bien, la pobreza inesperada implicaría más muertes por suicidio: la pérdida inesperada de empleo, el fracaso en los negocios, la pobreza en la vejez, etcétera. Es decir, la relación entre pobreza y suicidio se establece en el marco de una anomalía en el decurso atendido de los acontecimientos económicos (Carbonell, 2007).

Vandana Shiva ofrece datos precisos y convincentes sobre los impactos negativos ocasionados por esto que ella denomina como el “Mal Desarrollo”. Menciona que en sí mismo el modelo capitalista es destructivo, ya que su esencia se basa en la explotación extractiva “lo que recibe el nombre de desarrollo es un proceso de mal desarrollo, fuente de violencia contra la mujer y la naturaleza en todo el mundo [...] tiene sus raíces en los postulados patriarcales de homogeneidad, dominación y centralización que constituye el fundamento de los modelos de pensamiento y estrategias de desarrollo dominantes” (Shiva, 1995: 87).

El aporte de las mujeres rurales a la producción de la tierra es ancestral. Ellas han sido las guardianas de la biodiversidad al preservar las variedades nativas de semillas y al respetar los ciclos vitales en la producción agropecuaria, insertándose de este modo en la reproducción de vida. En busca del progreso se ignoró esta colaboración, empobreciendo la participación de las mujeres y en consecuencia reduciendo sus cuotas de poder al interior del núcleo familiar. De hecho, se acrecentaron los niveles de dependencia en el seno de la familia, otorgando mayor protagonismo a los hombres, quienes fueron reconocidos como cabezas de familia a efectos de la concesión de créditos y programas de ayuda, en desmedro de las mujeres cuyos aportes fueron invisibilizados.

El Jawanacu: un asunto de honor y un mecanismo de control social

“Bajo el peso de mi desgracia considere mi resolución como el único capaz de poner término a mi enfermedad y a las humillaciones que recibo diariamente”

(Sumario por suicidio de Edmundo Varela, Santiago 6 de agosto de 1876)

Jawanacu en castellano significa miramiento. Para Pablo Regalsky (2004), el miramiento es un sistema de control social que se activa al interior de la estructura organizativa andina cuyo propósito es el de regular los comportamientos humanos, básicamente en lo que compete a las dimensiones social y pública. En consecuencia, se convierte en el catalizador de las interacciones humanas al interior de la comunidad a través del cual se detectan las marcadas diferencias entre los miembros de una comunidad intentando regularlos bajo los parámetros de lo comunitario.

Iván Layme, hijo de una de las mujeres suicidas explicó el *Jawanacu* de la siguiente manera:

“Jawanacu es pues en quechua, eso quiere decir usted me mira, yo te miro enojado, ultimadamente¹¹ yo me enojo. Tú me miras yo te miro, eso es el Jawanacu ultimadamente estamos en problemas. Me miran la gente porque yo utilizo unos zapatos marca Goodyear¹², uno me pongo de 80 o de 100 bolivianos, una camisa, una polera de 80, eso es lo que miran. [Y dicen] este tipo ha trabajado, por qué se ha puesto esta cosa, debe ser un narcotraficante, de eso la gente te mira. Eso es lo que dice, este tipo ayer, anteayer, ha salido [sin nada económico que sobresalga de la media de la comunidad], ahora ha vuelto con plata, éste debe estar trabajando con eso de seguro, pero otra cosa no hay nada eso es lo que te dicen” (Iván Layme, 01/10/2010).

El mirar en el caso de los hombres tenía mucho que ver con el estatus económico el cual, a su vez tenía sus réplicas a nivel social, aunque no

¹¹ Cuando el entrevistado dice “ultimadamente” quiere decir al final.

¹² El entrevistado al decir marca Goodyear se refiere a una marca de llantas de camión con cuya goma fabrican las abarcas de los campesinos.

se restringía a estas dos dimensiones. Esta descripción es oportuna a la hora de entender el periodo posterior a la implementación del Programa de Modernización Agrícola, momento en el que las diferencias entre las familias eran muy marcadas. De ahí que la investigación profundiza en la representación del concepto del honor y los cambios por los que éste atravesó para llegar a relacionarse con la condición identitaria, así como con las conductas morales en las familias campesinas. En este contexto, el honor se entendía como una virtud pública. Según Gutierrez “el honor no sólo es el valor de una persona ante sus propios ojos, sino también es el reconocimiento de ese valor ante los ojos de los demás” (Gutierrez 1993, 229). El honor en Pocona habría sufrido una transformación en la década de los ochenta cuando la conducta honorable se regía por la posesión de ciertos objetos que superaban su valor económico, acompañados de ciertas pautas de comportamiento moral que permitía a las personas, y en consecuencia, a sus familias acceder a grupos sociales que detentaban prestigio.

Con el advenimiento de la modernidad llegó también la expansión de la economía monetaria que mediaba las relaciones interpersonales y comunitarias. En aquel momento, el dinero se constituía en un elemento diferenciador que suplantaba la función que antes era desarrollada por la fuerza de trabajo y las redes familiares. Fue en ese momento en el que aquellos pobladores del municipio de Pocona que detentaban poder frente a las ONG se zafaron del control social que ejercía el Jawanacu y transformaron la definición tradicional de estatus social; una cualidad relacionada hasta entonces, y casi de manera exclusiva, con la pertenencia étnica. Esto quiere decir que el estatus se relacionaba principalmente con un asunto de raza, donde el no tener un apellido indígena, el color de piel más claro y poseer grandes extensiones de tierra permitía que ciertas familias sean parte de una élite. Si antes el honor se limitaba a un asunto étnico y racial, en este periodo lo honorífico y privilegiado se amplió a la riqueza económica. Corría entonces el rumor en torno a quienes repentinamente habían logrado comprar un camión; aquel bien que les permitía trasladar los productos agrícolas e incursionar en la cadena de comercialización de los mercados más importantes. Una vez inyectado el capital económico y facilitado la acumulación de éste por algunas familias, fueron ellas las que definieron los precios de las cosechas de papa de quienes no participaban en mercados externos. La compra de camiones estaba acompañada de un desplazamiento territorial hacia la carretera, siendo este un nuevo espacio de negociación. La adquisición de un camión enfrentaba a estas personas a un cambio radical de condición “el que sacaría definitivamente de la

categoría de campesino, de la agricultura y pastoreo, y lo convertiría en el foráneo en el territorio de los campesinos” (Abercrombie 2006: 91). “Los primeros transportistas y dueños de camiones fueron llenando de a poco el vacío dejado por los patrones y latifundistas a través de su condición de prestamistas intermediarios” (Quitón et al, 1982: 5).

Las familias campesinas, excluidas de los microcréditos, cuestionaban los orígenes del dinero que la pequeña élite de Pocona utilizó para solventar el incremento de sus medios de producción y comercialización. La naciente desigualdad en la comunidad generó una tensión entre los dos grupos. De un lado, los campesinos observaban con asombro la rápida precarización de su poder económico y social, mientras que del otro lado, los propietarios y comerciantes se llenaban de privilegios que la cooperación internacional les otorgaba, estigmatizando a los campesinos como flojos y malos pagadores. Esta diferenciación se visibilizaba aún más tras la muerte por suicidio cuando las familias campesinas eran obligadas a enterrar a sus difuntos en “El Polígono”¹³. Esto provocó que las familias campesinas quechuas empezaran a regirse por conductas honorables provenientes de la colonia y reforzadas por la idea del desarrollo.

Ahora bien, bajo el antiguo esquema, el asenso social de los grupos indígenas resultaba muy difícil, puesto que se establecía una marcada diferencia entre los hacendados y los peones. No obstante, cuando el Programa de Modernización Agrícola intervino estas comunidades, y al incorporarse otros elementos como el dinero y las conductas morales como factores que forjaban el honor, se abrió la posibilidad de asenso social de los niveles bajos. En consecuencia, los parámetros que separaban los diferentes estratos socio étnicos se hicieron inevitablemente más permeables.

Al notar que sus propios compadres habían logrado equipararse a esa élite fluctuante y, cada vez más lejana de la vida comunitaria, el resto de los campesinos provenientes de estratos bajos se vio impulsado a imitar las prácticas de honor. De este modo, los poconeños sintieron la necesidad imperante de ser admirados y envidiados.

¹³ Se denominó Polígono al Cementerio en el que clandestinamente se enterraban a los suicidas de Pocona.

El honor femenino: una cuestión de injurias, enaguas y abarcas

El honor no sólo se construía con objetos o prácticas que se demostraban en el espacio público, también estaban vinculadas a las acciones de la vida privada en donde la Iglesia Católica se ocupaba de regular el comportamiento honorable, aquel relacionado con las prácticas morales, constituyéndose en los guardianes de la moralidad.

A medida que se devaluaban los rituales agrícolas propiciatorios y se fracturaba la relación entre el campesino y la tierra, las virtudes honoríficas eran propagadas con mayor fuerza a través de la fe católica y de instituciones que preservaban el alma colonial. En el caso de ellos, el honor era un valor proveniente de la riqueza, la tenencia de los títulos de propiedad de los terrenos, apellidos distantes de la cultura indígena, el manejo de códigos provenientes de la ciudad como el dominio del castellano, las demostraciones de valentía, el ejercicio de la autoridad sobre la familia y no menos importante el honor sexual. A diferencia de ello, la cultura andina otorgaba prestigio a los hombres mediante la fuerza de su trabajo, su capacidad para atender la chacra y la familia, dar respuesta a los requerimientos de sus antepasados así como la capacidad de invitar bebida y comida durante las festividades. Por el contrario, el honor de las mujeres recaía casi exclusivamente en su sexualidad. Como señala Mejía, las mujeres “conservaban el honor siempre y cuando mantuviesen su reputación como hijas y esposas castas y reservadas” (Mejía, 2011: 17).

La construcción del honor sexual como una condición de estatus estaba vinculada a los preceptos de la religión católica en donde la familia nucleada debía resguardarse de las tentadoras situaciones de adulterio. Cualquier duda sobre la fidelidad de una mujer hacia su esposo era calificada como una gran ofensa, poniendo en tela de juicio el lugar social que ocupaba ese hombre y además involucrando a su familia.

La adscripción a estos parámetros de moralidad otorgaba a su vez el honor que permitía a los nuevos ricos diferenciarse de los indios. El honor moral se convirtió en la clave ideológica para separar a la élite emergente de “los indios” y facilitar la movilidad ascendente. En este contexto, los objetos de deseo que las mujeres aspiraban alcanzar, no sólo eran de índole económico sino también bajo el ideal de mujer laboriosa, recatada, fértil y dedicada de lleno a su hogar. El cumplimiento de estas responsabilidades era celosamente velado por los vecinos, quienes consideraban a las mujeres solas como huérfanas a las que debían de cuidar.

El interés por conservar el honor moral tan estrechamente ligado con la sexualidad de las mujeres se había extendido dando lugar a constantes conflictos debido a rumores y chismes sobre la fidelidad de las mujeres que se encontraban solas. El límite de lo privado había sido penetrado bajo la excusa del resguardo de la familia. Los enredos y el rumor se apoderaron de estas comunidades fomentando que varios se atrevieran a vociferar, divulgar y hacer correr el rumor de posibles infidelidades de las mujeres. Injuriosas difamaciones que nacían con la mirada sigilosa de los vecinos que se sorprendían de ver a tantos hombres trabajando como peones en las parcelas de estas mujeres que habían quedado a cargo de la producción de las tierras luego de que sus maridos partieran a la ciudad en busca de la modernidad les había prometido. Fue en esta época donde en el periodo de las fiestas locales que proliferaron las denuncias, en la Comandancia Policial de Pocona, por injurias y calumnias por celos; agresiones físicas y abuso de confianza.

Una mujer tachada como deshonrada transmitiría “su pecado” de generación en generación, de ahí que el componente sexual uniera tanto el honor femenino como masculino. Bajo este panorama, las calumnias se convertían en peligrosas armas para manchar el honor femenino dejando en entredicho la reputación de estas mujeres y sus familias frente a todo el pueblo. Luego de desatado el rumor, limpiar la reputación de la mujer no era una tarea para nada sencilla. Al exponer a sus familias a esta “situación de pecado” la culpa en las mujeres parecía insoportable. Lo peor de todo, es que la voz de las mujeres frente a estas acusaciones, rara vez era escuchada, ya que le correspondía al varón defender el honor familiar y en consecuencia la mujer no tenía cabida a una defensa propia. Cabe destacar que las dificultades que atraviesan los individuos para afrontar las discusiones familiares que tuvieron lugar públicamente, desestructuran al individuo, porque develan su incapacidad para solucionar sus conflictos (Coutinho, 1995).

Hollweg (2003) se detiene a estudiar este tipo de trastornos y los organiza clasificándolos según sus orígenes como de procedencias míticas, concepciones del mundo e influencias de los desplazamientos sociales en el comportamiento. El autor delimita cuatro grupos de síndromes afectivos culturales: 1) síndromes afectivos de raíces míticas aborígenes; 2) síndromes afectivos de raíces hispánicas coloniales; 3) síndromes afectivos de transición cultural y 4) síndromes afectivos por desgarramiento o despersonalización cultural.

El primero se define como una reacción vivencial anormal de pena o tristeza. Este término (amartelo), proveniente del castellano “amar”,

habría sido quechuanizado para expresar el quiebre anímico-espiritual derivado de la separación de un ser querido y/o por el distanciamiento del lugar de origen. Este tipo de depresión se presentaría en adultos, cuando se separan los cónyuges o se divorcian, o también en inmigrantes que añoran su comunidad rural. La segunda implicancia de tristeza (*sonqo nanay phurishan*) estaría vinculada a una pesadumbre profunda acompañada de ideas suicidas. Esta depresión estaría ocasionada por desastres económicos asociados a las pérdidas agropecuarias y/o a frustraciones amorosas, sentimentales o de proyectos de vida (Hollweg, 2003).

En nuestro estudio, las dos formas de depresión descritas resultan oportunas para analizar la “ausencia de la voluntad de vivir”¹⁴. Así, reparamos en las manifestaciones de Amartelo que se generaron tanto en los hombres que migraron hacia áreas urbanas como en las mujeres que quedaron solas en sus comunidades. Por un lado, se distingue la nostalgia de los hombres por la forma de vida del medio rural, mientras que por el otro, emerge la tristeza de las mujeres al ver la fragmentación de su hogar y la sobrecarga de responsabilidades. Ambas manifestaciones de pena decantaron en un quiebre psicológico y espiritual que luego se profundizó en la figura del *sonqo nanay phurishan* debido a la pérdida de la identidad campesina y la situación de fracaso agrícola que tuvo lugar un par de años después de la implementación del programa de modernización agrícola.

Los informes presentados en el área de estudio el año 1987, informan de un 65% de suicidios femeninos perpetrados. En cuanto al rango etario se observa que el predominio se concentra en el grupo de 20 a 35 años (Argandoña, 1990). La ocurrencia del suicidio en grupos jóvenes se podría esclarecer a partir de prácticas identitarias generacionales, quebrantadas por la presión social que su grupo de pares, tanto como otras generaciones, ejercían sobre un segmento etario específico al que se le exigen ciertas conquistas (Gonzales et al., 2005). De un lado, la generación más vieja intentaba preservar las formas de relacionamiento y producción tradicionales, a fin de no someterse a un desenraizamiento de su mundo objetivo y subjetivo; y del otro, las generaciones más jóvenes se vieron saturadas por una propaganda del desarrollo rural, estructurada en base a la ideología hegemónica de los años ochenta.

¹⁴ Grünberg citado por habla del estado de vy'ae'y en los guaraníes el cual se traduce como la ausencia de la voluntad de vivir.

El debilitamiento de la identidad campesina, la fractura de las formas comunitarias de producción y la mercantilización de la tierra favorecieron la emergencia de una coyuntura dentro de la cual las familias jóvenes avizoraban un futuro sin perspectiva así como un futuro frustrante. Los conflictos identitarios habrían derivado en tensiones insoportables que desembocaron en la psicosis del suicidio (Kmitta, 2006).

Conclusiones

*Ripojqa ripojqachari
sonqonta rumiachispa
quedakujpajma trabajoqonqayta
mana atispa*

*El que se va, se irá
convirtiendo su corazón en una piedra
para que el que queda es trabajo
no poder olvidar
(Anónimo, frase local)*

La introducción de nuevas prácticas y discursos tecnológicos cambiaron las expectativas y los imaginarios sobre el sentido del bienestar y la identidad del poconeño. De allí que al generalizarse la figura del agricultor-productor, se extendió también la idea del fracaso y deshonor que fueron impuestas a aquellas familias campesinas que obtuvieron una cosecha catalogada como pobre. En este contexto, las familias campesinas se vieron presionadas a operar como peones descuidando sus propias tierras. De este modo, se produjo una doble ruptura identitaria: se desarraigan de la tierra y abandonan su rol de campesino para convertirse en proletarios. Así, la presión social y la baja productividad del agro empobrecieron, tanto simbólica como económicamente, a estas familias, ubicándolas en un anillo de marginalidad que les restaba prestigio frente a los otros miembros de la comunidad. Por ello, aquellos comunarios que sufrieron con más fuerza el embate de la sequía, la baja producción y el desgaste de sus tierras, buscaron oportunidades fuera de Pocona. La dinámica migratoria, producto de la crisis agraria, trascendió hacia la pareja campesina, trastocando su economía doméstica y su estabilidad.

En los relatos se advirtió que a medida que se fueron reduciendo las relaciones de reciprocidad, paralelamente fue cobrando fuerza el intercambio comercial con la monetización de por medio, los modos

rituales de interacción con la tierra también se convirtieron en un objeto del cual las personas hacían uso, dejando de lado el polo de relacionamiento comunitario. Bajo esta perspectiva, la tierra se convirtió en un objeto del cual la persona usaba para insertarse en un mundo orientado hacia un beneficio individual, que como era competitivo, tendía a convertirse en acumulativo. La tierra se convertía entonces en medio de producción “los productores de la tierra se vuelven objetos de comercio, porque no pueden ser introducidos en el circuito de intercambios comunales” (Malengreau, 1974: 182).

El descrédito de la imagen del campesino aunado a esta idea de fracaso en la labor de la tierra estimuló la expulsión de los hombres hacia áreas urbanas y otras regiones. El retorno al pueblo, en la época de las festividades locales, de los hombres migrantes era un espacio propicio para la activación del “miramiento”, donde cada uno mostraba al otro las mejores vestimentas, bordados y tejidos de materiales seleccionados para la ocasión, de colores brillantes, plenos de cintas, dibujos que representan situaciones especiales en la vida de cada familia o individuo. Estos elementos simbólicos y reales hacían alegoría de los resultados positivos de su actividad productiva y al mismo tiempo era un campo de interacción, donde una vez que el alcohol había hecho efecto permitía vociferar estas diferencias y cuestionamientos con los insultos más punzantes.

Al respecto se observa que la tierra, aquel bien que estructuraba las formas de vida del campesino, fue abandonada por la idea de una idea de modernización que exigía socios innovadores y motivados que estuvieran dispuestos a asumir cierto nivel de riesgo (Montaño, 2007). Coherente con esta línea Van Kessel señala que en las regiones de fuerte influencia modernizante, los rituales de producción orientados al pago de la tierra se debilitan transformándose en manifestaciones folklóricas antes que en expresiones vinculadas a los valores religiosos andinos; pérdida que ha denominado como *Despachamización* del campo, un concepto que hace referencia al valor emocional que tiene la tierra para el comunario. “La mercantilización de la producción agrícola hoy día y, en particular, la conducción de la agricultura según normas del mercado llevan a la transformación de la tierra de un valor específico de uso, a uno de cambio” (Van Kessel, 1989: 20).

El resultado de haber convertido la alimentación en una mercancía más, cuya evaluación se realiza desde criterios de rentabilidad, obligaba a pensar en los agroquímicos como la única alternativa para efectuar el

manejo de plagas así como para fertilizar los suelos, asumiendo como premisa que los resultados en términos productivos serán inmediatistas. Mientras tanto, se incrementa la erosión, se contaminan los suelos además de los acuíferos.

En este contexto, en el que los cambios tecnológicos agrarios transformaron de forma acelerada la dinámica sociocultural y económica de las comunidades de Pocona, se agudizaron las distinciones de género y generación en la familia. Fue desde aquí que emergían algunos elementos simbólicos relevantes para situar lo que denominamos la *muerte podrida* en la que las tensiones en las dinámicas de género en la trama comunitaria jugaron un rol determinante. Ahora bien, observamos que en la familia campesina existía una distribución de lugares y roles diferenciados de acuerdo a una división sexual del trabajo, con fuertes atribuciones de prestigio y separación entre lo público y lo privado. Esta división se articulaba con los ideales de los sistemas de complementariedad, dualidad y reciprocidad. Conforme a ello, los hombres poseen niveles de representación de mayor visibilidad, prestigio y autonomía que las mujeres. Así, en la toma de decisiones de la familia las mujeres ejercían poder en lo privado, que a través de la voz masculina trascendía a la organización comunitaria.

En la década de los ochenta, y como resultado de la inminente monetización de la economía campesina, los hombres de familias quechua hablantes que no lograron insertarse en la cúpula de las autoridades o constituirse en residentes y se vieron obligados a migrar solos a otros sectores productivos a fin de satisfacer las demandas del nuevo paquete tecnológico, dejando a sus mujeres a cargo de la familia así como a la cabeza de la productividad de la tierra. Cuando la movilidad de los hombres se estableció como una práctica generalizada, el varón terminó abandonando a la familia, siendo la mujer la que asumía la sobrecarga de responsabilidades, rompiendo con las tradicionales estructuras de reciprocidad y complementariedad de los ideales andinos. Esta nueva estructura organizativa promovió una nueva lógica de negociación del trabajo comunitario agrícola. Tanto el *ayni*¹⁵ como el trueque se debilitaron llegando a una proletarización del campesino. Para resolver las múltiples tareas productivas a las que no daba abasto

¹⁵ El *ayni* es un método colaborativo de producción en el que las familias intercambian mano de obra no asalariada en sus parcelas. El trabajo de laboreo de la tierra se inicia en una de las parcelas de las familias de la comunidad con la participación de varias personas para luego trasladarse a otra parcela hasta concluir con la labor planificada.

por sí sola, la mujer contrató peones. En ese escenario, y bajo un sistema comunitario patriarcal y basado en jerarquías de género y generación, como el de Pocona, recayó sobre la mujer el *Jawanacu*¹⁶. En un contexto donde en el que el *Jawanacu* dejó de funcionar como una estrategia de control social para convertirse en una estrategia de miramiento, la gente tendió a comparar sus ingresos, los objetos de la modernidad y sus comportamientos morales con los de otros (Luttmer, 2005). Como bien indica Chen y otros autores (2009) los cambios acelerados acompañados por situaciones de desigualdad pueden reducir la felicidad y el bienestar conduciendo al suicidio, puesto que personas descontentas en un lugar feliz puede sentir con especial dureza cómo los trata la vida.

Con la movilidad de los hombres se complejiza y diversifican los conflictos. Parece ser que la infertilidad de la tierra transversaliza a la pareja y la familia. De este modo, la división sexual del trabajo se modifica. Antes de la crisis de los ochenta, las mujeres participaban en las labores agrícolas vinculadas al colocado de la semilla, la aplicación de abono, el deshierbe y el apoyo en la cosecha (INEDER, 1981,1986). Por su parte, los hombres se ocupaban de la administración de la parcela: agua, arado, mercado, y su participación en la organización de la comunidad. Todas estas actividades eran simbolizadas tradicionalmente como competencias masculinas dado su carácter público. Con la partida de los hombres hacia otros territorios, las mujeres asumen las responsabilidades y roles característicamente del varón. Ella debe interactuar con otros hombres contratándolos como jornaleros y dirigirlos como mano de obra asalariada, para mantener la chacra familiar. En este contexto se alteran las relaciones sostenidas por el ideal de dualidad y reciprocidad de la pareja, dejando a las mujeres expuestas a la evaluación de su desempeño y su honor. Se puede decir desde esta perspectiva que estos movimientos en la pareja desequilibran las formas tradicionales de relación con la *Pachamama*¹⁷. Se altera la intimidad y el “ánima”¹⁸, cuando la mujer queda sola frente a la tierra y le llega el amartelo¹⁹.

¹⁶ El *Jawanacu* se entiende un sistema de control social del comportamiento acorde a la moralidad y orden social de la comunidad.

¹⁷ En las zonas andinas bolivianas la *Pachamama* se traduce como Madre Tierra. Se trata de un concepto que va más allá de la tenencia de tierra sino que asume la tierra como algo holístico en el que confluyen lo físico y emocional.

¹⁸ El *Ánima* se comprende como un estado preminentemente psicológico que da cuenta de una serie de prácticas emocionales y simbólicas que determinan el estado de ánimo de un sujeto, entendiendo a la *Pachamama* como un ser social.

¹⁹ Mario Hollweg señala que el término amartelo proviene del castellano amar, que habría sido quechuzado para expresar el quiebre anímico y espiritual derivado de la separación de un ser querido y/o por el distanciamiento del lugar de origen o tierra (2003: 5-7).

En su avance arrollador, la modernidad cobró anónimas y silenciosas víctimas que fueron albergando dolor y tristeza por no encajar en las nuevas condiciones sociales y económicas que sacudían al pueblo. A medida que se devaluaban los rituales agrícolas propiciatorios y se fracturaba la relación entre el campesino, y la tierra, las virtudes honoríficas eran propagadas con mayor fuerza a través de la fe católica y de instituciones que preservaban el alma colonial. Y es que pertenecer a esta élite honorable no era suficiente poseer riqueza económica, ostentar objetos propios de la modernidad o tener la piel más clara, también eran necesarias ciertas prácticas morales muy relacionadas con la intimidad de la relación de pareja. Cuando las prácticas que generaban prestigio en la comunidad fueron suplantadas, se dio lugar también al distanciamiento del sistema familiar y comunitario exigiéndoles la adaptación a roles que satisfagan el sistema tradicional y, al mismo tiempo, el occidental, generando conflictos de identidad y valores y consecuentemente, reacciones psicóticas (Hollweg, 2003).

Según indica Meihy, el suicidio tiene relación con el grupo que lo tensiona (Meihy, 1994). En este estudio se identifica al grupo que genera la tensión a los organismos internacionales, así como las instituciones reproductoras de las divisiones de clase y etnia. Por su parte, la ingesta de bebidas alcohólicas fungió como un agente activador de una intención previa de matarse. Como indica Kmita “ella por fin comete el suicidio, en un acto de venganza o protesta, una violencia simbólica contra sus agresores” (Kmita, 2006: 59). Es así que se habrían identificado dos agresores: a) a su pareja como autor de la violencia física; y b) la sociedad colonial adscrita a este modelo de modernización agrícola. Los conflictos familiares a raíz de los rumores en la comunidad colocó a las mujeres bajo una situación estresante con los parientes (Traphagan, 2004).

Bajo este escenario, el suicidio aparece como una representación simbólica de la posibilidad de construir un espacio del poder negado durante su vida. A través de este acto, las mujeres expresan su rebelión en contra de su situación opresiva cotidiana. Lo que resalta de estos suicidios femeninos es la constatación de una desesperanza de los hogares masculinizados. Ante esta situación de subordinación el suicidio se habría implantado como una forma de venganza simbólica hacia sus agresores devaluando y destruyendo la reputación de los mismos. Aquí la muerte funciona como un dispositivo de venganza contra aquel que le causó costreñimiento (Dal Poz, 2000).

Ser mujer quechua, pobre, vivir en una zona rural, no poseer los objetos ofertados por la modernidad y que el resto dudara de su fidelidad se convirtieron en motivos suficientes para tomar la muerte por mano propia. Era quizás un mensaje que el cuerpo social estaba entregando sobre el sentir de las personas y de cómo ellas vivieron los cambios de modernidad en su interior. No es casual la elección de agroquímicos como medio para el suicidio, ya que con esta muerte la persona, en su psiquis, considera que se perpetúa en una dimensión política del acto que busca enfrentarse a ese entorno que le genera tensiones y malestares.

Por lo observado en terreno, se cree que el obstáculo de vida que habría decantado el intento de suicidio en las mujeres de Pocona responde a dos eventos. El primero expone la frustración de la mujer ante el no reconocimiento de los hombres del trabajo realizado por ellas durante los periodos de ausencia. El segundo se articula con la deshonra pública que califica a la mujer como infiel y, en consecuencia, deja a ésta desacreditada moralmente frente a su comunidad al haber sido tachada como mala esposa. Disociada de un activo simbólico que le era propio y ante la imposibilidad de reclamar para sí una rectificación pública respecto a los rumores de su honorabilidad, la mujer rápidamente y sin dejar margen de reacción a la familia decide desaparecer. Aquí deseamos enfatizar en los vejámenes públicos como factor desencadenante del suicidio. De allí que adquiera relevancia el componente de honor de los miembros de las comunidades, entendido como un capital socialmente construido y que al ser violentado por una ofensa, en escenarios públicos, la única forma de restauración se encuentra en la muerte. Siendo así, parece ser que el suicidio se significa con mayor cuota de prestigio que la vergüenza.

Referencias bibliográficas

- Abercrombie, Thomas (2006). *Caminos de la memoria y del poder. Etnografía e historia en una comunidad andina*. La Paz: IFEA, IEB, ASDI.
- Alberti, Giorgio y Mayer, Enrique (1974). "Reciprocidad Andina: Ayer y hoy" en Alberti, Giorgio y Mayer, Enrique (comps) *Reciprocidad e intercambio en los Andes peruanos*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Argandoña, Mario; Butrón, Kathia y Vera, Jenny (1990). "El suicidio en Pocona"; Ponencia presentada en OPS-OMS V Jornadas Nacionales de Psiquiatría Memoria Sociedad Boliviana de Psiquiatría Sucre, 1 al 3 de agosto.
- Arias, Eliezer y Blanco, Iraida (2010). "Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas en América Latina" en *Estudios Sociológicos de el Colegio de México*, Vol.XXVIII, N° 82, enero-abril.

- Carbonell, Eluseu (2007). "Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión transdisciplinar" en *Gazeta de Antropología* (Universidad de Québec) 23 (1): 11-16.
- Castillo, Juan Diego (2005). "El suicidio, puntos de vista desde el psicoanálisis" en Universidad de Guanajuato (comps.) *Ensayos sobre Suicidio y Eutanasia en el mundo contemporáneo*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Chávez, Ana María (2005). "Suicidio: La incertidumbre actual de su sentido" en Universidad de Guanajuato (comps.) *Ensayos sobre Suicidio y Eutanasia en el mundo contemporáneo*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Chávez de Sánchez, María Isabel (2005). "Que no se culpe a nadie de mi muerte. Suicidio, Culpa y Familia" en Universidad de Guanajuato (comps.) *Ensayos sobre Suicidio y Eutanasia en el mundo contemporáneo*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Chen, Joe; Choi, Yung Jeong y Sawada, Yasuyuki (2009). "How is suicide different in Japan" en *Japan and the World Economy* 21: 140-150.
- Cohen, Diana (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Fondo de la Cultura Económica.
- Coutinho Jr., Walter (1995). *Suicidio Indígena no Mato Grosso do Sul*. Brasília: Funai, mimeo.
- Dal Poz, João (2000). "Crônica de uma morte anunciada: suicídio entre os Sorowaha" en *Revista de Antropología* 43-1: 89-144.
- Fonseca, César (1974). "Modalidades de la minka" en Alberti, Giorgio y Mayer, Enrique (comps.) *Reciprocidad e intercambio en los Andes Peruanos*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- González, Catalina; Jiménez, Alberto y Bojorquez, Letza (2005). "Género y suicidio en adolescentes. Constructos entrelazados" en Universidad de Guanajuato (comps.) *Ensayos sobre Suicidio y Eutanasia en el mundo contemporáneo*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Gutierrez, Ramón (1993). *Cuando Jesús llegó, las madres del maíz se fueron. Matrimonio, sexualidad y poder en Nuevo México, 1500-1846*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hollweg, Mario (2003). "Trastornos afectivos en las culturas bolivianas. Un enfoque etnopsiquiátrico transcultural" en *Investigación en salud*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Vol. V, N° 001.
- INEDER-CIPLADE (1981). *Estudio Socioeconómico del Cantón Pocona*. Cochabamba: Instituto de Educación para el Desarrollo Rural y Centro de Investigación para la Planificación y el Desarrollo INEDER.
- INEDER; Magne, Ruth (1986). "Informes de Salud Mental años 1987 y 1988". Mecanografiados, Cochabamba, Bolivia.

- Kmita, Spensy (2006). *"Sansões e Guaxos Suicídio Guarani e Kaiowá - Uma Proposta de Síntese"*, Tesis de Maestría en Antropología Social en la Facultad de Filosofía y Letras y Ciencias Humanas, Universidad de Sao Paulo.
- Lester, D. y Yang, B. (1997). *The economy and suicide*. Commack, N.Y.: Nova Science Publishers.
- López de Abajo Rodríguez, Benito (2005). "Conviviendo con la muerte. Reflexiones de un médico forense rural" en *SEMATA, Ciencias Sociales e Humanidades* Vol. 17.
- Luttmer, E. (2005). "Neighbors as negatives: relative earnings and well-being", en *Quarterly Journal of Economics* 120, 963-1002.
- Macías Valadez, José Mendivil (2005). "La filosofía y el suicidio, un acercamiento" en Universidad de Guanajuato (comps.) *Ensayos sobre Suicidio y Eutanasia en el mundo contemporáneo*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Macías García, Luis Fernando (2005). "La voluntad de morir: Planteamiento del problema" en Universidad de Guanajuato (comps.) *Elección Final. Ensayos sobre Suicidio y Eutanasia en el mundo contemporáneo*. Guanajuato: Universidad de Guanajuato.
- Meihy, José Carlos (1994). "A Morte como Apelo para a Vida: o Suicídio Kaiowá", en Santos, R. y Coimbra J.R., C. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 243-51.
- Mejía, María Emilia (2011). *"La preocupación por el honor en las causas judiciales seguidas por adulterio en la Nueva Granada entre 1760 y 1837"*, Monografía para la Licenciatura en Historia en la Escuela de Ciencias Humanas, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario.
- Malengreau, J. (1974). "Comuneros y empresarios en el intercambio" en G. Alberti y E. Mayer (comps.). *Reciprocidad e intercambio en los Andes Peruanos*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Meihy, José Carlos (1994). "A Morte como Apelo para a Vida: o Suicídio Kaiowá", en Santos, R. y Coimbra J.R., C. (orgs.). *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 243-51.
- Meng, Liu (2002). "Rebellion and revenge: the meaning of suicide of women in rural China" en *International Journal of Social Welfare*, N° 11.
- Montaño, Gary; Muñoz, Diego; Zapata, Vicente y Pedregal, Miguel Angel (2007). *Innovación tecnológica para los pequeños productores. Lecciones aprendidas del Programa FIT (Facilitando la Innovación Tecnológica)*. La Paz: Plural editores.
- Oposo, Cristian (2011). "El Infierno Pehuenche" The Clinic online 16 de junio de 2011. Recuperado en: <http://www.theclinic.cl/2011/06/16/el-infierno-pehuenche/>
- Quitón, José y de Quitón, Cristian (1982). "Estudio del Crédito al Pequeño Agricultor". Cochabamba, CIPLADE-Centro de Investigaciones para Planificación y Desarrollo.
- Regalsky, P. (2004). "Cambios sociales: microriego y el sentido de la vida de las mujeres en Pocona" en Pozo, M. & Laurie (2006) *Las displicencias de Género en los cruces del siglo pasado al nuevo Milenio en los Andes*. Cochabamba: CESU.

- Traphagan, John (2004). *The Practice of Concern: Ritual, Well-Being, and Aging in Rural Japan*. Durham: Carolina Academic Press.
- Shiva, Vandana (1995). *Abrazar la vida: Mujer, Ecología y Desarrollo*. Madrid: Editorial Horas y Horas.
- Stack, S. (1997). "Homicide followed by suicide: An analysis of Chicago data" en *Criminology*, 35, 435-454.
- Vandana, Shiva (2011). Discurso de Vandana Shiva al recibir el Premio Sydney por la Paz "Es hora de parar la guerra contra la Tierra" <http://www.rebellion.org/noticia.php?id=140258>.
- van Kessel, Juan (1978-1979). "Muerte y ritual mortuorio entre los aimaras" en *Norte Grande*. Instituto de Geografía Universidad Católica de Chile, N° 6.
- Yip, P.S., Liu, K.Y., Law, C.K., & Law, Y.W. (2005). "Social and economic burden of suicides in Hong Kong SAR" en *Journal of Crisis Intervention and Suicides Prevention*, 26, 156-159.
- Zhang, J. y Jin, S. (1998). "The effects of physical and psychological well-being on suicide ideation" en *Journal of Clinical Psychology*, 54, 401-413.

CAPÍTULO 10.

CIBERSUICIDIO: UN NUEVO ESCENARIO DEL SUICIDIO

Claudia Baros Agurto

Introducción

Cuando nos vemos enfrentados a la palabra suicidio, es inevitable sentirnos interpelados emocionalmente, algo en nosotros se remece, no nos deja indiferentes; pero se nos olvida que existe pues suponemos que los casos de suicidios son excepciones. No obstante, es un fenómeno cotidiano; más de lo que suponemos, probablemente.

En Chile, mientras nos hemos acostumbrado a ver noticias de defunciones por accidentes de tránsito, el suicidio queda invisibilizado a pesar que las cifras hablan que son dos causas de muerte que cobran similar número de víctimas. Según la Comisión Nacional de Seguridad de Tránsito, el 2015 hubo 1.646 fallecidos en siniestros de tránsito. Los datos de la Jefatura Nacional de Delitos contra Derechos Humanos y las Personas¹, el 2015 hubo 1.317 suicidios; para el mismo año, según el Servicio Médico Legal², faltando Concepción y Valparaíso, hubo 1.481 suicidios. Según el último Anuario de Estadísticas Vitales (2013), para dicho año hubo 1.738 suicidios³.

A nivel mundial, casi un millón de personas mueren al año por esta causa, lo que supone una tasa de mortalidad de 16 por cada 100.000 habitantes. Esto equivale a que cada 40 segundos una persona se suicida; otras 10 a 20 lo intentan por cada muerte. De 29 países de América, estamos en el séptimo lugar de mayor tasa de suicidios de la región (OMS, 2012).

¹ Aportados por la PDI bajo la ley de transparencia para el presente grupo de estudio.

² Ídem.

³ 1.415 de ellas por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación.

Cuando nos vemos enfrentados a la palabra internet, probablemente nos surja familiaridad y comprensión del peso que tiene en la definición y construcción del mundo actual: nuestros celulares y televisores están conectados a internet, nuestros trabajos dependen del uso de internet, sabemos de quienes queremos por internet, este artículo ha llegado a sus manos por internet, etcétera.

El nuevo escenario, que define la época actual, está simbolizado e instrumentalizado por las tecnologías de la información. Las tecnologías de la información, en específico internet, siguiendo a Clay Shirky (2009), es el “gran medio de comunicación” en tanto reúne a todos los medios de comunicación anteriores en el tiempo (imprenta, teléfono, fotografía, radio y televisión), es el único medio que permite una comunicación multidireccional (que por ello es ampliamente participativa), y permite que los mismos consumidores puedan ser productores de comunicación (se co-construye). Así, internet se configura como un espacio donde todo se vuelve posible: investigar, conocer, compartir e intercambiar son algunas de las opciones; miles de abanicos posibles para miles de necesidades o motivaciones distintas. En la “Sexta Encuesta sobre Acceso, Usos y Usuarios de Internet en Chile” (2015), las principales razones para el uso de internet son “Permite tener más acceso a información” (92,3%), “Permite comunicarse con otras personas” (89,4%) y “Apoyo a la educación propia o de hijos / nietos / parientes” (73,6%).

Las dos razones principales que fundamentan el uso de internet, es decir, acceso a información y comunicación con otras personas, son precisamente las que son de interés para el presente artículo, en tanto son formas de acercarse al suicidio. Dentro de la última década internet es un escenario donde el suicidio se despliega día a día. Me refiero al cibersuicidio, que es la influencia de internet en la conducta suicida.

El cibersuicidio reviste importancia en tanto, como fenómeno emergente, carece de una adecuada legislación y/o prevención. Entendiendo que internet tiene una influencia en la conducta suicida, debemos comprender que internet también debe ser un espacio que permita su prevención, generándose una dinámica de autorregulación entre libertad de expresión e intervención.

¿Qué es el ciber-suicidio?

Concretamente, el ciber-suicidio es “la influencia de la información sobre suicidio aparecida en Internet en la incidencia de los suicidios en quienes navegan en la red de redes. Se pueden encontrar juegos suicidas, chistes suicidas y música para suicidas (...) para aquellos que quieren discutir las opciones suicidas y para los que consideran el suicidio como una posibilidad abierta a todos. Se describen los métodos suicidas, desde los más conocidos y eficaces hasta los más frívolos, llegando a más de cuarenta. Pueden aparecer notas suicidas y anuncios incitando al suicidio” (Pérez & García, 2008, p. 37).

En los buscadores de internet se encuentra una amplia cantidad de páginas (foros, chats, redes sociales, blogs) que enseñan cómo suicidarse, adjetivadas por atributos que más “acomodan” al visitante, como las maneras “sin dolor” o las “más rápidas”. Por ejemplo, en ellas se sugiere tener el estómago vacío si se ingiere medicamentos, se señala la dirección correcta para cortarse las venas o el mejor elemento para sofocarse. Las maneras de suicidarse son muchas, pero lo que destaca y resulta escalofriante es el nivel de precisión y detalles en el método, cual si fuera una receta de cocina.

Estas páginas son más de 100.000 y se ha descubierto que los foros son los sitios con mayor influencia en el aumento de ideación suicida (Dunlop, More y Romer, 2010). Quienes contribuyen en estos sitios, participan por la necesidad de identificación, comprensión y pertenencia (Baker & Fortune, 2008).

Lo más peligroso de estas páginas es que entregan información respecto a cómo conseguir los medios para cometer el suicidio, por ejemplo, se detalla cómo conseguir medicamentos eutanásicos intravenosos de manera ilegal. Y ya se sabe que la disponibilidad de medios letales para atentar contra la propia vida constituye un riesgo importante de comportamiento suicida del mismo modo que determina la letalidad de una tentativa de suicidio (Minsal, 2013). Por lo demás, lógicamente, la influencia de estas páginas es mayor si en ellas se alienta a llevar a cabo un suicidio. La mitad de las páginas que enseñan a suicidarse, a la vez alientan a quitarse la vida (Sánchez, 2008). Los tres sitios más visitados mundialmente, son pro suicidas (Dunlop et al, 2010).

Otras modalidades del ciber-suicidio son los pactos suicidas o *net-suicides*, es decir, personas que no se conocen que se reúnen con la

finalidad de suicidarse en conjunto, siendo una tendencia con mayor auge en Japón, aunque también muy presente en Estados Unidos y Europa, principalmente en Inglaterra; los relatos de suicidios en tiempo real por *blogs* y redes sociales principalmente *Facebook*; y los suicidios por streaming como por *Periscope* y *Facebook Live*.

En el caso de los pactos suicidas, la influencia al suicidio es evidente: no hay suicidio sin pacto. No obstante, tanto los pactos como los relatos y los suicidios por *streaming*, generan un efecto imitativo a través del contagio cuando se trata del suicidio de alguien que se considera cercano (Dunlop et al, 2010), y por el “Efecto Werther”⁴, es decir, el efecto imitativo de la conducta suicida a través de los medios de comunicación⁵. Por lo demás, influyen porque enseñan cómo llevar a cabo el suicidio por aprendizaje directo (Dunlop et al., 2010).

La modalidad más violenta de ciber-suicidio es el suicidio por *streaming*, en tanto “Igual que petrifica la visión de Medusa, los ojos del suicida en el momento de morir nos congelarían el alma de tal modo que no podríamos sostenerle la mirada. En ellos se confunde la desesperación terminal con el reproche a un mundo que le ha vencido y, como único recurso, devuelve la agresión extendiéndola a los demás a través de su propio cuerpo (...) Y en la incapacidad para replicar con la que nos deja el suicida radica la clave de la potencia de su acto... La violencia dirigida hacia los demás es tan fuerte como la infligida sobre sí mismo” (Pérez, 2011: 15).

Estatus del ciber-suicidio

El ciber-suicidio “se trata (...) de una situación que requiere intervención legal y policial, ya que no se estaría únicamente frente a la decisión de una persona de atentar contra su propia vida, sino también ante la influencia que muchas de las *webs* tienen en algunos de sus usuarios,

⁴ Se le conoce como efecto Werther en honor al personaje de la obra de Johann Wolfgang Von Goethe. El protagonista se viste con un chaleco amarillo, un abrigo azul y unas botas, se sienta en su escritorio con un libro abierto y se dispara. Tras la publicación de esta obra muchos jóvenes se vistieron del mismo modo, se sentaron en un escritorio con un libro abierto y se dispararon. Esto condujo a la prohibición de la obra en varios países.

⁵ Los casos de suicidios de personajes populares tienen más probabilidades de inducir suicidio que el resto. Por ejemplo, durante el mes posterior a la muerte de Marilyn Monroe el número de suicidios en Estados Unidos aumentó en un 12% y, después de la muerte de Kurt Cobain, los suicidios adolescentes aumentaron (junto a notas que hacían referencia al artista).

incitándoles o ayudándoles de algún modo a cometer tal acción, lo cual sí que se consideraría un delito en muchos países” (Paredes, 2014, p. 6).

Desde nuestra legislación, en el código penal chileno se sanciona en el artículo 393 al que con conocimiento de causa prestare auxilio a otro para que se suicide, sufriendo la pena de presidio menor en sus grados medio a máximo, si se efectúa la muerte. Al no haber más especificidad en el artículo, se vuelca complejo sostener que las modalidades de ciber-suicidio prestan auxilio.

Al momento de escribir este artículo, el Gobierno orientado a regular el ciberespacio se encuentra desarrollando la Política Nacional de Ciberseguridad a cargo del Comité Interministerial de Ciberseguridad. En calidad de invitado permanente, el comité está integrado por representantes de las subsecretarías de Interior, Defensa, Relaciones Exteriores, Justicia, Secretaria General de la Presidencia, Telecomunicaciones, Economía y Hacienda. Su fase de consulta terminó en marzo del presente año 2016, con participación ciudadana.

La Política Nacional de Ciberseguridad tiene como principal objetivo resguardar la imagen, dignidad y honor de las personas; combatir la propagación de material que transgreda la intimidad; y perseguir de manera implacable delitos de pornografía infantil. También advertir los riesgos de delitos digitales que puedan afectar gravemente la seguridad pública, los derechos fundamentales y, comprometer la seguridad externa del país mediante el espionaje y ciberataques. El Ciber-suicidio no está incluido.

En cuanto a nuestra Policía de investigaciones (PDI) y su departamento de Ciberdelitos, el trabajo está orientado a tres áreas⁶: delitos contra menores en internet que atentan contra la seguridad e indemnidad sexual de ellos en la red; delitos computacionales que afectan la seguridad y patrimonio de los adultos; y la investigación forense-informática que se preocupa de figuras contempladas en la Ley sobre Delitos Informáticos y apoya en la búsqueda de evidencias que pueden ser utilizadas como pruebas en el proceso penal. Así, la brigada de Ciberdelitos no está orientada al ciber-suicidio y, por lo mismo, no hay datos oficiales respecto a este fenómeno en nuestro país.

⁶ Según su web: <http://www.pdichile.cl/jenadec/ciberdelitos/index.htm>

Nuestra carencia de legislación sobre el Cibersuicidio es similar a nivel mundial, ya que hay pocos países que han legislado al respecto, por ejemplo Australia, que criminalizó este tipo de páginas en el año 2006, o Japón y Corea que decidieron bloquearlas (Arroyo & Bertomeu, 2012). Esta ausencia radicaría en que “en general, el aparato legal pocas veces evoluciona a la velocidad con que se (...) renuevan los avances tecnológicos” (Dorantes, Tovilla y Trujano, 2009, p. 2)⁷ y en que internet se define desde la libertad.

Internet está erigido sobre valores libertarios. Siguiendo a Castells (2001), ello se debe a que internet fue diseñado como una tecnología abierta, de libre uso, con la intención deliberada de favorecer la libre comunicación global; compuesta y apropiada por individuos y comunidades que buscaban valores alternativos de carácter libertario y no económico (libertad para innovar en tecnologías informáticas, para compartirlas y colaborar, para tener acceso a la red, libertad de contenidos, etc.). En mayor parte, este espíritu libertario estaría dado por la cultura *hacker*⁸, quienes han diseñado los protocolos de internet, el módem, el correo electrónico, e incluso *softwares* masivos y recomendados por los Estados, por ejemplo Chile, como *Linux* en honor a su creador Linux Torvalds.

Hoy, internet se erige desde la libertad de expresión, estando las políticas mundiales orientadas a ello. Según la OEA (n.d.), los estados deberían tener presente la naturaleza abierta y dispersa de internet, así como la necesidad de proteger los derechos humanos. El artículo 19 de la Declaración Universal de Derechos Humanos señala que “Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión”. Así, en los países democráticos, internet se consolida como un instrumento

⁷ Es interesante ver que la lentitud del aparato legal en adaptarse a Internet también se puede encontrar en otros ámbitos. Así, por ejemplo, el DSM V, el manual más utilizado para el diagnóstico de desórdenes mentales, editado por la Asociación Americana de Psiquiatría, tampoco incluye a Internet en los trastornos mentales, incluyendo a este escenario sólo dentro de la adicción al juego. Es más, y relacionado al tema en cuestión, ni siquiera el suicidio compone un cuadro dentro de los trastornos mentales, sino que más bien es un efecto de los trastornos.

⁸ Cabe destacar que la asociación de *hackers* a quienes roban por Internet, boicotean páginas, desafían a poderes establecidos, etc., es errónea. Éstos reciben el nombre de *crackers*.

esencial de expresión, información y comunicación horizontal entre los ciudadanos y recibe la protección constitucional y judicial de las libertades (Castells, 2001).

En Chile, Derechos Digitales, la principal ONG que lucha por el desarrollo, la defensa y promoción de los derechos humanos en el entorno digital, organiza su trabajo en tres ejes, siendo uno de ellos la libertad de expresión.

Prevención del suicidio en internet

En el panorama descrito y entendiendo que aunque internet es una arquitectura de libertad, es también un instrumento de control en tanto sus usuarios pueden ser vigilados (Castells, 2001), las plataformas digitales se han tenido que autorregular: internet regulándose a sí misma.

En algunos países⁹, Google tiene un ícono con el teléfono de la Línea Nacional de Prevención del Suicidio (con atención urgente, gratuita y anónima) que aparece cuando el usuario escribe suicidio. *Facebook*¹⁰ cuenta con una herramienta para evitar suicidios en Canadá y Estados Unidos, donde quien perciba en un usuario un intento de suicidio, puede informarlo haciendo clic en una opción de informar el contenido suicida. Tras la denuncia, *Facebook* envía un correo electrónico al usuario denunciado con el comportamiento extraño, con un enlace directo para un chat online privado con un representante de la *National Suicide Prevention*. En conjunto, se le manda un correo al denunciante diciendo que ya se está actuando y que su denuncia es anónima¹¹.

En esta misma línea, hay un proyecto *crowdfunding* del Grupo de procesamiento del lenguaje natural y sistemas de información la

⁹ En Australia, Bélgica, Francia, Alemania, Hungría, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido.

¹⁰ Facebook tiene 1.650 millones de usuarios en el mundo, superando a Twitter e Instagram. Más información en <http://money.cnn.com/2016/04/27/technology/facebook-earnings/>

¹¹ Entendiendo que el bullying se relaciona con el suicidio, Facebook también ha tomado medidas contra el Ciberbullying. Por ejemplo, Facebook España, en conjunto con organizaciones como la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Bisexuales y Transexuales, Colegas y Fundación Triángulo publicaron la guía virtual "Acaba con el acoso al colectivo LGTB. Sé respetuoso en Internet". Entre distintos aspectos, la guía incita a denunciar el acoso, señalando que cuando Facebook recibe una denuncia, un equipo global la revisa y elimina el contenido.

Universidad de Alicante, que quiere rastrear diferentes plataformas sociales como redes sociales, blogs y foros buscando emociones y sentimientos negativos similares a notas de acoso y suicidio, y así, por medio de una *web*, alertar a organizaciones de prevención de suicidio para que intenten evitarlos. El proyecto se llama *Life!*¹².

La última tendencia de prevención en crisis por internet, está orientada a generar alrededor del paciente suicida un ambiente inteligente y a otorgarle terapia a través del *smartphone*. Un ejemplo de ello es la aplicación Asistencia @Psy en Canada, creada el 2012, que permite al paciente comunicarse con su terapeuta si es necesario. Ante la ideación suicida, evalúa las señales de alarma y el nivel de seguridad del entorno de la persona, y luego propone adecuadas estrategias de afrontamiento. Si el nivel de angustia del paciente demanda asistencia rápida, la aplicación está programada para hacer una llamada simultánea a 5 individuos predeterminados (redes de contención) y geolocaliza al suicida y los centros de salud más cercanos a él.

En Chile, el Programa Nacional de Prevención del Suicidio (MINSAL, 2013) tiene como objetivo incluir acciones orientadas a restringir el acceso a medios letales, valorización de la búsqueda de ayuda, fortalecer las capacidades organizativas y de autoayuda de la comunidad, y potenciar en la conciencia pública la noción que el suicidio es prevenible. Como acción concreta, implica el desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis en cada región, a través de una *web* y línea telefónica. Se sugiere un enlace con salud responde, que tiene como rol orientar telefónicamente con respecto a las medidas básicas y principales a tomar frente a una situación de salud, las 24 horas, los 7 días de la semana. Al entrar en su *web*¹³, no hay información respecto al suicidio en particular, es más, el buscador de la *web* no arroja resultados al escribir "suicidio". Además, se informa que hay un Departamento de Salud Mental dentro de la División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), pero no hay información respecto a una vía de contacto.

Cuando el objetivo es la prevención y no sólo la atención en situaciones de crisis, es necesario definir a quienes nos dirigimos. En el caso del Cibersuicidio, se sabe que los sitios que enseñan cómo suicidarse gatillan conductas suicidas especialmente en jóvenes porque ellos son

¹² Visitar <https://gplsi.dlsi.ua.es/gplsi13/es/node/245>

¹³ <http://www.minsal.cl/salud-responde/>

los principales usuarios de internet (Arrollo & Bertomeu, 2012). En Chile los mayores usuarios están entre los 5 y 49 años, siendo los principales los de 15 a 19 años, luego los de 10 a 14 y, posteriormente, los de 20 a 24 años¹⁴ (Núñez & Stäger, 2015).

A nivel mundial, en personas entre 15 y 44 años el suicidio es una de las tres primeras causas de defunción, y es la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años. Se estima que del total de suicidios consumados anualmente 250.000 corresponden a menores de 25 años (OMS, 2012).

Chile duplica la tasa de mortalidad juvenil por suicidio de Latinoamérica y el Caribe. Para el año 2020 se espera que la tasa de suicidios en adolescentes de 10 a 19 años llegue a 12 por cada 100.000 habitantes (Silva, 2013, citado por Barros, Echávarri, Fichman, Maino y Morales, 2015). Debido a esta situación, el MINSAL (2013) se ha propuesto para el 2020 disminuir en un 15% la tasa proyectada de suicidio en las personas de 10 a 19 años, lo que significa llegar a un 10,2 por 100.000 adolescentes.

La probabilidad de cometer suicidio aumenta al “sufrir acontecimientos que conducen al estigma, a la humillación o a la vergüenza (...) particularmente relevante en adolescentes víctimas de situaciones de abuso y violencia en el entorno escolar” (Tapia, Vohringer & Ornstein, 2010, citados por Barros et al, 2015, p. 7). Así, el *bullying*—directo o en el ciberespacio— se constituye como un factor clave en la conducta suicida de la población más joven. Es por ello que la tendencia es prevenir el *bullying* y suicidio adolescente desde un enfoque de “Educación para la salud”, es decir, comprendiendo que la salud depende del entorno social y cultural dentro del cual vivimos, y que la gente se debe capacitar para cambiar estas condiciones (UNESCO, 1997).

El Programa Nacional de Prevención del Suicidio, consciente de lo anterior, incluye como acción incorporar programas preventivos en los establecimientos educacionales, definiéndolo como de alta prioridad. Incluye actividades e intervenciones que apunten a el fortalecimiento de la salud mental de los docentes y los otros miembros del equipo institucional; fortalecimiento de la autoestima de los estudiantes; promoción de la expresión de emociones; prevención de la intimidación

¹⁴ Dentro del rango, en orden decreciente, se ubican a continuación: 30 a 34, 5 a 9, 35 a 39, 40 a 44 y 45 a 49 años.

o violencia en el centro educativo. También incluye programas preventivos dirigidos a docentes, paradocentes, padres y apoderados para detectar e intervenir los factores de riesgo o con jóvenes en riesgo, así como capacitación respecto a protocolos para actuar ante casos de intento o de suicidio en la comunidad escolar.

En cuanto a campañas de prevención del *bullying*, Chile ha tenido algunas, pero ellas no hablan de suicidio. Por ejemplo, Carabineros de Chile (2010) hizo una campaña¹⁵ para que niños víctimas de *bullying* pidieran ayuda al 147 fono niños, con apoyo del SENAME y VTR (empresa de telecomunicaciones que entrega el servicio de internet); y el MINEDUC (2011) hizo una campaña para promover la página www.convivenciaescolar.cl¹⁶, la cual tiene una gran cantidad de manuales para prevenir y manejar el *bullying* en el aula, incluyendo la Ley Sobre Violencia Escolar.

En relación a campañas nacionales para prevenir suicidio, el 2009 la PDI hizo una campaña con charlas preventivas, repartición de volantes y afiches a nivel nacional¹⁷. El 2013 hizo la campaña “Hablemos del suicidio. En serio”, que tuvo sólo 3.484 visualizaciones¹⁸. Esta cifra está muy por debajo de lo esperable. Por ejemplo, el video de la canción “Los adolescentes” de la banda chilena Denver, tiene 2.371.201 de visualizaciones¹⁹; la canción “Prenderemos fuego al cielo” de la chilena Francisca Valenzuela, tiene 3.036.520 visualizaciones²⁰. Actualmente la PDI sólo entrega en su web información respecto a la prevención²¹, en no más de una carilla.

Las últimas campañas del Ministerio de Salud²² realizadas este año son “Súmate a la donación de órganos”, “Vivamos como vivamos #SiempreCondón”, “Nuestro Norte Sin Mosquito” e “Infórmate del Zika, Dengue y Chikungunya”. En la web no hay campañas disponibles sobre el suicidio a enero de 2017.

¹⁵ Visitar <https://www.youtube.com/watch?v=p4v8vADDLFO>

¹⁶ Visitar <https://www.youtube.com/watch?v=ezN6n5y1VCo>

¹⁷ Visitar http://www.latercera.com/contenido/680_179839_9.shtml

¹⁸ Al 23 de Julio del 2016

¹⁹ Ídem.

²⁰ Ídem.

²¹ SOS Campaña de prevención del suicidio”. Más información en http://www.policia.cl/paginas/prevencion/evita_suicidio/evita_suicidio.htm

²² www.minsal.cl

En cuanto a campañas específicas de prevención de suicidio adolescente, la fundación Todo Mejora el 2013 realizó “Cuando no los dejas solos, todo mejora” para prevenir el suicidio en niños y adolescentes homosexuales acosados (4 veces más propensos al suicidio). Actualmente no hay campañas chilenas para prevenir el suicidio adolescente.

Para finalizar, cabe destacar una campaña para prevenir el suicidio adolescente realizada en Estados Unidos por la Clínica Mayo (2013), a través de dos videos: “Intenta comunicarte: prevenir el suicidio en el adolescente”²³, que consiste en un video musical que motiva a los adolescentes a hablar con una persona adulta en busca de ayuda y apoyo; y “Prevención del Suicidio en el Adolescente”²⁴, donde unos jóvenes describen los signos comunes del adolescente que podría estar considerando suicidarse y ofrece sugerencias respecto a cómo pueden hablar los padres con sus hijos, por ejemplo, preguntar de forma directa “¿estás pensando en suicidarte?” y si la respuesta es afirmativa, decir “lamento mucho que te sientas tan mal”, “¿cómo puedo ayudarte?”, “juntos saldremos de esto”, “yo te voy a proteger”. Las ayudas que debe entregar el padre son enseñadas paso a paso y con un lenguaje claro que interpela y expresa la seriedad con la que se debe actuar, por ejemplo, se anima a confeccionar una lista de adultos que pueden prestar auxilio, a retirar del hogar cualquier medio letal y a no dejar solo al adolescente en ningún momento. Finalizó con esta campaña porque quiero resaltar que manejar información para la prevención del suicidio hace la diferencia en la vida de una persona: de un vecino, un adolescente o nuestro hijo. Si todos conocemos cómo prevenir, todos tenemos el potencial de convertirnos en agentes protectores.

²³ Visitar <https://www.youtube.com/watch?v=T1eBxeOxFyE>

²⁴ Visitar https://www.youtube.com/watch?v=p5LLf_8WgM8

Conclusiones y sugerencias

“El grado de desconocimiento público sobre el suicidio es sólo comparable a la importancia de la cuestión. Un millón de suicidios al año (...) El verdadero tabú en el que debemos reparar reside en la férrea ley del silencio que la sociedad se ha impuesto a sí misma, el pacto colectivo para mirar hacia otro lado, investido de respeto o de desprecio, pero que en definitiva esquiva la mirada del suicida” (Pérez, 2011: 11-14).

El suicidio es desconocido, invisibilizado. El ciber-suicidio aún más.

El ciber-suicidio tiene mayor influencia en personas entre 10 y 19 años²⁵. Entendiendo que el suicidio está en internet (ciber-suicidio), que el foco en la salud pública es prevenir, que las plataformas e iniciativas digitales están incipientemente adaptándose para prevenir, y que el Plan Nacional de Prevención del Suicidio busca prevenir en los medios de comunicación; resulta coherente e imperativo prevenir en internet.

De lo que se ha hecho hasta el momento, me parece necesario tener en Chile las herramientas preventivas de Google y *Facebook*. Además, el MINSAL o una ONG de prevención del suicidio, por ejemplo, pueden generar una alianza con Google Chile para ser el primer resultado que aparezca en las búsquedas de palabras claves relacionadas a la ideación suicida (por ejemplo, “me quiero matar”, “¿cómo matarme?”, “¿cómo suicidarme?”) y así brindar una ayuda oportuna.

Me parece pertinente continuar trabajando con un enfoque de educación para la salud. Esto es relevante en tanto un factor protector del suicidio es contar con la disponibilidad de personas significativas: “Las personas que viven solas tienen índices de suicidio mayores que las que están acompañadas (...) Cabe pues pensar que aquellas personas a las que amamos son una cierta “atadura” a esta vida y que, en general, los suicidas suelen ser aquellos que se sienten muy solos en este mundo” (Corpas, 2011: 5).

En este sentido, es primordial entender que la principal prevención del suicidio en los más jóvenes, es tener adultos capacitados para

²⁵ En Chile, para el año 2020 se espera que la tasa de suicidios en adolescentes de 10 a 19 años llegue a 12 por cada 100.000 habitantes.

enfrentarse a él. Para lograrlo, hay que ir más allá de las páginas que ayudan a contactarse con una persona que pueda detener un suicidio: también se debe apuntar a crear plataformas que permitan que todos –quienes queramos– podamos entender las señales y prestar auxilio; padres, docentes, hermanos, vecinos, amigos, etcétera.

En cuanto a los profesionales de la salud mental, éstos debiesen preguntarles a sus pacientes sobre sus usos, comportamientos e intenciones en internet. Un adolescente con tendencia al suicidio estaría especialmente en riesgo en internet (Harms, Noble y Recupero, 2008). Idealmente, en pacientes, podrían instar al uso de una aplicación similar a Asistencia @Psy, quedando esta aplicación sujeta a ser desarrollada por algún organismo en nuestro país. Recordemos que esta aplicación implica a la comunidad del paciente (terapeuta, amigos, familiares y educadores), logrando que todos puedan generar contención y orientación.

La prevención con los padres de adolescentes me parece ser una vía urgente de trabajar. Se sabe claramente a qué plataformas digitales acceden los padres de los adolescentes²⁶, por lo que es posible contactarlos para enviarles información preventiva: emails; frases y menciones en las radios de adultos contemporáneos como Futuro y Play; banners y apoyo editorial en periódicos digitales como Emol y Latercera.com; y contenidos patrocinados en Facebook, por ejemplo.

Por ser complementarios y para generar mayor alcance, parece fundamental también generar una campaña de comunicación estratégica que posicione el tema en la agenda pública a través de los medios de comunicación tradicionales.

Dado que hay una baja producción académica y empírica respecto a cómo el ciberespacio influencia nuestras vidas (Castells, 2001), para prevenir el cibersuicidio, se hace preponderante investigar los discursos que se producen donde se despliega, y así lograr generar estrategias de prevención coherentes y que identifiquen. El abordaje óptimo que se propone es la etnografía virtual, en tanto en ella se observa cómo las prácticas sociales en línea son significativas para la gente, a través no sólo de los comportamientos, sino que también desde los discursos (Heredia, 2005).

²⁶ Padres que están dentro del rango de los mayores usuarios de internet, es decir, hasta los 49 años (Núñez & Stäger, 2015).

Por último, entendiendo que en su caso extremo la anorexia y la bulimia son formas de suicidio, y que en el ciberespacio, de manera similar al ciber-suicidio, hay sitios pro bulimia²⁷ y anorexia²⁸ que entregan y discuten métodos, con largas listas de calorías, y en muchos de ellos se sabe de muertes, sugiero ampliar las investigaciones a este terreno.

Referencias bibliográficas

- Anuario de estadísticas vitales 2013 (2015). Consultado el 13 de julio de 2016, Instituto nacional de estadísticas: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/calendario_de_publicaciones/pdf/completa_vitales_2013.pdf
- Arroyo, A. & Bertomeu, A. (2012). Métodos suicidas e Internet. *Revista Española de Medicina Legal*, 38(4), 143-148. Consultada el 10 de julio de 2016, <http://zl.elsevier.es/es/revista/revista-espanolamedicina-legal-285/articulo/metodos-suicidas-e-internet-90167635>
- Baker, D. & Fortune, S. (2008). Understanding self-harm and suicide websites: A qualitative interview study of young adult website users. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 29(3), 118-122. Consultada el 27 de julio de 2016, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18714907>
- Barros, J., Echávarri, O., Fichman, R., Maino, M. y Morales, S. (2005, Junio). Aumento sostenido del suicidio en Chile: un tema pendiente. Centro de Políticas Públicas UC, 10(79). Consultada el 13 de julio de 2016, <http://politicaspUBLICAS.uc.cl/wp-content/uploads/2015/07/N%C2%B0-79-Aumento-sostenido-del-suicidio-en-Chile.pdf>
- Bermeo, A. (2012, diciembre). Herramienta de prevención del suicidio en Google y Facebook. Consultada el 7 de julio de 2016, de <http://medioambienteyperiodismo.blogspot.cl/2012/12/herramienta-de-prevencion-del-suicidio.html>
- Castells, M. (2001). Internet, libertad y sociedad: una perspectiva analítica. Consultado el 11 de julio de 2016, Universitat Oberta de Catalunya: http://www.uoc.edu/web/esp/launiversidad/inaugural01/intro_conc.html
- Corpas, J. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*, 2011, 27 (2). Consultada el 7 de julio, http://www.ugr.es/~pwlac/G27_33JoseManuel_Corpas_Nogales.pdf
- Dorantes, J., Tovilla, V. y Trujano, P. (2009). Violencia en Internet: nuevas víctimas, nuevos retos. *LIBERABIT*, 15(1), 7-19. Consultada en 16 de julio de 2016, http://revistaliberabit.com/es/wpcontent/uploads/2013/revistas/liberabit15_1/1trujano.pdf

²⁷ Se le llama Promia.

²⁸ Se le llama Proana.

- Dunlop, S., More, E. y Romer, D. (2010). Where do youth learn about suicides on the internet, and what influence does this have on suicidal ideation?. Consultado el 6 de julio de 2016, Annenber Public Policy Center. University of Pennsylvania: <http://www.annenbergpublicpolicycenter.org/wp-content/uploads/Where-do-youth-learn-about-suicide.pdf>
- Educación para la salud. Promoción y educación para la salud (1997). Consultado el 8 de julio de 2016, Unesco, http://www.unesco.org/education/ue/confintea/pdf/6b_span.pdf
- Evolución de siniestros de tránsito Chile 1972-2015 (2016). Consultado el 29 de julio de 2016, Comisión nacional de seguridad de tránsito, <http://www.conaset.cl/estadisticas-generales/>
- Fullerton, C., Retamal, P. y Salinas, P. (2014). DSM-5 Nueva clasificación de los trastornos mentales. Trastornos del ánimo y DSM-5. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 52(1), 16-21. Consultado el 6 de julio de 2016, http://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf
- Harms, B., Noble, J. y Recupero, P. (2008). Googling Suicide: Surfing for Suicide Information on the Internet (versión electrónica). *The journal of clinical psychiatry*. 69(6), 878-888.
- Heredia, M. (2005, diciembre). Entrar y salir, entrar y mirar, entrar y quedarse. Revista perifèria, Vol. 3. Consultada el 11 de Julio de 2016, <http://revistes.uab.cat/periferia/article/view/vol3-heredia>
- Hernandez-Cervantes, Q. (2009, diciembre). Suicidio adolescente y la Internet. Revista de estudios sobre juventud, 32, 108-121. Consultada el 26 de julio, http://iris.org.mx/publicaciones_files/Hernandez%20Cervantes%202009.pdf
- Libertad de expresión e Internet. Informe preparado por la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la Organización de los Estados Americanos (n.d.). Consultado el 12 de julio de 2016, OEA: www.oas.org/es/cidh/expresion/docs/informes/internet/Internet_%20executive_summary_Spanish_Translation.pdf
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM V (2014). Consultada el 7 de julio de 2016, Centro de documentación de la Fundación Salud Mental España, <http://www.alansaludmental.com/dsm-5/>
- Mehlum, L. (2000). *The Internet, suicide and suicide prevention*. *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(4), 186-188.
- Mishara, B. & Weisstub, D. (2007). Ethical, legal, and practical issues in the control and regulation of suicide promotion and assistance over the Internet. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(1), 58-65. Consultada el 6 de julio de 2016, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1521/suli.2007.37.1.58/pdf>
- Michara, B. & Kerkhof, J. (2013). *Suicide prevention and new technologies. Evidence based practice*. Londres: Prave Macmillan.
- Müller, F. (2011). El Efecto Werther. Gestión de la información del suicidio por la prensa española en el caso de Antonio Flores y su repercusión en los receptores.

Consultado el 7 de julio de 2016, Cuadernos de Gestión de Información: revistas.
um.es/gesinfo/article/download/207541/166191

Nahuelpan, E. & Varas, J. (2008). El suicidio en Chile: Análisis del fenómeno desde los datos médico legales. Consultado el 5 de julio de 2016, de http://suicidioprevention.cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2015/09/SUICIDIO_EN_CHILE_2000-2008.pdf

Orientaciones ley sobre violencia escolar (2012). Consultada el 23 de julio de 2016, MINEDUC: http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210231622380.Orientaciones_Ley_violencia.pdf

Paredes, S. (2014). El ciber-suicidio a través de las tic: un nuevo concepto. Consultado el 7 de julio, Derecho y cambio legal, http://www.derechoycambiosocial.com/revista038/EL_CIBERSUICIDIO_A_TRAVES_DE_LAS_TIC.pdf

Pérez, A. (2005). La Internet: nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevos desafíos en la prevención del suicidio. Revista Electrónica Futuros, 9. Consultada el 10 de julio de 2016, http://www.revistafuturos.info/futuros_9/cibersuicidio_1.htm

Pérez, J.C. (2011). *La mirada del suicida. El enigma y el estigma* (1ra ed.). Madrid: Plaza y Valdés.

Pérez, S. (n.d.). La Internet. Nuevas posibilidades, nuevos problemas y nuevos desafíos en la prevención del suicidio. Consultado el 27 de julio de 2016, World psychiatric association: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/la-internet.pdf

Pérez, S. & García, J. (2008). El suicidio: Manual para la familia y glosario de términos suicidológico. Consultado el 11 de julio de 2016, Universidad Autónoma de Querétaro: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/GlosarioSuicidologico.pdf

Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior (2001). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 40(7). Consultada el 10 de julio de 2016, https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/docs/practice_parameters/suicidal_behavior_practice_parameter.pdf

Prevención del suicidio SUPRE (2012). Consultado el 12 de julio de 2016, OMS: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/

Programa Nacional de Ciberseguridad 2016-2022 (2016). Consultado el 7 de julio de 2016, <http://ciberseguridad.interior.gob.cl/media/2016/02/Borrador-Consulta-P%C3%BAblica-PNCS.pdf>

Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su implementación (2013). Consultado el 13 de julio de 2016, Ministerio de Salud: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Programa_Nacional_Prevencion.pdf

Sanabria, C. (2008). La mirada voyeur: construcción y fenomenología. Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica, 1(119), 163-172. Consultada el 9 de julio de 2016, <http://www.redalyc.org/pdf/153/15312718011.pdf>

- Sánchez, C. (2008). Cavan tumba online. Consultado el 10 de julio de 2016. Periódico El universal (versión impresa), <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/159866.html>
- Sexta Encuesta sobre Acceso, Usos y Usuarios de Internet en Chile (2015). Consultado el 11 de julio de 2016, Subsecretaría de Telecomunicaciones: http://www.subtel.gob.cl/wp-content/uploads/2015/04/Informe_Sexta_Encuesta_de_Accesos_Usos_Usuarios_de_Internet.pdf
- Shirky, C. (2009). *Heres comes everybody* (1ra ed.). Estados Unidos: Penguin book.
- Stäger, M. & Núñez, J. (2015). Uso de Internet en Chile: la otra brecha que nos divide. Consultado el 7 de julio de 2016, Centro de Estudios Digitales, Fundación País Digital: <http://paisdigital.org/wp-content/uploads/2015/07/Brecha-Digital-Internet-Estudio-Pa%C3%ADs-Digital-CASEN.pdf>
- World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals (2016). Consultado el 12 de julio de 2016, OMS: apps.who.int/iris/bitstream/10665/206498/1/9789241565264_eng.pdf

CAPÍTULO 11.

MISIONES SUICIDAS: VIOLENCIA Y MUERTE EN LOS FUNDAMENTALISMOS ISLÁMICOS Y JUDÍOS

Isaac Caro

Introducción

Hoy vivimos en un mundo donde la muerte está presente, no solo de manera accidental o natural, sino también a través de la mano del hombre, mediante atentados, crímenes violentos, y flujos migratorios, estos últimos transformando el Mar Mediterráneo en el más moderno de los cementerios.

Es cierto: siempre estuvo presente. Lo nuevo y original es que hoy se usa la tecnología, la propaganda y un terrorismo que tiene alcance global para atemorizar, amedrentar y asesinar. Antes fueron la hoguera, la guillotina, las pestes, los campos de exterminio. Ahora son los atentados terroristas de la mano del islamismo jihadista más radicalizado.

La muerte es transmitida de manera instantánea por las más importantes cadenas televisivas del mundo. Los jóvenes lanzados al vacío acusados de ser homosexuales por el Estado Islámico; los “infieles” que son brutalmente degollados; las acciones terroristas en París, Beirut, Túnez, son imágenes instantáneas de muerte.

Y cuán presente sigue la muerte en el legendario enfrentamiento israelí-palestino. Recordemos cómo se originó el conflicto de Gaza en julio de 2014: tres jóvenes israelíes fueron asesinados por extremistas palestinos y como venganza extremistas judíos mataron a un joven palestino.

Hoy vemos cómo la ola de violencia y muerte sigue gestándose en Israel y especialmente en Jerusalén, lugar sagrado para las tres religiones monoteístas. En estas acciones, hay por cierto un componente religioso, de fanatismo, odio y muerte, además de muchos otros elementos. Veamos cómo opera la muerte y la violencia en los fundamentalismos islámicos y judíos

Violencia y muerte en el islamismo radical

A diferencia del islamismo sunnita, fragmentado en tendencias rivales, el islamismo chiíta permanece integrado, lo que se debe en parte al status histórico del chiísmo como forma minoritaria del islam (10 a 15% de los musulmanes). El islamismo chiíta se opone a una lectura literal de las escrituras, insistiendo en el ejercicio de interpretación.

Algunos ejemplos del islamismo chiíta están dados por: a) Komeinismo en Irán; b) movimiento Hezbolá; c) grupos en Irak. El movimiento Hezbolá, con base en el Líbano, ha sido ejemplo de misiones suicidas y participación en ataques terroristas. Se forma en 1982 en el contexto de la guerra en el Líbano. Al año siguiente se atribuye un ataque suicida en Beirut que mató 241 marines estadounidenses y 58 franceses. Una década después, en 1992, tuvo una participación en atentado contra Embajada de Israel en Buenos Aires, y en 1994 es el atentado contra AMIA, el que es considerado el acto terrorista más importante de la historia argentina y el ataque más grave contra una comunidad judía desde la Segunda Guerra Mundial. El dictamen del fiscal Nisman, en octubre de 2006, señaló textualmente:

“Se ha probado que las máximas autoridades del entonces gobierno de la República Islámica de Irán (...) fueron quienes planificaron, tomaron la decisión de llevar a cabo el atentado, diagramaron la implementación del hecho y encomendaron su ejecución a la organización terrorista libanesa Hezbollah, agrupación esta última que actuando en el caso como un mero apéndice de la voluntad del gobierno de Teherán, tuvo a su cargo la fase final de la operación que se concretó el 18 de julio de 1994 con la voladura de la mutual judía” (Infobae, 2006).

En lo que dice relación con el islamismo sunnita jihadista, este tiene tres contextos y visiones estratégicas distintas (International Crisis Group, 2005):

1. Interno: cuando la jihad es contra regímenes musulmanes considerados ilegítimos (Egipto, Argelia). Uno de los ejemplos más emblemáticos es la Hermandad Musulmana. Durante el gobierno del presidente Mursi (2012-2013), éste gobernó en una coalición que incluyó principalmente a la Hermandad Musulmana, buscando algunos cambios importantes en el país, tendientes a modificar la Constitución y aminorar el carácter laico del Estado egipcio.

2. Externo: en que la jihad es llevada a cabo en zonas de ocupación extranjera (Afganistán, Chechenia, Cachemira, Palestina). El ejemplo más emblemático es el movimiento Hamas, el cual se hace conocido por la Intifada de 1987. Todos los miembros están educados en estado de permanente preparación y sacrificio, siguiendo el sendero de Alá. Las almas de todos los “combatientes del Jihad” se encontrarán por haber “sacrificado” sus vidas en la “tierra de Palestina”.

En su oposición a los judíos, Hamas señala que la lucha continuará hasta que se implemente la promesa de Alá; el día del Juicio Final sólo llegará cuando los musulmanes combatan y maten a los judíos. Hay una guerra contra los judíos. La meta final es la muerte de todos los judíos:

El tiempo (del Juicio Final) no vendrá hasta que los musulmanes combatan a los judíos; hasta que los judíos se escondan detrás de las rocas y los árboles, los cuales gritarán: ¡Oh musulmán! ¡Hay un judío escondido detrás de mí, ven y mátalos! (Hamas, 1988).

3. Global: la jihad es contra Occidente, contra EUA y sus aliados, en especial Israel. Al-Qaeda, Estado Islámico. La revolución islámica en Irán (1979) y la invasión soviética de Afganistán (1979) son los dos hechos regionales y globales que explican el nacimiento de Al Qaeda (1988) y el liderazgo asumido por el saudita Osama Bin Laden.

Se trataba de fomentar un radicalismo sunnita, opuesto tanto al comunismo soviético como al chiísmo iraní. En el intento de conformar este conglomerado estuvieron involucrados: servicios secretos de EUA, Arabia Saudita y Pakistán, así como la Hermandad Musulmana.

El antagonismo con Occidente se produce a partir de 1990, tras la invasión iraquí de Kuwait: el estacionamiento de tropas estadounidenses en Arabia Saudita es considerado como una profanación de los lugares más sagrados del islam. La posición antioccidental se consolida en los años posteriores. En 2003 se produce la intervención de EUA en Irak, la consiguiente destitución de Saddam Hussein. Como resultado se profundizan las guerras sectarias entre sunnitas, chiitas, kurdos. En 2004, como una derivación de Al Qaeda, surge Al Qaeda de Irak, que luego se autodenomina Estado Islámico. En 2014, el Estado Islámico captura Mosul y territorios de Irak y Siria, con la proclamación de un Califato.

Una de las tácticas de estos movimientos es el atentado suicida. Guerra santa en contra de los “infieles”, considerando en esta categoría no solo

a los cristianos y judíos, sino también a los musulmanes chiitas. Se busca construir un Califato que borre las fronteras impuestas por Occidente en el siglo XX (acuerdos Sykes-Picot), que se extienda al resto del Medio Oriente y de todo el planeta, conduciendo paralelamente a la conversión de toda la humanidad al islam sunnita. Se trata de cimentar un estricto orden religioso que debe imperar en lo político, en lo económico, en lo cultural, en lo social.

Violencia y muerte en el fundamentalismo judío

El fundamentalismo judío constituye un fenómeno diverso, que da cuenta de la existencia de múltiples movimientos y corrientes algunas de ellas excluyentes y contradictorias entre sí. Un punto de partida es 1967: la victoria en la Guerra de los Seis Días permite la reunificación de Jerusalén, lo que es parte de un proceso mesiánico que extenderá el Estado judío hasta los límites de la “Tierra Prometida”, el Israel histórico y bíblico referido en la Tora.

Es posible establecer tres corrientes principales: sionismo religioso, ultraortodoxia antisionismo, sionismo mesiánico (Caro, Isaac, 2004). Primero, existe una corriente más innovativa o renovada, que adhiere a los principios sionistas, así como al Estado de Israel: el denominado sionismo religioso.

En esta visión, el sionismo y Estado de Israel es entendido como compromiso mesiánico. El regreso a Sión es interpretado como una promesa mesiánica, como regreso a Dios. Estado de Israel es parte de un proceso cósmico y universal de realización mesiánica. El principal representante es el rabino A.Y. Kook (1865-1935), quien defiende la soberanía judía en los dos márgenes del río Jordán. Como principales movimientos están el Partido Nacional Religioso y Gush Emunim.

Las ideas del rabino Kook han impulsado muchas acciones de Gush Emunim, alentando una radicalización de algunos sectores. Desde 1980, algunos dirigentes se comprometieron en acciones violentas. Algunos sectores postularon la necesaria superación del estado sionista a través de la confrontación con éste. Ciertos activistas buscaron una forma más radical: proyecto de dinamitar las mezquitas situadas en la explanada del Templo en Jerusalén. Este complot conduciría a cientos de millones de musulmanes a la “jihad”, produciéndose una guerra de Gog contra Magog (Exequiel 38, 9), con todas sus implicaciones cósmicas; la victoria de Israel prepararía venida del Mesías.

La segunda corriente está conformada por el mundo ultraortodoxo antisionista. A partir de la creación del Estado de Israel, el mundo haredi consolida su rechazo hacia Israel y adopta una interpretación del holocausto distinta a la de los sionistas. El exterminio es presentado como el castigo de Dios hacia aquellos que transgredieron los mandamientos de la Tora y buscaron asemejarse a las naciones, primero por la asimilación, luego queriendo crear un estado judío semejante a los otros estados modernos. La ideología ultraortodoxa, en oposición al sionismo, coloca a Auschwitz como la sanción ejemplar de todo proyecto político judío que no tenga su única inspiración en el estricto respeto de la Tora.

La tercera corriente, correspondiente al sionismo mesiánico, está representada por el Partido Kach (“así”), fundado por el Rabino Kahane, que combina los aspectos más radicales de las dos visiones anteriores: a) negación y rechazo de los judíos seculares (ultraortodoxos); b) aproximamiento mesiánico radical al Estado de Israel (sionismo religioso).

Tres son los elementos fundamentales del sionismo mesiánico: a) rechazo, en un estado judío, de los judíos liberales; b) negación de los derechos civiles de los árabes israelíes, expulsión del territorio, violencia contra ellos; los árabes son una desacralización del derecho divino; c) separación entre judíos y no judíos en áreas residenciales, instituciones educativas, playas, etc.; demandando que las relaciones sexuales entre judíos y no judíos sean prohibidas por ley. De este modo, estamos en presencia de una radicalización que tiene cuatro estadios: primero, expulsión de los árabes; segundo, confrontación con los judíos seculares; tercero, una catástrofe; finalmente, un mesianismo precipitado con la llegada del Mesías. La principal acción corresponde a Baruch Goldstein, quien asesina 29 árabes en Tumba de Patriarcas en Hebrón (1994). El Partido Kach es prohibido por una ley del Parlamento, y se transforma en Nuevo Movimiento Kach.

Reflexiones finales

La muerte es un tema que está presente en todas las religiones y cosmovisiones del mundo. Los fundamentalismos islámicos y judíos no siguen las tradiciones centrales de estas religiones, donde la vida y la muerte deben ser respetadas. Para el judaísmo, es fundamental que los muertos sean sepultados casi inmediatamente después de morir, previamente los cadáveres deben ser lavados para sacar cualquier rastro de impureza. Luego del entierro viene una etapa que dura siete días, la

llamada “shiva” (del hebreo “siete”), donde se debe consolar a los que están de duelo.

El suicidio adquiere un rol importante, puesto que los ritos que normalmente se realizan para honrar la memoria de una persona fallecida se omiten en el caso de un suicida, ya que quien se priva de la vida consciente de su acción no es merecedor de ningún ritual. No se guarda el luto correspondiente ni se respeta ningún período de duelo porque ese cuerpo ya no es considerado “santo”. Así mismo, el cuerpo es enterrado en una sección especial del cementerio. No se pronuncian discursos en su honor ni se recita oración alguna (Jinuj, 2001). Un caso emblemático de suicidio colectivo en el judaísmo acontece en Masada:

En la cima de una roca aislada con vista a las aguas del Mar Muerto al sur de Jerusalén, 967 hombres, mujeres y niños –los últimos vestigios de la resistencia judía a la Roma Imperial– esperan su destino. El espectacular reducto natural se ha convertido en su refugio final, Masada! Nombre que en hebreo significa “fortaleza”. “Durante dos años, los habitantes de Masada han llevado a cabo una exitosa guerra de guerrillas en contra de los romanos, pero el nuevo gobernador de Judea, Flavio Silva, ha llegado con su ejército y está decidido a apagar la rebelión. Aun así, los valientes defensores de Masada no permitirán que sus familias caigan bajo el yugo de los romanos, por lo que deciden cometer suicidio en masa. Cuando el ejército del comandante Silva irrumpió dentro de la fortaleza, solo encuentran un extraño silencio y los cuerpos de casi mil personas” (Bitrán, Nicole, 2013).

En el Islam, nacimiento y muerte se consideran dos etapas vinculantes, que son parte de un tránsito, donde la salvación corresponderá a la actitud justa y correcta de cada persona. El Corán deja en claro que la vida humana es sagrada.

“No se maten a ustedes mismos. Dios es Misericordioso con ustedes”. (Corán 4: 29)

“Y no se autodestruyan”. (Corán 2: 195)

Pero esto no es respetado por los islamismos radicales. En el islamismo jihadista los atentados suicidas cumplen tres funciones principales:

Primero, el suicida, inmediatamente, después de su muerte accede a una vida eterna junto a Alá en el paraíso y todos sus “pecados” son absueltos.

Segundo, todo suicida podrá traer al paraíso a 70 miembros de su familia. Tercero, los atentados suicidas acercan la salvación y la liberación de los territorios islámicos de manos de los herejes (Radio Jai, 2004).

Referencias bibliográficas

Bitrán, Nicole (2013, junio 16). Masada: el heroísmo judío y la represión romana, o el exceso de mitos y leyendas. *El Diario Judío*. Recuperado a partir de <https://eldiariojudio.com/2013/06/16/masada-el-heroismo-judio-y-la-represion-romana-o-el-exceso-de-mitos-y-leyendas/>

Caro, Isaac (2004). Fundamentalismos judíos: entre la reforma y la ortodoxia. *Política y Estrategia*, (94), 40-54.

Hamas (1988, agosto 18). The Covenant of the Islamic Resistance Movement. Recuperado 5 de agosto de 2014, a partir de http://avalon.law.yale.edu/20th_century/hamas.asp

Infobae (2006, octubre 28). AMIA: piden la captura del ex presidente de Irán. Recuperado 30 de noviembre de 2016, a partir de <http://www.infobae.com/2006/10/28/282905-amia-piden-la-captura-del-ex-presidente-iran/>

International Crisis Group (2005, marzo 2). Understanding islamism. Recuperado 30 de noviembre de 2016, a partir de <https://www.crisisgroup.org/middle-east-north-africa/understanding-islamism>

Jinuj (2001, agosto 13). Suicidio en el judaísmo. Recuperado 30 de noviembre de 2016, a partir de http://jinuj.net/articulos_ver.php?id=81

Radio Jai (2004, febrero 17). ¿Qué promete el Islam a los terroristas suicidas para que se maten asesinando? Recuperado 30 de noviembre de 2016, a partir de http://www.radiojai.com.ar/online/notiDetalle.asp?id_Noticia=7644

CAPÍTULO 12.

SUICIDIO EN POBLACIÓN LGBTI, UN ENFOQUE FORENSE EN EL CONTEXTO DE LOS DERECHOS HUMANOS EN CHILE

Diana Aparicio Castellanos

Las personas fallecidas que ingresan al Servicio Médico Legal (SML) de Chile, habitualmente se dividen en las siguientes categorías: 1. Muertes violentas (accidentes, suicidios y homicidios); 2. Muertes sospechosas, repentinas o inesperadas; 3. Personas fallecidas por enfermedad, sin certificado médico de defunción, 4. Y muerte de personas bajo resguardo estatal (muerte en custodia).

El suicidio observado como una forma de violencia intencional y autoinfligida, requiere de un mayor análisis para la elaboración de políticas públicas que permitan abordarlo, orientadas hacia la prevención y disminución de su incidencia en la comunidad. El propósito de este estudio, es incluir la necesidad de realizar una perspectiva de derechos humanos hacia la evaluación del suicidio relacionada a la diversidad sexual, específicamente de la población LGBTI (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex) en Chile, de tal forma que la información emitida desde el Servicio Médico Legal, contribuya en la elaboración de instrumentos, leyes, políticas y programas en el Estado de Chile.

Introducción

Las personas fallecidas que ingresan al Servicio Médico Legal de Chile, para ser autopsiadas, generalmente se asocian a muertes violentas (accidentes, suicidios y homicidios); muertes sospechosas, muertes repentinas o inesperadas; personas fallecidas por enfermedad, sin certificado médico de defunción y el fallecimiento de personas bajo resguardo estatal.

La manera de muerte, define en qué contexto se establece la causa originaria de la muerte. Desde la visión del derecho, esencialmente la muerte es natural o violenta, dependiendo el origen de la causa en sí.

Las muertes violentas además se subclasifican en homicidio, suicidio o accidente. Eventualmente, en algunas ocasiones, no resulta posible definir la causa ni la circunstancia en la que acontece la muerte. Estas se clasifican entonces en muertes indeterminadas, pudiendo en ciertos casos precisar posteriormente una u otra interrogante, con base en nuevas investigaciones o exámenes complementarios, lo que permite la re clasificación (DiMaio, V. y DiMaio, D., 2001). Así, el órgano investigador que es el Ministerio Público define la circunstancia apoyándose en la información obtenida del estudio del sitio de suceso, de la investigación policial relacionada en conjunción con los hallazgos en la autopsia y los análisis de laboratorio.

Los resultados de la autopsia en sí son absolutos, sin embargo, su interpretación puede ser revisada a la luz de nueva información que se incorpora a la investigación.

En relación a la muerte, varios son los procesos judiciales involucrados, sean para incluir estos fallecimientos en procesos penales cuando se sospecha el involucramiento de terceros en la muerte o en procesos civiles por sucesiones, término de contratos, emancipación de los hijos del fallecido y los seguros, especialmente los seguros de vida, que considera en la mayoría de los casos, criterios de exclusión de cobertura cuando de suicidio se trata.

El suicidio, según la OMS como una forma de violencia autoinflingida con el objetivo de quitarse la vida, es un grave problema de salud pública; no obstante, es prevenible mediante intervenciones oportunas, y a menudo de bajo coste. Para que las respuestas nacionales sean eficaces se requiere una estrategia de prevención del suicidio multisectorial e integral (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2017).

Según un informe presentado en 2014 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 10 a 25 años en las Américas. Sin embargo, las tasas varían de forma significativa entre los países, así como según la edad y el género. Los adultos mayores de 70 años son los que tienen más probabilidad de morir por suicidio. Los hombres tienen 4 veces más probabilidades de morir por suicidio que las mujeres, aunque las mujeres realizan más intentos de suicidio.

El método más común de suicidio en la región es la asfixia, generalmente por la vía del ahorcamiento, seguido del uso de armas de fuego y el

envenenamiento (incluyendo sobredosis de fármacos y drogas e ingesta de pesticidas y otros). Los países de la región con las tasas de suicidio más altas (entre 2005 y 2009) ubican a Chile en el cuarto lugar, precedido por Guyana, Surinam, Uruguay, Chile (11,2 por cada 100 mil habitantes), a diferencia del informe de la OMS 2016, que en 2012 ubica a Chile (con una tasa de 13 suicidios por cada 100 mil habitantes) en el séptimo lugar. El informe de la OPS, también advierte que los hallazgos deben ser interpretados con cuidado, ya que la calidad de los datos puede variar de forma significativa entre los países. Además, factores culturales, religiosos y hasta legales llevan a un subregistro de suicidio en muchos países, lo que sugiere que probablemente el informe subestima la cantidad real de suicidio en las Américas.

En la estadística de la OMS 2016, el suicidio, se incluyó en el objetivo N°3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: “Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles a través de la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”, utilizando el Indicador: Tasa de mortalidad por suicidio. A nivel mundial, entre los adultos jóvenes de entre 15-29 años, el suicidio representa el 8,5% de todas las muertes y es clasificada como la segunda forma de muerte, después de los accidentes de tránsito. Los Estados miembros de la OMS se han comprometido a desarrollar y proporcionar una respuesta integrada de salud mental y servicios sociales basados en la comunidad. La prevención del suicidio es también un componente integral del plan de acción, con el objetivo de reducir la tasa de suicidio en un 10% en los países, para 2020.

El estigma que rodea a la depresión y el suicidio, impide la búsqueda de ayuda y provisión de servicios a disposición, situación que se ve agravada en grupos marginados y discriminados. Además, muchas instituciones de países de medianos y bajos ingresos, no tienen la capacidad de proporcionar tratamiento básico para la depresión como escasa capacitación en temas de salud mental de los trabajadores de la salud y escasa disponibilidad de medicamentos. Un buen registro de los fallecimientos por suicidio, requiere de vínculos fortalecidos con los sistemas forenses y policiales, pero pueden ser seriamente obstaculizados por los estigmas y prejuicios sociales, consideraciones legales y retrasos en la determinación de la causa de muerte (OMS, 2016).

Propósito

El propósito de este estudio, es incluir la necesidad de una perspectiva de derechos humanos en la evaluación del suicidio relacionado con la diversidad sexual, específicamente de la población LGBTI (Lesbiana, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex) en Chile, de tal forma que la información emitida desde el Servicio Médico Legal, contribuya en la elaboración de instrumentos, leyes, políticas y programas en el Estado de Chile.

Para este objetivo, se realizó la búsqueda de información nivel nacional en torno al suicidio, a través de la información obtenida de la Unidad de Estadísticas y Archivos del Servicio Médico Legal de Chile (SML) que comprendió los años 2000 a 2015, y el trabajo realizado por esta Unidad que comprendió el periodo 2000-2010 (Nahuelpan, E., Varas, J. y Cancino, J, 2010).

Para la clasificación de las causas de muerte, el SML utiliza la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la Salud (CIE-10), normado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2008). El capítulo X60 a X84, se dedica a lesiones autoinflingidas intencionalmente.

Suicidio y diversidad sexual

LGBTI es un acrónimo que se usa como término colectivo para referirse a las personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans (el término trans se refiere a travestis, transexuales y transgéneros) e Intersexuales e incluye la orientación e identidad sexual frente a la diversidad sexual.

Los resultados de una revisión sistemática de literatura sobre suicidio en población LGBTI, comprende en su gran mayoría investigaciones en Estados Unidos de Norteamérica y otros países de habla inglesa (Tomicic et al., 2016). “Estos estudios, señalan que el riesgo suicida es mucho mayor en la población LGBT al compararla con la población heterosexual, además de presentar una mayor probabilidad de intentos suicidas. La mayoría de las investigaciones revisadas en ese escrito, constatan la relación entre victimización de la población LGBT y comportamientos suicidas. El abuso físico, psicológico y sexual al que se ven expuestas las personas LGBT debido a su identidad de género y orientación sexual, fue asociado con suicidalidad. En relación con el proceso de adopción de la identidad de género y orientación sexual, los hallazgos de un estudio (Birkett et al., 2009) muestran que la etapa de “cuestionamiento”

constituye un importante período de riesgo suicida en el caso de las personas LGBT. En relación con la edad de develación de identidad de género (“salida del clóset”), se encontró que a menor edad de develación de la identidad de género y orientación sexual LGBT, mayor probabilidad de victimización de género y mayor riesgo de comportamiento suicida (Corliss et al., 2010) “ (Tomicic et al., 2016), (Ministerio de Salud, 2013).

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH en 2014, ha registrado casos de suicidio y daños autoinfligidos en la población LGBTI en personas privadas de libertad y niñas o niños detenidos en centros para personas adultas. La recopilación de datos de suicidio, en su mayoría estuvieron motivados por el rechazo familiar, la desaprobación de padres o madres o el hostigamiento (bullying) en las escuelas. Asimismo, según la información recibida, las personas LGBT jóvenes son más propensas a sufrir daños autoinfligidos y a suicidarse debido a la falta de aceptación de su orientación sexual o identidad de género por parte de su familia y la sociedad en general.

Los ámbitos de particular preocupación en esta población, se encuentran en las esferas del empleo, la salud y la educación, pero también en el ámbito del acceso a otros servicios básicos, como la vivienda y las prestaciones sociales (Naciones Unidas, 2012).

En cuanto a la educación, el aislamiento, prejuicios y el estigma generan depresión y otros problemas de salud que contribuyen al ausentismo escolar, a que se obligue a los niños a abandonar la escuela y, en casos extremos, a tentativas de suicidio o incluso al suicidio mismo. Un estudio realizado en el Reino Unido determinó que casi el 65% de las lesbianas, gays y bisexuales jóvenes habían sido hostigados en la escuela en razón de su orientación sexual y más de una cuarta parte de ellos habían sufrido abusos físicos; estudios realizados en otros países muestran similares resultados. Es de especial preocupación la discriminación homofóbica en las escuelas y se ha exhortado a los países, en la adopción de medidas para contrarrestar las actitudes homofóbicas y transfóbicas (Naciones Unidas, 2012).

Un enfoque de derechos

El principio de igualdad exige que los derechos enunciados en los distintos instrumentos internacionales, se reconozcan a todas personas sin discriminación alguna y que los Estados velen por que sus leyes, políticas y programas no sean discriminatorios (Principios de Yogyakarta,

2007). Estos instrumentos, abordan la situación específica de los distintos grupos en condición de vulnerabilidad; sus regulaciones han trascendido las protecciones civiles y políticas para hacerse cargo de las desigualdades sociales. Es así como el Comité de Derechos Humanos, en su Observación General N°18, precisó que el término “discriminación”, mencionada en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, debe entenderse referido a toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se base en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (Naciones Unidas, 2013) “Cualquier otra condición social”, incluye intencionalmente entre los motivos de discriminación, la orientación sexual y la identidad de género, entre otras categorías como la discapacidad, la edad y el estado de salud que no se encuentran expresamente consagrados entre los motivos enumerados en el derecho internacional. Asimismo, en su observación general N°20, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales señala que “Los Estados partes deben cerciorarse de que las preferencias sexuales de una persona no constituyan un obstáculo para hacer realidad los derechos que reconoce el Pacto (...). La identidad de género también se reconoce como motivo prohibido de discriminación” (Principios de Yogyakarta, marzo de 2007).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha calificado de esencial la *naturaleza intersectorial* de las normas sobre discriminación, para entender el alcance de las obligaciones que la Convención impone a los Estados. “La discriminación de la mujer por motivos de sexo y género está unida de manera indivisible a otros factores que afectan a la mujer, como la raza, el origen étnico, la religión o las creencias, la salud, el estatus, la edad, la clase, la casta, la orientación sexual y la identidad de género... Los Estados partes deben reconocer y prohibir en sus instrumentos jurídicos estas formas entrecruzadas de discriminación y su impacto negativo combinado en las mujeres afectadas”. En su recomendación general N°27, el Comité manifestó que la discriminación que sufren las mujeres “con frecuencia es de carácter multidimensional, al sumarse la discriminación por motivo de edad a la discriminación por razón de género, origen étnico, discapacidad, grado de pobreza, orientación sexual e identidad de género, condición de migrante, estado civil y familiar, alfabetismo y otras circunstancias”

(Naciones Unidas, 2012), conocido como la interseccionalidad (Expósito Molina, C., 2013).

Visibilización de la diversidad sexual en América

El análisis realizado por Human Rights Watch en 2009, incorporó varias observaciones relacionadas con la diversidad sexual, “porque identidades diferentes significan vidas y necesidades diferentes, así como diferentes medidas para abordarlas”. Para esto se debe tener en cuenta que:

- a) Las organizaciones que trabajan en temas de orientación sexual e identidad de género todavía cuentan con insuficientes recursos y están gravemente aisladas.
- b) Los defensores de los derechos de las personas LGBT, y de los derechos sexuales en general, se enfrentan a diario a niveles de violencia extraordinarios.
- c) La sexualidad siempre ha sido un campo de batalla cultural y religioso. El peligro proviene del peso, la importancia política y la emoción que cada vez más se adhieren al tema de género y sexualidad.
- d) No hay forma de evitar esa clase de intersecciones. Pero hay una gran necesidad de redes más fuertes para la comunicación permanente entre movimientos a nivel regional y mundial para que los grupos planifiquen juntos.

Para América Latina, la sociedad civil identificó una serie de patrones de abuso; visto desde un panorama de desafíos y oportunidades:

Patrones de abuso:

- Disposiciones que permiten los abusos por parte de la policía.
- Las personas trans tienen una alta relación con el sistema de salud, que es tal vez el espacio principal en el que se relacionan con el Estado y la autoridad: denuncian discriminación, maltrato, falta de acceso a los servicios, y una negativa generalizada a reconocer sus identidades.
- La atención médica es un “tema” para esta población.
- Es común la discriminación en el lugar de trabajo.
- No siempre resulta fácil documentar estas denuncias, en parte por la escasa visibilidad de las lesbianas tanto al interior de los movimientos como ante el Estado y la sociedad: los abusos que se cometen contra ellas son ignorados y sus necesidades no son atendidas.
- Los derechos de las niñas y los niños que son lesbianas, gays, bisexuales y transgénero –incluyendo sus derechos a la autonomía

sexual y a la protección frente a los abusos sexuales— están en riesgo en todas las regiones.

- El hostigamiento está ligado al silencio que guardan los programas de educación en torno a estos temas, teniendo en cuenta que en muchos países no existe la educación sexual.

Avances en la legislación para proteger la diversidad sexual en Chile

En cuanto a su legislación, la Sociedad Civil junto con el Estado de Chile, ha tenido grandes avances en el último tiempo en torno a la diversidad sexual.

Promulgó la Ley 20536/2011 sobre violencia escolar; la Ley 20.609/2012 que establece medidas contra la discriminación, ley que después de casi 7 años en el congreso fue promulgada luego de que fuera considerada de urgencia, al conmover a todo Chile el ataque discriminatorio en contra del joven Daniel Zamudio debido a su orientación sexual, sus atacantes lo torturaron por cerca de seis horas, lo agredieron con puños y patadas, quemaron su cuerpo con cigarrillos, le produjeron fractura abierta en una de sus piernas, le realizaron cortes con forma de símbolo nazi en el pecho y la espalda a través del gollete de una botella y le arrojaron una piedra de grandes dimensiones en su cabeza, lesión que produjo días después su fallecimiento por un traumatismo encéfalo craneano (Vargas, C., 2012). Esta ley también es conocida como la Ley Zamudio y demostró así la escasa legislación que existía en torno a la discriminación en todos sus ámbitos. La Ley 20.750/2014, que incorpora en el correcto funcionamiento de los servicios de televisión, el respeto a la diversidad social, cultural, étnica, política, religiosa, de género, de orientación sexual e identidad de género; la Ley N°20.830/2015 que Crea el Acuerdo de Unión Civil; la Ley 2.845/2015 de Inclusión educacional; la Ley 20885/2016 que crea la Subsecretaría de Derechos Humanos; entre otros.

A nivel normativo, el Servicio Médico Legal garantizó el 2008 un trato digno y desprejuiciado a la población transexual que se atiende en sus dependencias y a tratar a las personas transexuales por su nombre social.

El Ministerio de salud, además del trato por su nombre social, lanzó el primer protocolo que regula los procedimientos médicos de adecuación corporal (Ministerio de Salud de Chile, 2010), y la Guía Práctica para Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes y

Orientaciones para los equipos de Atención Primaria (Ministerio de Salud, 2016).

Resultados y discusión

Al analizar la información proporcionada sobre suicidios por Región (2010-2015), se observó que la mayor cantidad de suicidios se presentan en la Región Metropolitana, Región del Bío-Bío y Región de Valparaíso respectivamente, entre las 5 primeras regiones.

Tabla N°1
Cantidad de Suicidios por Región (2010-2015) (N=11.098)

AÑO	REGIÓN				
	2010	Metropolitana 704	Valparaíso 222	Biobío 180	Los Lagos 148
2011	Metropolitana 725	Biobío 236	Valparaíso 218	Araucanía 147	L. B. O'Higgins 132
2012	Metropolitana 671	Biobío 200	Valparaíso 195	Maule 138	Los Lagos 121
2013	Metropolitana 636	Biobío 197	Valparaíso 190	Los Lagos 148	Maule 99
2014	Metropolitana 658	Biobío 212	Valparaíso 191	Araucanía 130	L. B. O'Higgins 127
2015	Metropolitana 571	Biobío 214	Valparaíso 195	Araucanía 138	Maule 133

Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

En cuanto a género, el sexo masculino representó el 82% de los suicidios y el femenino el 18% durante los años 2010 a 2015.

Tabla N°2
Porcentaje de suicidios por sexo (2010-2015) (N= 11.098)

	Hombres	Mujeres
2010	81,5%	18,5%
2011	81,8%	18,2%
2012	82,8%	17,2%
2013	81,7%	18,3%
2014	82,5%	17,5%
2015	81,4%	18,6%
	82,0%	18,0%

Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

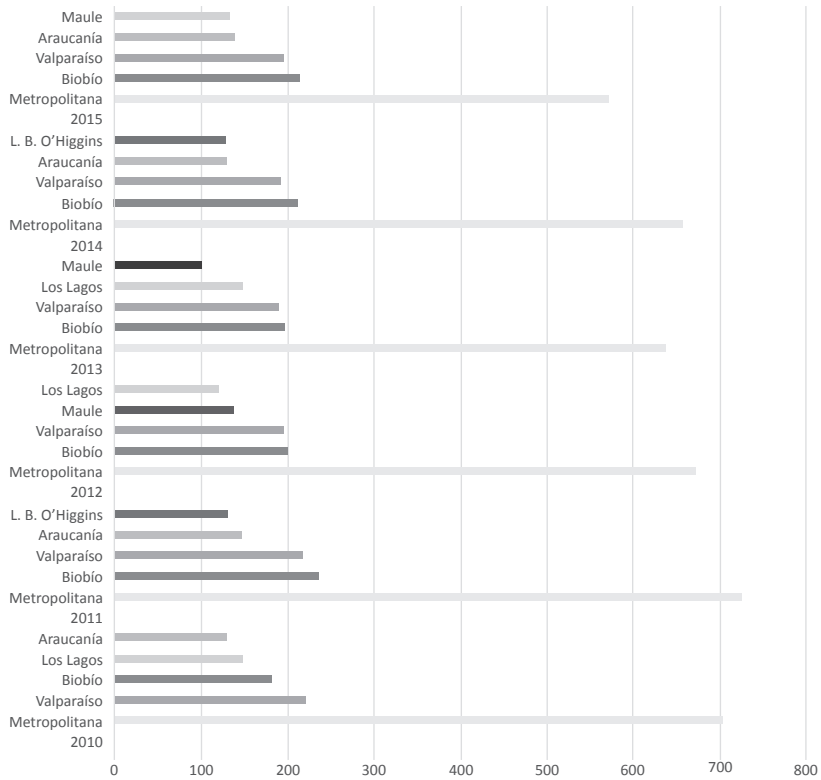
El método suicida más utilizado a nivel nacional en hombres y mujeres fue la asfixia por ahorcamiento. Este método mundialmente empleado a lo largo de la historia, resulta ser el de mayor preferencia en relación a otros métodos por su elevada eficiencia, rapidez en obtener el efecto buscado, amplia diversidad de elementos que pueden ser empleados y la “limpieza”, ya que no suele asociarse ni a heridas ni a sangrados. La utilización de arma de fuego y la caída de altura son también comunes, sin embargo, ambos requieren de determinados medios que no están disponibles permanentemente. En último lugar se presenta el envenenamiento (incluye sobredosis de fármacos, drogas e ingesta de pesticidas y otros).

Tabla N°3
Porcentaje Según Método Suicida (N=11.098)

2010 a 2015	Ahorcamiento	84,3%
	Armas de fuego o Explosivo	6,9%
	Envenenamiento	3,1%
	Otra Causa	5,7%

Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

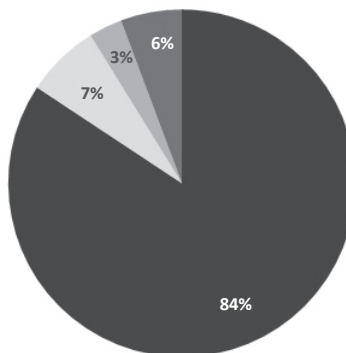
Gráfico N°1
Cantidad de Suicidios por Año y Región (2010-2015) (N= 11.098)



Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

Gráfico N°2
Tendencia del Método Suicida (2010-2015) (N= 11.098)

■ Ahorcamiento ■ Armas de fuego o Explosivo ■ Envenenamiento ■ Otra Causa



Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

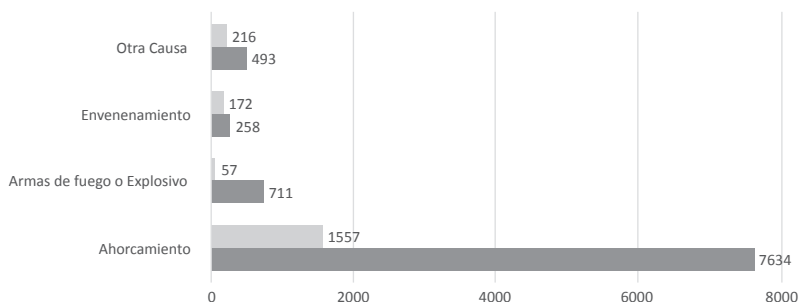
Al separarlo por sexo, en hombres se mantiene el posicionamiento anterior y en cuanto a mujeres, el primer lugar corresponde al ahorcamiento, en segundo lugar, otros métodos no especificados; seguidos por envenenamiento (incluyendo sobredosis de fármacos, drogas e ingesta de pesticidas) y en último lugar, el uso de armas de fuego o explosivos.

Tabla N°4
Método Suicida Según Sexo (N= 11.098)

2010 a 2015				
	Ahorcamiento	Armas de fuego o Explosivo	Envenenamiento	Otra Causa
Hombres	7634	711	258	493
Mujeres	1557	57	172	216
	9191	768	430	709

Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

Gráfico N°3
Método Suicida Según Sexo (N= 11.098)



Fuente: Unidad de Estadística y Archivo, Servicio Médico Legal.

Los resultados de la información analizada, es similar a la encontrada en la investigación del SML 2000-2010 (Nahuelpan et al., 2010).

Sin embargo, se observó que la información sociodemográfica no permitió visibilizar la diversidad sexual en torno al suicidio, al carecer de registros sobre orientación sexual e identidad de género, conducentes a la obtención de datos estadísticos.

La violencia en población LGBTI, requiere una visibilización tanto en casos de personas fallecidas, como en los usuarios vivos que acuden para constatación de lesiones, delitos sexuales, entre otros, con el objetivo de analizar los niveles de violencia y su contexto para la generación de

políticas públicas en torno a esta población. Así mismo, el Ministerio de Salud (2016), ha incorporado guías para la atención de adolescentes incluyendo la orientación sexual e identidad de género, además de otras acciones, pero desafortunadamente sus estadísticas también excluyen la diversidad sexual (DEIS).

Requerimientos internacionales

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de la Organización de la Naciones Unidas, incluye 17 Objetivos de aplicación universal, para que, en los próximos 15 años, los países intensifiquen los esfuerzos para poner fin a la pobreza en todas sus formas, reduzcan la desigualdad y luchen contra el cambio climático garantizando, al mismo tiempo, que nadie se quede atrás.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2014), “insta a los Estados a tomar medidas urgentes y efectivas de prevención y respuesta frente a las violaciones de derechos humanos y a garantizar que las personas LGBTI puedan gozar efectivamente de su derecho a una vida libre de violencia y discriminación”, entre otras tantas medidas, solicita coleccionar y producir datos sobre la violencia contra personas LGBT, con el propósito de fomentar políticas públicas orientadas a proteger sus derechos humanos, al notar que la mayoría de los Estados Miembros de la OEA no recopilan datos sobre la violencia contra estas personas. En ese contexto, excepto por unas pocas fuentes estatales, la CIDH debió llenar este vacío recurriendo a fuentes complementarias, tales como la cobertura periodística en medios de comunicación, informes de organizaciones de la sociedad civil y otras fuentes que realizan monitoreo. El resultado es un Registro de Violencia que no es exhaustivo pero que revela diversas formas de violencia generalizada que sufren las personas LGBT en América.

A través de las estadísticas emitidas por la OMS y para favorecer el desarrollo equitativo, se plantea la necesidad de una mayor desagregación de datos, incluyendo estadísticas desglosadas por sexo, edad, ingresos/riqueza, educación, raza, etnia, estatus migratorio, discapacidad y ubicación geográfica, o por otras características, con el fin de identificar y realizar un seguimiento de poblaciones en desventaja dentro de los países. El objetivo 17, pide específicamente a los países, el aumento de la disponibilidad de datos desglosados para las dimensiones relevantes de desigualdad. Este desglose, presenta un reto importante para muchos países y para la vigilancia mundial y regional. Las encuestas

locales son la fuente principal de los datos de salud y el desglose de las características demográficas y socioeconómicas pueden ser utilizados para la identificación de las poblaciones desfavorecidas (OMS, 2016).

Consideraciones para el levantamiento de la información

En el levantamiento de información, es imprescindible que todas las personas, familias y víctimas que acuden al SML se sientan y cuenten con un ambiente seguro y de apoyo desde el ingreso hasta la salida y término del examen o pericia. En este caso, las personas LGBTI no deben estar exentas de esto para que puedan expresar libremente sus datos sociodemográficos, incluida su orientación sexual e identidad de género.

La eliminación de los prejuicios y de los estigmas, y la empatía de los(las) funcionarios(as) propiciará ambientes abiertos y tranquilos que permitirán establecer una relación de confianza entre el(la) entrevistador(a) y el(la) usuario(a) o su familia, con el fin de favorecer la comunicación y el aporte de información personal y sensible, manifestando y garantizando la confidencialidad.

Se deberá mantener el enfoque objetivo y la ausencia de prejuicios y conclusiones estereotipadas que puedan ser expresadas de forma verbal y/o a través del lenguaje corporal. Algunos entrevistadores(as), pueden sentirse incómodos(as) con la orientación sexual o identidad de género e involuntariamente, pueden mostrar un distanciamiento o lenguaje corporal degradante. Para lo anterior, es indispensable la capacitación de todos(a) los(las) funcionarios(as) que atienden público y las personas encargadas en la toma de decisiones.

Mostrar una actitud y disposición positiva hacia la orientación sexual e identidad de género es esencial; para esto, el vocabulario no ofensivo y el uso de terminología adecuada permitirá y otorgará un mejor servicio a toda la población.

Referencias bibliográficas

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2014). Una mirada a la violencia contra personas LGBTI, Washington, D.C. Recuperado de <http://www.oas.org/es/cidh/lgtbi/docs/Anexo-Registro-Violencia-LGBTI.pdf>
- DiMaio, V. y DiMaio, D. (2001). *Forensic Pathology*; Boca Ratón, Florida, Estados Unidos de América: CRC Press LLC.
- Expósito Molina, C. (2013). ¿Qué es eso de la interseccionalidad? Aproximación al tratamiento de la diversidad desde la perspectiva de género en España. *Investigaciones Feministas*, 3, 203-222. doi:10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146. Recuperado de http://dx.doi.org/10.5209/rev_INFE.2012.v3.41146
- Human Rights Watch (2009). *Por el mismo camino, por caminos diferentes el activismo en torno a la orientación sexual y la identidad de género en el mundo. Estados Unidos de América*. ISBN: 1-56432-489-3. Recuperado de <https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/lgbt0509spwebwcover.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile (2010). Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades. *Vía Clínica para la adecuación corporal en personas con incongruencia entre sexo físico e identidad de género*, Santiago de Chile. Recuperado de <http://www.minsal.cl/portal/url/item/d126e58ba4cb53f5e040010165017912.pdf>
- Ministerio de Salud (2013). Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. *Situación actual del suicidio adolescente en Chile con perspectiva de género*. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/SituacionActualdelSuicidioAdolescente.pdf>
- Ministerio de Salud (2016). *Guía Práctica para Consejería en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes Orientaciones para los equipos de Atención Primaria*, ISBN: 978-956-348-093-1. Recuperado de <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/CONSEJERIA-EN-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-PARA-ADOLESCENTES-2016.pdf>
- Naciones Unidas (2012). Oficina del Alto Comisionado De Derechos Humanos. *Nacidos Libres E Iguales. Orientación sexual e identidad de género en las normas internacionales de derechos humanos*. Nueva York - Ginebra. Recuperado de http://www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqualLowRes_SP.pdf
- Naciones Unidas (2013). Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. *Orientación Sexual e Identidad de Género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Recuperado de <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/Orientaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero-en-el-derecho-internacional-de-los-derechos-humanos.pdf>
- Naciones Unidas (s.f.). *Objetivos del Desarrollo Sostenible*. Recuperado de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/la-agenda-de-desarrollo-sostenible/>
- Nahuelpan, E., Varas, J. y Cancino, J. (2010). *El Suicidio en Chile: Análisis del Fenómeno desde los datos Médico Legales, periodo 2000-2010*. Unidad de Estadísticas y Archivos del Servicio Médico Legal de Chile. Santiago.

- Organización Mundial de la Salud, OMS (2016). *World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. France, E-ISBN: 978-92-4-069569-6 (PDF). Recuperado de http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/
- Organización Mundial de la Salud, OMS (2017). *Suicidio*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional*. Washington, D.C.: ISBN: 978-92-75-31843-0; recuperado de <http://www.bvsde.paho.org/documentosdigitales/bvsde/texcom/PAHOMortalidad-suicidio.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2008). *CIE-10, Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, 10a. revisión*. Washington, D.C. Estados Unidos de América, Recuperado de <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/index.htm>
- Principios de Yogyakarta (Marzo de 2007). Principios sobre la aplicación De la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género. Recuperado de <http://www.refworld.org/cgi-bin/tehis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=48244e9f2>
- Vargas, C. (28 de marzo de 2012). "Autopsia de Daniel Zamudio revela que falleció producto de un traumatismo encéfalo craneano". La Tercera. Recuperado de <http://www.latercera.com/noticia/autopsia-de-daniel-zamudio-revela-que-fallecio-producto-de-un-traumatismo-encefalo-craneano/>.
- Tomicic et al. (2016). Suicidio en poblaciones lesbiana, gay, bisexual y trans: revisión sistemática de una década de investigación (2004-2014). *Revista Médica de Chile*, 144(6), 723-733. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000600006>

PARTE IV.

REGLAS, NORMAS Y TRANSFORMACIONES

CAPÍTULO 13.

DISPOSITIVO METODOLÓGICO CRÍTICO Y TRANSFORMADOR PARA DELIMITACIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN 'SUICIDIO EN LA ESCUELA' ^{1 2}

*Gabriel Guajardo Soto, María Isabel Toledo Jofré,
José Lledó Muñoz, Carolina Victoria Parra Chiang*

El tema del suicidio en la escuela emerge en el trabajo de campo de una investigación que tiene por objetivo dar cuenta de las significaciones socioculturales que legitiman las distintas formas de violencias que tienen lugar en la escuela, desde la perspectiva de los estudiantes, los profesores y los apoderados en el tercer ciclo de enseñanza básica (Toledo, Guajardo & Miranda, 2014). En esa investigación, que da origen a este artículo, el suicidio surge como una de tantas violencias que se vivencian los sujetos en tanto miembros de una comunidad escolar. Primero, fueron los estudiantes quienes se refirieron al suicidio como una consecuencia de la intimidación. Luego, durante el trabajo etnográfico, los profesores relataron casos de ideación e intentos de suicidio de sus estudiantes. Y cuando, contaron sus historias de vida, profesores, apoderados y estudiantes hablaron de los padres, tíos, hermanos, vecinos y estudiantes que intentaron suicidarse y de los que se suicidaron (Toledo, Guajardo, Miranda & Pardo, 2017, En prensa).

Si en la escuela emerge el tema del suicidio, de lo que se habla es de la muerte. Pero, sucede que, en educación no hay lugar para la muerte (Rodríguez, De la Herrán & Cortina, 2012). Los profesionales e investigadores de la educación mantienen encapsulado el tema de la

¹ Financiamiento: Proyecto FONDECYT N°1140135, Violencias en la escuela desde la perspectiva de estudiantes, profesores y apoderados: Un enfoque trans-disciplinar y multi-metodológico para su comprensión.

² Este capítulo fue publicado en la revista *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, que autorizó su inclusión en este libro: Guajardo Soto, G., Toledo, M.I., Lledó Muñoz, J. & Parra Chiang, C. (2017). Dispositivo metodológico crítico y transformador para delimitación del tema de investigación 'suicidio en la escuela'. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 16(2), 138-155. DOI 10.5027/psicoperspectivas-vol16-issue2-fulltext-1067

muerte. De ellos no surgen referencias a este tema tabú (De la Herrán & Cortina, 2007). El currículum no lo incluye (González & De la Herrán, 2010; Rodríguez, De la Herrán & Cortina, 2012). Aunque Rousseau se refirió indirectamente a ella, los otros pensadores de la educación no la consideran. Por el contrario, la escuela se piensa como un espacio de educación para la vida (González & De la Herrán, 2010). En consecuencia, el suicidio en la escuela no es un tema naturalmente delimitado debido a que se trata de una proposición contra-intuitiva. Para delimitarlo como objeto de estudio, se requiere de un dispositivo que permita su construcción. Como indica Zemelman (1992), es necesario realizar un movimiento razonado y crítico que permita un desplazamiento desde la definición del tema de investigación en abstracto hasta pensar en problemas sociales con posibilidades de ser investigados con una orientación transformadora. Así, se puede configurar un campo de posibilidades de temas a investigar definidos según los intereses manifiestos y latentes de los investigadores individuales y/o colectivamente considerados. Se entiende que, la delimitación de un tema de investigación erige los límites internos y externos que marcan el proceso de investigación (Ander-Egg, 1993).

Sin embargo, a pesar del impacto que puede tener la delimitación del tema sobre la construcción del diseño de una investigación, algunos manuales de escritura académica o guías metodológicas para la investigación en ciencias sociales no consideran esta acción como una etapa específica del quehacer científico (Pons, 1993). Otros proponen pasar directamente a la construcción del objeto de estudio (Loubet, 1991). Cuando los autores se refieren a esta tarea investigativa, se presentan listados de recomendaciones (Mounsey, 2007) o se la relaciona con los intereses personales del investigador y/o situaciones contextuales. En otros manuales, se plantea la necesidad de recolectar información, pero no se precisa una estrategia para su selección (Mace, 1997). Sí se indica la necesidad de realizar una revisión de literatura de diverso tipo, no se entregan pautas para su ejecución (Marshall & Rossman, 1989) o se propone la utilización de la técnica de la bola de nieve, lo que dirige la búsqueda a un solo campo de trabajo científico (Albarello et al., 1995).

La delimitación del tema de investigación no puede quedar ubicada en un espacio social y subjetivo que se designa con la imagen de la 'caja negra', donde su funcionamiento se presume ininteligible y solo se ilumina una vez que el investigador/a adhiere a un tema (Guajardo & Rivera, 2014). Este trabajo de delimitación temática debe concebirse como una etapa

específica del proceso de construcción de un diseño de investigación (Valles, 1997) que permita ponderar su viabilidad (Eco, 1991).

Por lo tanto, considerando la necesidad de abrir un espacio a la reflexión sobre la delimitación del tema de investigación, el significado sociocultural del suicidio y las formas de ejecutar el oficio de investigador en la actualidad, es necesario desplegar una propuesta metodológica específica que permita delimitar el tema de investigación 'suicidio en la escuela'. Esto, debido a que esta proposición articula dos categorías distintas –suicidio y escuela–, que al unirse generaría un efecto de contra-sentido.

Se trata, siguiendo a Andrade (2007), de proponer una forma diferente de mirar y re-construir aquello que en principio aparece como posible de delimitar de variadas formas, tanto a nivel del enunciado como de las fronteras del tema de investigación. Esta acción transformadora, que corresponde a una elección razonada de un tema, requiere un espacio social y subjetivo de apertura que no se encuentre hegemonizado por la teoría dominante, las agendas de organismos universitarios o fundaciones que subsidian o financian proyectos de investigación. Sortear la barrera de los modos de ver y delimitar temas, abre la posibilidad de crear configuraciones inéditas de fenómenos sociales. Por eso, se propone este dispositivo metodológico específico.

Metodología

La metodología de investigación fue de tipo documental (Baena, 1998) en cuatro etapas: planificación de la búsqueda bibliográfica, recolección de información bibliográfica, construcción de mapas conceptuales y análisis de mapas conceptuales.

Planificación de la búsqueda bibliográfica

La fuente de información fueron las referencias bibliográficas y los textos completos de los artículos disponibles en las bases de datos bibliográficos de acceso libre. Estas bases fueron Scientific Electronic Library Online (SciELO), SciELO-Chile y Web of Science (WoS), las tres ampliamente utilizadas en el ámbito de ciencias sociales y humanas. La red SciELO se reconoce como la publicación electrónica de mayor prestigio y exigencia de calidad en América Latina y el Caribe. En el caso de WoS, las referencias bibliográficas han pasado rigurosos procesos de evaluación y reúne información de gran influencia en el campo de

la ciencia. Estas características garantizan la calidad de los artículos seleccionados. Sin embargo, las bases de datos de revistas científicas y de referencias de artículos no son neutras. Por el contrario, estas definen criterios de selección de las publicaciones que contienen y cada revista posee sus propias opciones editoriales.

Las palabras claves iniciales derivadas directamente de la primera proposición de tema fueron suicidio y escuela, cuya verificación como temática de orden científica, se realizó en el Tesoro de la Educación UNESCO-OIE. La selección de las referencias y luego de los artículos se realizó en función de criterios previamente definidos. Los criterios de inclusión fueron: que los textos estuvieran escritos en lengua española o inglesa, que fueran artículos académicos que reportaban investigaciones empíricas, que el título y el resumen refirieran al tema de investigación y años publicación entre el año 2000 y 2015. El único criterio de exclusión establecido fue que las publicaciones no reportaran investigaciones empíricas originales.

Recolección de información bibliográfica

La recolección de información comprendió la búsqueda de información con las palabras claves iniciales en las tres bases de datos. Se obtuvieron 30 referencias bibliográficas con acceso a texto completo. Luego de la evaluación de su contenido, en relación con el tema principal, se establecieron las palabras claves definitivas: suicidio, escuela y *bullying*. Con estas palabras claves, se realizó una búsqueda complementaria de referencias que combinó estas tres palabras claves y permitió constituir el *corpus* definitivo de 48 referencias de artículos con acceso a texto completo. Los archivos en formato portable document format (pdf) fueron almacenados en diferentes archivos digitales según las palabras claves por las cuales fueron encontrados.

El período de recopilación bibliográfica en las bases de datos fue entre los días 19 de abril y 14 de mayo de 2016.

Tabla 1
Mapas conceptuales de combinación de palabras claves con sus niveles de análisis

Número de mapa conceptual	Título del mapa conceptual	Niveles de análisis
No aplica Mapa 1	No aplica Mapa conceptual de la combinación de palabras claves 'suicidio+escuela' en base de datos <i>SciELO</i> -Chile.	Primer nivel Segundo nivel
Mapa 2	Mapa conceptual de la combinación de palabras claves 'suicidio+escuela' en base de datos <i>SciELO</i> .	Segundo nivel
Mapa 3	Mapa conceptual de la combinación de palabras claves ' <i>suicide+school</i> ' en base de datos Web of Science.	Segundo nivel
Mapa 4	Mapa conceptual de la combinación de palabras claves ' <i>bullying+suicidio+escuela</i> ' en base de datos <i>SciELO</i> -Chile.	Tercer nivel
Mapa 5	Mapa conceptual de la combinación de palabras claves ' <i>bullying+suicide+school</i> ' en base de datos <i>SciELO</i> .	Tercer nivel
Mapa 6	Mapa conceptual de la combinación de palabras claves ' <i>suicide+bullyin+school</i> ' en base de datos <i>Web of Science</i> .	Tercer nivel

Fuente: Elaboración propia.

Elaboración de mapas conceptuales

Un mapa conceptual es una representación gráfica de dos o más conceptos y sus vínculos significativos, mediante palabras, con otros conceptos relacionados que forman una unidad semántica (Novak & Gowin, 2002).

En este caso, se construyeron seis mapas conceptuales con el material resultante de la recolección de información bibliográfica.

Para la construcción de cada mapa conceptual se capturaron las palabras claves contenidas en cada uno de los artículos y con ello, se construyó

una lista diferenciando las palabras clave de las secundarias. Luego, se tomaron las palabras claves y se asociaron con todas las palabras claves secundarias y se procedió a elaborar la representación gráfica. Para esto se utilizó el apoyo instrumental del programa computacional de libre acceso Cmaps Tools. Este procedimiento se repitió 6 veces.

Análisis de mapas conceptuales

El análisis de los mapas conceptuales fue de carácter cualitativo. Su propósito fue alcanzar mayor profundidad en el conocimiento a partir de la identificación de conceptos y sus relaciones. Esto, permitió observar interacciones entre conceptos, evaluar la relevancia de un concepto en función del rol que cumple en el sistema completo y establecer jerarquías. Así, la utilización del mapa conceptual permitió producir un aprendizaje significativo (Nilo, 2007), que superó la delimitación temática realizada como una acción mecánica o irreflexiva y abrió la posibilidad de mirar proposiciones inéditas o alternas de temas de investigación.

El análisis cualitativo de los mapas conceptuales contempló tres niveles de análisis secuenciados (Tabla 1). El primer nivel analiza la proposición 'suicidio en la escuela', desde el punto de vista de su función de representación de hechos posibles en el referente de la realidad escolar chilena, los estudios de violencias en la escuela y las teorías de la educación. El segundo nivel comprende la combinación de los términos 'suicidio + escuela' y analiza la configuración de categorías según sus asociaciones en las tres bases de datos que son la fuente de información. El tercer nivel, refiere a la combinación '*bullying* + suicidio + escuela' que permite visualizar gráficamente el interfaz entre suicidio y escuela.

Tabla 2
Etapas de investigación documental para delimitación del tema suicidio en la escuela

Etapas	Descripción	Resultado de etapa
Planificación de la búsqueda bibliográfica	Identificación de bases de datos Identificación de palabras claves iniciales Criterios de búsqueda bibliográfica	SciELO Chile, SciELO, Web of Science (WoS). Búsqueda en Tesauro de la Educación UNESCO-OIE: suicidio y escuela. Criterios de selección de documentos: lengua española e inglesa, artículo, título, resumen, palabras claves, año de publicación 2000 a 2015.
Recolección de información bibliográfica	Aplicación de palabras claves iniciales Identificación palabras claves definitivas Constitución del <i>corpus</i> documental: acopio y archivo Período de búsqueda	Se obtienen 30 referencias bibliográficas con acceso a documento completo. Palabras claves definitivas a partir de evaluación de contenido de textos: suicidio, escuela y <i>bullying</i> . Búsqueda focalizada con palabras claves definitivas. <i>Corpus</i> de 48 referencias con acceso a texto completo. 19 de abril a 14 de mayo de 2016.
Elaboración de mapas conceptuales	Construcción de mapas conceptuales con programa computacional de libre acceso <i>Cmaps Tools</i>	6 mapas conceptuales
Análisis	Lectura y análisis de mapas conceptuales	Descripción en 3 niveles de análisis: Nivel 1: Proposicional y semántico Nivel 2 y 3: inferencias inductivas según modelo analítico para las violencias en la escuela.

Fuente: Elaboración propia.

Síntesis de la metodología del estudio

Las acciones diseñadas y ejecutadas para la delimitación temática del suicidio en la escuela, se presentan en la siguiente tabla que resume la propuesta metodológica. Se incluye el nombre de las etapas, se describen las acciones realizadas y los resultados obtenidos en cada una de ellas (Tabla 2).

Resultados

Mapas conceptuales de combinaciones de palabras clave

Se presentan los resultados obtenidos durante el proceso de investigación documental del tema suicidio en la escuela en tres niveles de análisis. El primer nivel corresponde a la proposición 'suicidio en la escuela', desde el punto de vista de su función de representación de un estado de cosas o hechos posibles. El segundo nivel comprende la combinación de palabras claves 'suicidio + escuela' y el tercer nivel, refiere a la combinación de palabras claves '*bullying* + suicidio + escuela'.

Primer nivel: proposición suicidio en la escuela

La proposición suicidio en la escuela pone en relación dos categorías que significan en tanto partes de una totalidad de significado y que se le atribuye la posibilidad de un valor de verdad para la investigación empírica. Esta proposición puede formar parte del uso cotidiano en la vida social, no sólo del campo científico sino también de los discursos sociales en general (Angenot, 2010). En consecuencia, su significado no puede establecerse con anterioridad al uso y sus contextos.

Eso permite preguntarse, ¿Qué significa suicidio en la escuela? En la pregunta por el significado suicidio en la escuela hay un uso reflexivo del lenguaje en cuanto se considera como un objeto semántico aparte sobre el cual se significa. Se mantienen los términos en lengua española y –como ocurre en ciencias sociales–, se emplean tanto en lo coloquial como en el lenguaje especializado. Por tanto, no se traducen las expresiones nombradas a otras expresiones o símbolos como podría ser en una proposición lógica.

Un contexto especializado de uso de esta proposición descriptiva o empírica es el ámbito de los estudios de violencias en la escuela. Pero, luego de una revisión sistemática de la bibliografía científica no

se identificaron publicaciones de corriente principal sobre suicidio en la escuela (Toledo, Guajardo, Miranda & Pardo, 2017, en prensa). Este resultado negativo en la productividad científica de la proposición en cuestión, plantea un problema en la relación entre lenguaje y realidad: aunque suicidio y escuela son expresiones que tienen una relación con los objetos que representan, la proposición suicidio en la escuela no arrojaría una relación posible en el campo científico.

Un obstáculo de orden semántico de la proposición suicidio en la escuela se encuentra en el campo de la educación, al configurar un contrasentido para la noción dominante de escuela como se indicó en la introducción. Otra limitación se ubica en el campo de los estudios especializados, donde sería una materia inexistente o de escasa productividad científica. Si estos obstáculos no existieran, la proposición debería retratar el fenómeno del acto violento de quitarse la propia vida que realizan actores de la comunidad escolar y debería dar cuenta de su significado.

Dado que los obstáculos semánticos existen, la mantención de la proposición en la escuela, podría llevar a pensar en la inviabilidad del tema de investigación. Por ello, para mantener la proposición y no eliminar el tema, se hace necesario realizar un movimiento intelectual de modo razonado y crítico (Zemelman, 1992) y pasar a un segundo nivel de análisis.

Segundo nivel: combinación de palabras claves ‘suicidio + escuela’ SciELO-Chile

La combinación de palabras claves ‘suicidio + escuela’ (Figura 1) se vincula con categorías referidas a instituciones sociales, como son la escuela, la familia y el sistema de salud en el nivel primario. La política pública en materia de suicidio se relaciona mencionando un programa específico de prevención. Se utilizan términos que denotan a los individuos en tanto los roles que asumen como educadores y como padres. En el caso de los individuos no-adultos, se identifican a los adolescentes, la adolescencia y la conducta propia de esta categoría psicosocial. No hay asociación con términos que revelen la condición de estudiante. El sistema de salud no se encuentra ligado a categorías de individuos en particular. Hay una serie de términos que refieren a categorías muy amplias de salud mental como son: factores psicosociales, factores de riesgo y trastornos mentales. La depresión aparece vinculada al suicidio. En relación con el fenómeno del suicidio, se distinguen cinco categorías: intento suicidio,

intento suicida, ideación suicida, conducta suicida y suicidio. La única categoría geográfica registrada es Chile.

Este mapa conceptual liga las categorías escuela y suicidio desde las instituciones sociales, especialmente, desde los sistemas sociales de salud y educación. Por ello, involucra la organización nominada escuela y atención primaria de salud. Pero, también comprende al sistema familiar. En estos sistemas sociales, los adultos ocupan el lugar de educadores y de padres, es decir, se trata de roles formales frente a los adolescentes, los que son presentados como formando parte de una categoría psicosocial asociada a un orden conductual. Este mapa conceptual permite pensar que el tema suicidio en la escuela, a nivel proposicional, construye su sentido en la relación individuo e institución social, donde los adultos poseen roles no referidos a edad o conducta. Son sólo adultos.

La omisión de la categoría estudiante u otras con igual acepción, pone una barrera para la delimitación del tema de investigación. Esto porque, ante el fenómeno del suicidio, el individuo escolarizado deja su rol institucional para ser nominado sólo en cuanto adolescente, es decir, lo que prima es una perspectiva evolutiva de los individuos.

SciELO

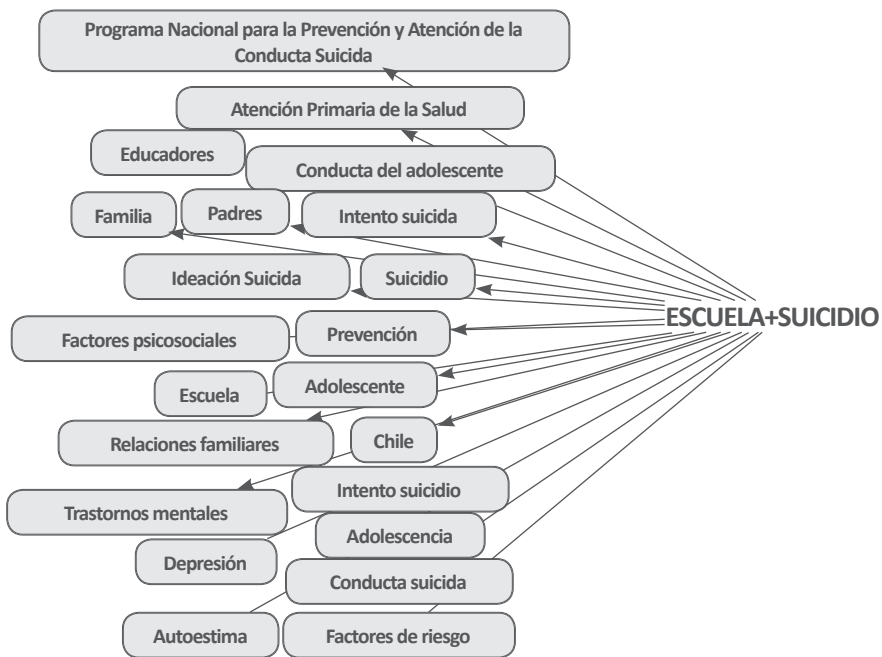
Al igual que en la base de datos SciELO-Chile, en SciELO, la combinación de palabras claves 'suicidio + escuela' (Ver Figura 2), se asocia con categorías referidas a las instituciones sociales como son la familia y el sistema de salud en el nivel primario. Pero, suma a los medios de comunicación. Sin embargo, no se considera la palabra clave escuela. En materia de política pública sobre suicidio, refiere también a un programa específico de prevención e incluye la prevención como un concepto en sí mismo. Los individuos adultos son identificados en su rol de padres. No hay asociación con términos que denoten el rol de profesor. En el caso de las categorías de no adultos, los individuos se asocian a adolescentes, a conductas propias de esa etapa psicosocial y a su rol de estudiante. Además, se registra la categoría grupo de iguales, que señala la presencia de expresiones grupales y no sólo de carácter individual.

Se incorpora el término acoso escolar como un tipo particular de violencia que se produce en la escuela y se considera otra violencia –la homofobia–, que se reproducen en la misma institución. También se registra la violencia como concepto y el homicidio como otro tipo

de violencia. Ambos términos incluyen un conjunto de categorías. Más específicamente, se incluye heridas y traumatismos en la asociación entre suicidio y escuela.

Una serie de otras categorías refieren al tema de la salud mental. Salud mental aparece como una categoría en sí misma y como una perspectiva biopsicosocial que refiere a calidad de vida y factores de riesgo. Igualmente, se expresa en una perspectiva psicopatológica, que vuelve a marcar la presencia de la depresión. El término genética tiene un lugar en este mapa conceptual. Mientras que, el suicidio considera tres categorías: intento suicidio, ideación suicidio y suicidio. La única categoría geográfica registrada es América.

Figura 1
Mapa conceptual de la combinación de palabras claves 'suicidio + escuela' en base de datos SciELO-Chile



Fuente: Elaboración propia.

En consecuencia, este mapa conceptual mantiene el patrón de ligar las palabras claves con las instituciones sociales. La variación respecto a la base SciELO-Chile es la ausencia de la escuela y la incorporación de las noticias de los medios de comunicación social. No obstante, el conjunto de categorías se focaliza en los estudiantes, adolescentes y padres.

Entonces, es posible pensar la escuela y sus profesores de un modo implícito, a través de la categoría estudiante y, en el caso de la familia, a través de los padres. En este último aspecto, hijos e hijas están ausentes como categorías. Lo escolar se encuentra presente en la categoría acoso escolar, concepto que remite a un tipo de violencia que se produce en la escuela. Otras categorías de violencia no pueden ser leídas como propiamente escolares o, por lo menos, como características de esa institución. Esto sucede con los términos violencia, homicidios, heridas y traumatismos y homofobia. Al igual que en el mapa conceptual de la base de datos SciELO-Chile, el sistema de salud no se encuentra ligado a categorías de actores o individuos en particular, lo que induce a afirmar que, el tema del suicidio en la escuela se vincula en una relación más abstracta con el sistema de salud que con el sistema de educación. Esto, porque la escuela se liga con individuos o indicios de su presencia.

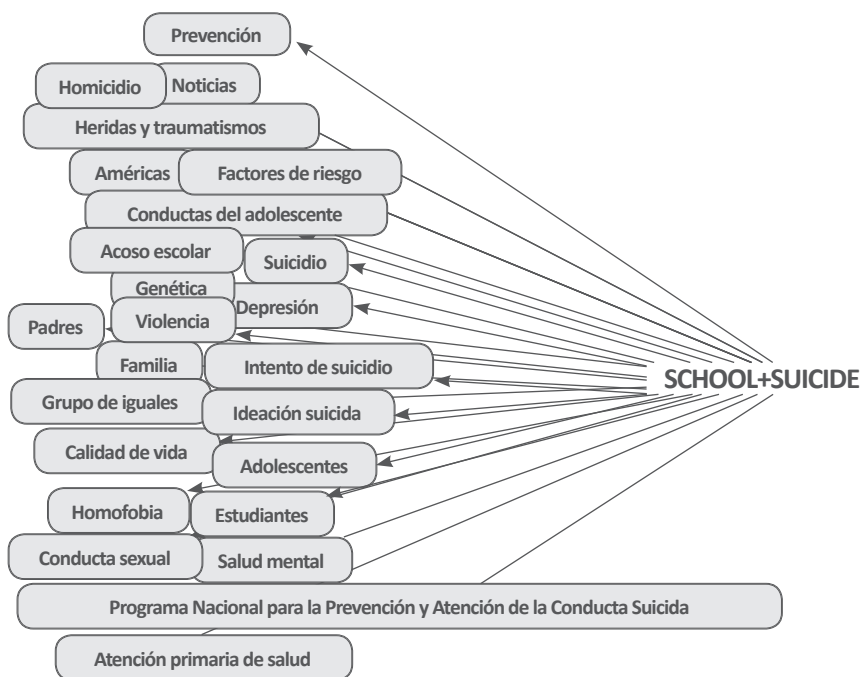
En ambas bases de datos, el tema suicidio en la escuela no se encuentra asociado a disciplinas científicas, áreas de conocimiento científico ni corrientes teóricas.

Web of Science

En la combinación de palabras claves '*suicide + school*' (Ver Figura 3), se registran las palabras claves referidas a instituciones sociales, como son escuela y comunidad y educación secundaria terminal. Las categorías no comprenden los roles que despliegan los actores escolares como acontece en las bases de datos SciELO-Chile y SciELO. En este caso, las categorías de individuos se exponen como etapas del ciclo de vida: adolescencia, adolescentes tempranos y juventud. No se incluyen otras categorías psicosociales. Los problemas de salud mental se encuentran presentes en las categorías depresión y alucinaciones auditivo verbales y, en su relación con las drogas: alcohol, drogas, uso temprano de sustancias, consumo de cigarrillos, medicamentos prescritos, uso no médico de medicamentos psicoactivos.

Lo no médico aparece como categoría. Y, a diferencia de las bases de datos SciELO, se incluye la categoría clínica de salud mental en niños y adolescentes y la terapia cognitivo-conductual. Esta es la única corriente psicológica indicada en la combinación de palabras claves '*suicide + school*'.

Figura 2
Mapa conceptual de la combinación de palabras claves ‘suicidio + escuela’ en base de datos SciELO



Fuente: Elaboración propia.

A diferencia de los mapas conceptuales antes presentados, aparecen conceptos asociados al campo de la metodología de investigación científica: factores, estudios de cohorte, bases de datos y revisiones sistemáticas. Junto a ello, se presenta la palabra clave encuesta de salud escolar global y a ella se asocia la prevención del suicidio en jóvenes. En relación al fenómeno del suicidio, se incluyen cuatro categorías: suicidio, intento de suicidio, ideación suicida e iatrogénico. Los lugares geográficos mencionados son Perú, Samoa, Vanuatu, Guangdong, Kiribati e Islas Salomón.

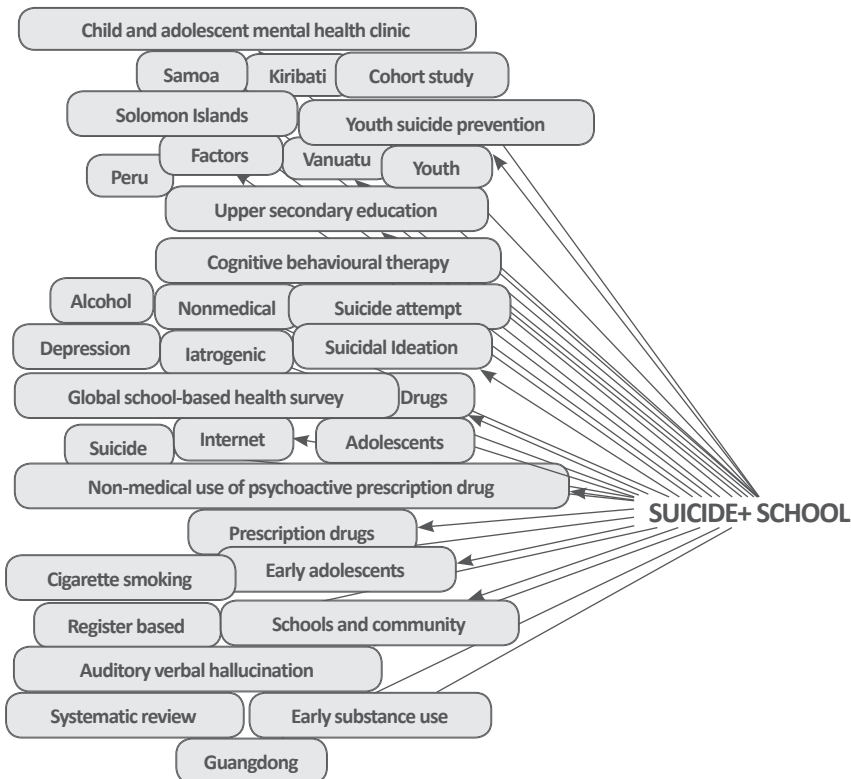
Se establece que, la producción de categorías que surgen de la combinación de palabras claves *'suicide + school'*, son convergentes con una aproximación clínica al fenómeno. Eso explica la desaparición de las palabras claves vinculadas a violencias y del *bullying* como un tipo particular de violencia escolar y la aparición de palabras claves propias del campo de la ciencia, específicamente vinculadas a la teoría y a la metodología. A la vez, emerge un nuevo concepto, Internet, que sitúa el suicidio en un nuevo entorno, el espacio virtual. La concepción del

suicidio se mantiene, aunque las categorías se reducen a tres: intento de suicidio, ideación suicida y suicidio.

Tercer nivel: bullying como interfaz entre suicidio y escuela

Considérese que, del análisis de las primeras palabras claves vinculadas con el suicidio y la escuela, el único término –propio del campo escolar–, que surge como significativo es el *bullying*. Esta condición, indica que el concepto *bullying* opera como un interfaz entre las palabras claves suicidio y escuela. Este anglicismo, que ha pasado a ser parte del lenguaje cotidiano, se corresponde con el concepto de acoso escolar en lengua española. A partir de esta operación analítica surgen dos combinaciones de palabras claves que se deben sumar a la investigación documental que permitirá la delimitación del tema de investigación suicidio en la escuela: '*bullying + suicidio + escuela*' y '*bullying + suicide + escuela*'.

Figura 3
Mapa conceptual de la combinación de palabras claves 'suicide + school' en base de datos Web of Science



Fuente: Elaboración propia.

Estas nuevas proposiciones son investigadas en las mismas tres bases de datos: y Web of Science. SciELO-Chile, SciELO.

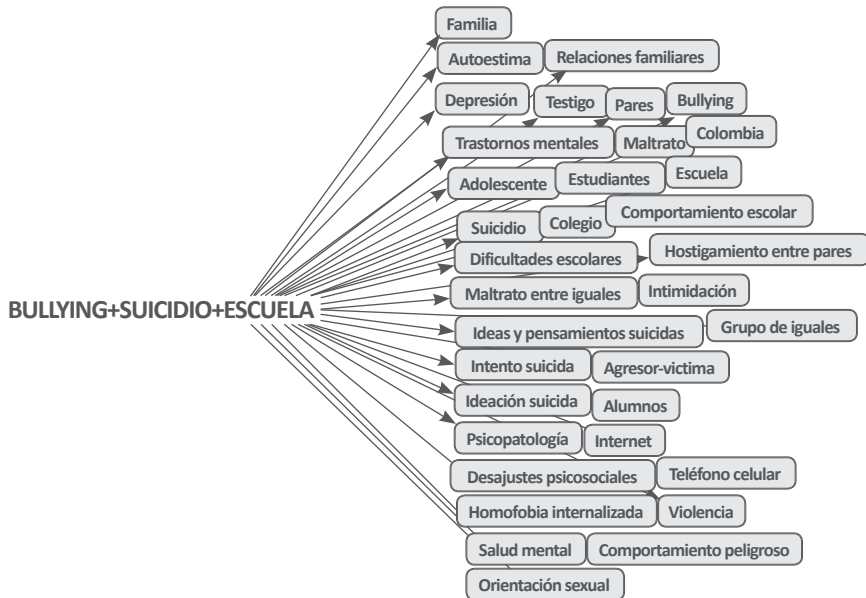
SciELO-Chile

En la combinación de palabras claves '*bullying + suicidio + escuela*' (Ver Figura 4), se mantiene la presencia de categorías asociadas con instituciones sociales. Pero, se reducen a dos los campos, el de la familia y de la escuela, puesto que se incluyen las palabras claves colegio, escuela y familia. Los individuos son presentados con categorías escolares, en su etapa de ciclo vital y en sus interacciones: adolescente, pares, grupo de iguales, alumnos, estudiantes, comportamiento escolar y relaciones familiares. Se incluye el entorno virtual a través de los conceptos, Internet, telefonía celular y conectividad social. Este último concepto conecta la realidad virtual con las interacciones cara a cara. Se observan tres campos de significado que aglutinan categorías vinculadas con violencias. Se presenta el concepto violencia y *bullying* como tal. El término *bullying* se expone como sinónimos o traducciones, como son: maltrato entre iguales, intimidación y hostigamiento entre pares. También se presenta la palabra clave maltrato como una categoría genérica. Además, se identifican algunos de los roles que asumen quienes participan en *bullying*: testigos y agresor-víctima.

Entre los problemas de salud mental identificados desde una perspectiva psicopatológica, se consideran las palabras claves: psicopatología, comportamiento peligroso, trastornos mentales, depresión, desajustes psicosociales y homofobia internalizada. Mientras que, la salud mental desde una perspectiva no patológica refiere a la salud mental misma, autoestima, orientación sexual, dificultades escolares y desajustes psicosociales. Se registran cinco categorías para el fenómeno suicidio: suicidio, ideas y pensamientos suicidas, intento suicida e ideación suicida. Se registra Colombia como lugar geográfico.

Este mapa conceptual pone el acento en la salud mental y en ese ámbito privilegia la perspectiva clínica. Al mismo tiempo, la palabra clave *bullying* aparece con matices lingüísticos y diferenciando a los actores de esta interacción social fundada en la diferencia de poder.

Figura 4
Mapa conceptual de la combinación de palabras claves ‘bullying + suicidio + escuela’ en base de datos SciELO-Chile



Fuente: Elaboración propia.

SciELO

Al aplicar la combinación de palabras claves ‘*bullying + suicide + school*’ (Ver Figura 5), en la base de datos *SciELO*, no se encuentran publicaciones que utilicen esas palabras claves.

Figura 5
Mapa conceptual de la combinación de palabras claves ‘bullying + suicide + school’ en base de datos SciELO



Fuente: Elaboración propia.

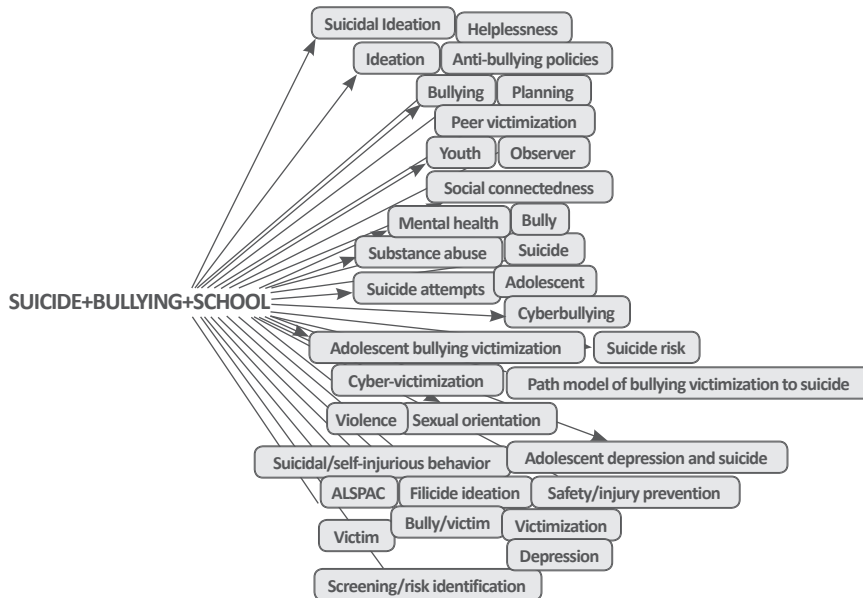
Web of Science

En la combinación de palabras claves ‘*bullying + suicide + school*’, incluye el concepto genérico violencia y el concepto de *bullying* aparece con sus traducciones posibles o expresiones equivalentes como son: victimización, victimización de pares y victimización adolescente por *bullying*. Al mismo tiempo, se despliega incluyendo conceptos

que refieren a los roles de sus participantes: víctima, matón-víctima, observador y matón. Una particular categoría que forma una nueva combinación de palabras claves, es el análisis de senderos que lleva de la victimización por *bullying* al suicidio. También refiere a los entornos donde tiene lugar, sea en un entorno tecnológico o un entorno físico, es decir, *bullying* y *cyberbullying*. Esto se asocia al concepto de conectividad social. Además, incluye políticas anti-*bullying*. Los conceptos relativos a prevención son genéricos y no se relacionan con la escuela ni con los estudiantes: seguridad/prevenición de lesiones, detección/identificación de riesgos, estudio longitudinal de padres y niños. En tanto, individuos solo aparece adolescente y juventud.

Se presenta la categoría salud mental y varias categorías asociadas a su concepción no patologizante, como son: impotencia, orientación sexual y abuso de sustancias. La psicopatología solo se manifiesta a través de la depresión y la depresión adolescente se vincula directamente con suicidio. A diferencia de las bases de datos SciELO, no hay referencia a lugares geográficos. Se registran ocho categorías relacionadas con el fenómeno suicidio: suicidio, conducta autoagresiva/suicida, riesgo de suicidio, intento de suicidio, planeación, ideación, ideación suicida, ideación de filicidio. Este último mapa conceptual no refiere a instituciones sociales y escasamente considera a los individuos. Pero, fortalece la combinación de palabras claves 'suicidio + escuela'. Esto, porque incrementa y diversifica las categorías asociadas con suicido y porque demuestra que hay un modelo de ecuación estructural (*path model*, que describe una dirección de dependencia entre dos viables) que asocia el ser víctima de *bullying* (que es una categoría propiamente escolar) con el acto de suicidio.

Figura 6
Mapa conceptual de la combinación de palabras claves 'bullying + suicide + school' en base de datos Web of Science



Fuente: Elaboración propia.

Artículos seleccionados para la construcción de mapas conceptuales

En tablas se presenta el corpus documental que sirvió de fuente de información para los mapas conceptuales. En cada tabla se agrupa las referencias bibliográficas producto de la combinación de palabras claves en una base de datos. Para identificar cada artículo se indica: autor(es), título, año y nombre de la revista en que fue publicado.

Discusión

Delimitación del tema de investigación

La delimitación temática es la fase inicial de toda investigación científica, que poca atención se ha recibido en los manuales metodológicos y en las prácticas de los investigadores. Por ello, se ha realizado esta investigación documental y reflexionado sobre esta etapa breve en ocupación de tiempo y dedicación, pero determinante del diseño de la investigación. Ahora se presenta la lectura de los resultados que da cuenta del movimiento razonado (Zemelman, 1992), realizado para la

delimitación del tema de investigación. En consecuencia, primero una breve reflexión sobre las bases de datos utilizadas. Luego, se presenta la consecuencia de no haber realizado este movimiento. Y a continuación, se expone la lectura analítica de los mapas conceptuales. Finalmente, se presenta la delimitación del tema suicidio en la escuela redefinido.

Sobre las bases de datos utilizadas

Las bases de datos utilizadas –SciELO, SciELO-Chile y Web of Science– proporcionan valiosos recursos de información que alimentan el proceso de investigación de ciencias sociales. Sin embargo, al momento de la delimitación temática y en la construcción de un objeto de estudio, su examen crítico, desde el punto de vista de las lógicas clasificatorias y las categorías empleadas en los temas o materias, es un momento necesario. Esta necesidad adquiere mayor visibilidad al utilizar metodologías cualitativas y el trabajo de campo etnográfico, por su apertura a las descripciones o distinciones contra-intuitivas para la teoría educativa y los estudios de violencia escolar. Siguiendo esta orientación, la diversidad de la producción científica y su complejidad en ciertos campos, como son los temas tabú o controversiales en educación, plantea la duda respecto de una potencial homogenización lingüística y cultural en la delimitación temática.

Consecuencias de la delimitación mecánica del tema de investigación

Cuando se construye la proposición suicidio en la escuela, la función representacional se anula, llegando a cuestionar el valor de verdad de tal proposición, dado que no es parte del discurso dominante en el campo de la educación, aunque se trate de un acto descrito y vivenciado por actores escolares. Este desfase entre el discurso institucional dominante y los actores pone entre paréntesis el valor de este tema de investigación. El estatuto de este tema –al mantenerlo sin reflexión crítica– podría ser el de un tema con un carácter exploratorio, debido a la escasa evidencia directa existente sobre él en el campo de la investigación en ciencias de la educación. Aunque si hay evidencia abundante en otros campos del saber cómo ocurre con la salud pública, la psiquiatría y la psicología.

Lectura analítica de los mapas conceptuales

Los mapas conceptuales, como técnica de representación gráfica de categorías y sus relaciones significativas, permiten observar la asociación del tema con otros conceptos que vinculan el suicidio en la escuela. A saber, el tema no solo se asocia con la institución escolar sino también con aquellas ocupadas de la salud, la familia y los medios de comunicación. Hay un efecto de enriquecimiento conceptual y de interconexión del tema con otros conceptos, que por un lado extienden el campo temático y, por otro, reduce la fuerza la primacía inicial de la institución escolar.

Entre los nuevos conceptos que emergen se manifiesta la presencia de individuos que se registra de manera variable. Priman las distinciones por etapas psicosociales, particularmente la etapa adolescente, aunque aparecen los estudiantes como tales y como alumnos. Los adultos de la escuela se configuran difusos en su rol de educadores y los padres indiferenciados en su género. Esto desplaza el tema del suicidio en la escuela hacia el campo de la salud mental situándolo como un producto de una etapa de conflicto en relación a la construcción de la identidad individual. Lo anterior, dificulta pensar la relación entre suicidio y escuela.

El campo de la clínica en salud mental aparece como un campo de conocimiento explícito representado por conceptos de orden médico-psiquiátrico y psicológico. Se incluyen categorías que refieren a patologías psiquiátricas, entre las cuales destaca la depresión que está presente en todos los mapas conceptuales; categorías psicológicas vinculadas a conducta y estado emocional del individuo; factores psicosociales que afectan la calidad de vida/salud mental de las personas. La conducta y orientación sexual de los individuos también se incluye. En suma, la intensa presencia de categorías vinculadas con este campo orienta el tema de investigación directamente al campo de la salud, de la psicología y de la psiquiatría. Alejándolo claramente del campo escolar. En consecuencia, el suicidio no puede separarse de la clínica ni de la salud mental.

La prevención emerge como otra dimensión del suicidio en la escuela. Se marca tanto la necesidad de estudios que aporten información para realizar un diagnóstico como la prevención en sí misma y programas específicos de prevención de la violencia escolar y del suicidio.

En cuanto a conceptos propios de las teorías científicas que explican el suicidio, solo se representa la perspectiva cognitivo-conductual y se hace desde la clínica a través de la terapia. Esto cierra el espacio de la teoría al campo de la psicología y pone como criterio de verdad el hecho de que solo una perspectiva teórica puede explicar el suicidio en la escuela. Se bloquea la utilización de otras teorías de las ciencias sociales y de todos los saberes acumulados por la comunidad científica.

La combinación de palabras claves suicidio ‘*bullying* + suicidio + escuela’ hace aparecer una dimensión geográfica del tema de investigación. Sus coordenadas geográfico-políticas que remiten al campo Sur-Sur. En su interior se diferencian dos grandes regiones. Por un lado, que incluye los conceptos América, Chile, Perú y Colombia y, por otro lado, los países insulares del Pacífico Sur con Samoa, Islas Salomón, Vanuatu, Kiribati. A los cuales se suma el oriente con la Provincia China de Guangdong. Se omite a los países y zonas geográficas euro-americanas de economías desarrolladas. Tampoco se menciona el continente africano. Además, al sumar las nuevas tecnologías, se consideran dos entornos en que el *bullying* tiene lugar: el espacio físico y el espacio virtual. De ahí que el *cyberbullying* está presente.

Tabla 3
Artículos seleccionados para construcción de mapas conceptuales con palabras claves ‘escuela + suicidio’ en SciELO-Chile

Autor	Título	Año	Revista
Bustamante, F. & Florenzano, R.	Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura.	2013	<i>Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría</i>
Cortés, A.	Conducta suicida adolescencia y riesgo.	2014	<i>Revista Cubana de Medicina General Integral</i>
Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C. & Musalem, C.	Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos.	2011	<i>Revista Médica de Chile</i>
Pavez, P., Santander, N., Carranza, J. & Vera-Villarroel, P.	Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo.	2009	<i>Revista Médica de Chile</i>

Pérez-Olmos, I., Téllez, D., Vélez, A. & Ibáñez-Pinilla, M.	Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos.	2012	<i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i>
Piedrahita, L., Paz, K. & Romero, A.	Estrategia de intervención para la prevención del suicidio en adolescentes: La escuela como contexto.	2012	<i>Revista Hacia la Promoción de la Salud</i>
Rodríguez, F., Mok, Y., Cuervo, L. & Rodríguez, O.	Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba.	2013	<i>MEDISAN</i>
Sánchez-Sosa, J., Villarreal-González, M.E., Musitu, G. & Martínez, B.	Ideación suicida en adolescentes: Un análisis psicosocial.	2010	<i>Psychosocial Intervention</i>
Silva, S.	[Reseñas] El suicidio en la pubertad y la adolescencia. Un abordaje desde la psicología social, por Carmona, J., Tobón, F., Jaramillo, J. & Areiza, Y.	2012	<i>Revista Latinoamericana de Psicología</i>
Ventura-Junca, R., Carvajal, C., Undurraga, S., Vicuña, P., Egaña, J. & Garib, M.	Prevalencia de ideación e intento suicida en adolescentes de la Región Metropolitana de Santiago de Chile.	2010	<i>Revista Médica de Chile</i>

Fuente: Elaboración propia.

No hay ninguna referencia explícita a disciplinas formales o áreas de conocimiento científico. Lo que, libera al suicidio de ser objeto de estudio de una sola disciplina y lo transforma en espacio de investigación inter, multi y/o transdisciplinario. Sin embargo, un grupo de conceptos refiere directamente a la metodología de la investigación científica: tipos de estudios, registro de información y técnicas de análisis. Se trata de un campo definido desde el paradigma hegemónico en la metodología de la investigación, dejando fuera toda metodología de tipo hermenéutica o interpretativa.

El anglicismo *bullying*, que actúa como conector o interfaz entre suicidio y escuela, fortalece la relación entre los dos conceptos que dieron origen a esta investigación. Este concepto refiere a una violencia propia y exclusiva de la escuela. Con eso elimina las violencias que no

son producidas propiamente por la escuela y aquellas que la escuela reproduce (Toledo, Guajardo, Miranda & Pardo, 2017, en prensa) y las autoagresiones y conductas de riesgo de los estudiantes.

El tema se vuelve a focalizar en la escuela. Lo que limita la relación con otros actores sociales y escolares, dado que el *bullying* es un acto que ocurre solo entre estudiantes. El acto de eliminar actores escolares y violencias, vuelve a cerrar las fronteras del tema, dado que en la escuela existe una diversidad de violencias que más o menos directa o indirectamente inciden en la práctica del *bullying* entre los estudiantes (Toledo, Guajardo, Miranda & Pardo, 2017, en prensa).

Tabla 4
Artículos seleccionados para construcción de mapas conceptuales con palabras claves 'school + suicide' en SciELO

Autor	Título	Año	Revista
Aguirre-Flórez, D., Cataño-Castrillón, J., Cañón, S., Marín-Sánchez, D., Rodríguez-Pabón, J., Rosero-Pantoja, L., Valenzuela-Díaz, L. & Vélez-Restrepo, J.	Riesgo suicida y factores asociados en adolescentes de tres colegios de la ciudad de Manizales (Colombia).	2015	<i>Revista de la Facultad de Medicina</i>
Bustamante, F. & Florenzano, R.	Programas de prevención del suicidio adolescente en establecimientos escolares: una revisión de la literatura.	2013	<i>Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría</i>
Florenzano, R., Valdés, M., Cáceres, E., Santander, S., Aspillaga, C. & Musalem, C.	Relación entre ideación suicida y estilos parentales en un grupo de adolescentes chilenos.	2011	<i>Revista Médica de Chile</i>
Hidalgo-Rasmussen, C. & Hidalgo-San Martín, A.	Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria.	2015	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Ortiz-Hernández, L. & Valencia-Valero, R.	Disparidades en salud mental asociadas a la orientación sexual en adolescentes mexicanos.	2015	<i>Cadernos de Saúde Pública</i>
Rodríguez, F., Mok Olmo, Y., Cuervo, L. & Rodríguez, O.	Prevención del suicidio en adolescentes de un área de salud de Santiago de Cuba.	2013	<i>MEDISAN</i>

Rodríguez, J.A. & Oduber, J.A.	Ideación suicida y grupo de iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos.	2015	<i>Universitas Psychologica</i>
Salvo, L. & Castro, A.	Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes.	2013	<i>Revista Médica de Chile</i>
Sarmiento, E., Ulloa, R., Brenes, M., Camarena, B., Aguilar, A. & Hernández, S.	El polimorfismo 5-HTTLPR y el intento suicida en adolescentes deprimidos.	2014	<i>Salud Mental</i>
Srabstein, J.	News reports of <i>bullying</i> -related fatal and nonfatal injuries in the Americas.	2013	<i>Revista Panamericana de Salud Pública</i>

Fuente: Elaboración propia.

En relación al concepto de suicidio, la categoría se abre y diversifica. Ya no se trata de un solo acto, aunque las tres bases de datos comparten solo tres categorías, a saber: suicidio, ideación suicida e intento suicida. La base chilena agrega y diferencias entre la dimensión conductual e ideacional al considerar los conceptos conducta suicida, ideas suicidas y pensamientos suicidas.

Además, la base de datos global aporta los conceptos comportamiento autoagresivo suicida, riesgo suicida y planeación. La sumatoria de conceptos vinculados al suicidio lleva a pensar que el suicidio es un proceso formado por etapas, que comprenden una dimensión conductual y otra ideacional. Esta vinculación conceptual, sin duda, otorga complejidad analítica al concepto suicidio y lo aleja de la primera visualización como un objeto con un significado único y englobante. No hay término alguno que ligue directamente el suicidio con la escuela. Entonces, el concepto suicidio se aleja del campo de la escuela.

Tabla 5
Artículos seleccionados para construcción de mapas conceptuales con palabras claves
'suicide + school' en Web of Science

Autor	Título	Año	Revista
Christiansen, E., Agerbo, E., Larsen, K. J., Bilenberg, N., & Stenager, E.	Youth, suicide attempts and low level of education: A Danish historical register-based cohort study of the outcome of suicide attempt.	2015	<i>International Journal of Social Psychiatry</i>
De Luca, S., Schmeelk-Cone, K. & Wyman, P.	Latino and Latina adolescents' help-seeking behaviors and attitudes regarding suicide compared to peers with recent suicidal ideation.	2015	<i>Suicide Life-Threatening Behavior</i>
Fujita, J., Takahashi, Y., Nishida, A., Okumura, Y., Ando, S., Kawano, M., Toyohara, K., Sho, N. Minami, T., Arai, T.	Auditory verbal hallucinations increase the risk for suicide attempts in adolescents with suicidal ideation.	2015	<i>Schizophrenia Research</i>
Juan, W., Jian-Xiong, D., Lan, G., Yuan, H., Xue, G., Jing-Hui, H., Guo-Liang, H. & Ci-Yong, L.	Non-medical use of psychoactive drugs in relation to suicide tendencies among Chinese adolescents.	2015	<i>Addictive Behaviors</i>
Peltzer, K. & Pengpid, S.	Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among school-aged adolescents in four pacific island countries in Oceania.	2015	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>
Petrova, M., Wyman, P. A., Schmeelk-Cone, K. & Pisani, A.R.	Positive-themed suicide prevention messages delivered by adolescent peer leaders: Proximal impact on classmates' coping attitudes and perceptions of adult support.	2015	<i>Suicide Life-Threatening Behavior</i>
Robinson, J., Hetrick, S., Cox, G., Bendall, S., Yung, A. & Pirkis, J.	The safety and acceptability of delivering an online intervention to secondary students at risk of suicide: Findings from a pilot study.	2015	<i>Early Intervention in Psychiatry</i>

Sharma, B., Nam, E.W., Kim, H.Y. & Kim, J.K.	Factors associated with suicidal ideation and suicide attempt among school-going urban adolescents in Peru.	2015	<i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>
Wei, Y., Kutcher, S. & Le Blanc, J.C.	Hot idea or hot air: A systematic review of evidence for two widely marketed youth suicide prevention programs and recommendations for implementation.	2015	<i>Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry</i>
Zullig, K.J., Divin, A.L., Weiler, R.M., Haddox, J.D. & Pealer, L.N.	Adolescent nonmedical use of prescription pain relievers, stimulants, and depressants, and suicide risk.	2015	<i>Substance Use & Misuse</i>

Fuente: Elaboración propia.

Delimitación alterna del tema suicidio en la escuela

De acuerdo a la mirada del razonamiento crítico del tema de investigación (Andrade, 2007) aplicada a la proposición suicidio en la escuela, para plantear una nueva delimitación temática, se requiere considerar un conjunto de dimensiones que permitan describir aquello que queda en su interior y dejar implícito aquello que se excluye.

Así, la nueva delimitación contiene en el orden institucional a la escuela como institución principal y a la familia como secundaria. Entre los individuos, en cuanto a los roles sociales que asumen, se considera a los padres, a los estudiantes y a los educadores. Sin embargo, es necesario diferenciar entre los distintos roles de los educadores como son: profesores, directivos, inspectores, asistentes de la educación.

Además, es importante considerar a los estudiantes en la etapa de desarrollo psicosocial en que se encuentran –la adolescencia– y la identidad sexual en su diversidad de orientaciones y construcciones identitarias. La dimensión salud mental, en su perspectiva psicopatológica exige considerar la depresión y en su perspectiva psicosocial los factores psicosociales que inciden en la calidad de vida.

Asociado a esto, se requiere reconocer la dimensión de prevención social del suicidio y de las violencias escolares. Otra dimensión a incluir es la geográfica. Ésta junto con una dimensión histórica le otorga coordenadas de contexto y de transformación al fenómeno. Se suma la diferenciación

de los entornos virtuales y físicos que se asocia al suicidio debido a la existencia de *Internet* y otras nuevas tecnologías de comunicación.

Lo central de la dimensión violencias es el *bullying*, que es una categoría en sí misma, pero considera a los actores de esta interacción violenta: matón, matón/víctima, víctima y testigo. Y como se considera el entorno virtual, hay que sumar *cyberbullying*. La dimensión suicidio, debe ser entendida como un proceso, que considera un conjunto de sub-categorías: ideas, pensamientos, ideación suicida, planificación suicida, intento suicida, riesgo suicida y suicidio.

Tabla 6
Artículos seleccionados para construcción de mapas conceptuales con palabras claves 'bullying + suicidio + escuela' en SciELO-Chile

Autor	Título	Año	Revista
Bella, M.	Comportamientos de riesgo para la salud en niños y adolescentes con intentos de suicidio y en sus familiares.	2012	<i>Revista Médica de Chile</i>
García-Maldonado, G., Joffre-Velázquez, V., Martínez-Salazar, G. & Llanes-Castillo, A.	<i>Ciberbullying</i> : forma virtual de intimidación escolar.	2011	<i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i>
Paredes, M., Álvarez, M., Lega, L. & Vernon, A.	Estudio exploratorio sobre el fenómeno del "Bullying" en la ciudad de Cali, Colombia.	2008	<i>Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud</i>
Pérez-Olmos, I., Téllez, D., Vélez, A. & Ibáñez-Pinilla, M.	Caracterización de factores asociados con comportamiento suicida en adolescentes estudiantes de octavo grado, en tres colegios bogotanos.	2012	<i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i>
Pineda, C.	Factores asociados con riesgo de suicidio de adolescentes y jóvenes auto identificados como lesbianas, gays y bisexuales: estado actual de la literatura.	2013	<i>Revista Colombiana de Psiquiatría</i>
Rodríguez, J.A. & Oduber, J.A.	Ideación suicida y grupo de iguales: análisis en una muestra de adolescentes venezolanos.	2015	<i>Universitas Psychologica</i>

Trautmann, A.	Maltrato entre pares o 'bullying': Una visión actual.	2008	<i>Revista Chilena de Pediatría</i>
Valadez, I., Amezcua, R., González, N., Montes, R. & Vargas, V.	Maltrato entre iguales e intento suicida en sujetos adolescentes escolarizados.	2011	<i>Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud</i>

Fuente: Elaboración propia.

Vinculadas a la producción de conocimientos, la dimensión disciplinar debe incluir el saber propio de la educación, sumar psicología, psiquiatría y otras ciencias sociales. La investigación desde una perspectiva disciplinar, inter, multi y/o transdisciplinar otorgaría densidad descriptiva y explicativa. A las teorías psicológicas propias de la clínica se deben articular las teorías vinculadas al suicidio que se han desarrollado en otras ciencias sociales. Y a nivel metodológico no se puede restringir a la perspectiva positivista sino que se debe investigar recurriendo a la diversidad metodológica.

Tabla 7

Artículos seleccionados para construcción de mapas conceptuales con palabras claves 'suicide + bullying + school' en Web of Science

Autor	Título	Año	Revista
Bauman, S., Toomey, R. & Walker, J.	Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students.	2013	<i>Journal of Adolescence</i>
Bhatta, M.P., Shakya, S. & Jefferis, E.	Association of being bullied in school with suicide ideation and planning among rural middle school adolescents.	2014	<i>Journal of School Health</i>
Litwiller, B.J. & Brausch, A.M.	Cyber bullying and physical bullying in adolescent suicide: The role of violent behavior and substance use.	2013	<i>Journal of Youth and Adolescence</i>

Reed, K.P., Nugent, W. & Cooper, R.L.	Testing a path model of relationships between gender, age, and bullying victimization and violent behavior, substance abuse, depression, suicidal ideation, and suicide attempts in adolescents.	2015	<i>Children and Youth Services Review</i>
Cooper, G.D., Clements, P.T. & Holt, K.E.	Examining childhood bullying and adolescent suicide: Implications for school nurses.	2012	<i>The Journal of School Nursing</i>
Rivers, I. & Noret, N.	Potential suicide ideation and its association with observing bullying at school.	2013	<i>Journal of Adolescent Health</i>
Arango, A., Opperman, K.J., Gipson, P.Y. & King, C.A.	Suicidal ideation and suicide attempts among youth who report bully victimization, bully perpetration and/or low social connectedness.	2016	<i>Journal of Adolescence</i>
Hatzenbuehler, M. & Keyes, K.M.	Inclusive anti-bullying policies and reduced risk of suicide attempts in lesbian and gay youth.	2013	<i>Journal of Adolescent Health</i>
Winsper, C., Lereya, T., Zanarini, M. & Wolke, D.	Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: a prospective birth cohort study.	2012	<i>Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry</i>
Romero, A.J., Bracamonte, C., Valencia, C. & Bauman, S.	Latina teen suicide and bullying.	2013	<i>Hispanic Journal of Behavioral Sciences</i>

Fuente: Elaboración propia.

Reflexiones finales

Por todo lo anterior, se concluye que: si la búsqueda de información documental se hubiera detenido en la combinación de las palabras claves ‘suicidio + escuela’, se habría establecido que el suicidio en la escuela es un tema de investigación escasamente investigado sobre el cual existe reducida producción científica. Si la búsqueda se hubiera detenido en el concepto interfaz *bullying*, el tema de investigación se hubiera reducido al suicidio como consecuencia del acoso escolar. Si se mantiene la combinación de palabras claves, no se parafrasea y se agrega el concepto que opera como interfaz *bullying*, se suman los

conceptos que surgen de la investigación documental agrupados por dimensiones y se tiene en cuenta el conocimiento empírico (Toledo, Guajardo, Miranda & Pardo, 2017, en prensa), el tema de investigación suicidio en la escuela puede ser delimitado de manera alterna.

Con lo anterior, ha quedado en evidencia la necesidad de desnaturalizar los momentos iniciales del proceso de investigación y de reflexionar sobre el uso de las bases de datos de artículos y de referencias bibliográficas. Puesto que, de no ocurrir esto, los temas de investigación se construyen de acuerdo a lógicas de clasificación del conocimiento hegemónico que son fragmentarias y representacionales. Lo que esta acción reflexiva de la delimitación del tema de investigación ha permitido, es delimitar el tema suicidio en la escuela, como una problemática social cuyas fronteras son establecidas por un conjunto de dimensiones, que es socio-histórica y que apela al pluralismo explicativo (De Jong, 2001). Una problemática social que se debe pensar como un espacio transdisciplinar, apelando a la diversidad metodológica y a la epistemología de la complejidad.

Referencias bibliográficas

- Albarello, L., Digneffe, F., Hienaux, J.P., Maroy, Ch., Ruquoy, D. & de Saint-Georges, P. (1995). *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris, France: Armand Colin.
- Ander-Egg, E. (1993). *Técnicas de investigación social*. Buenos Aires: Editorial del Río de la Plata.
- Andrade, L. (2007). Del tema al objeto de investigación en la propuesta epistemológica de Hugo Zemelman. *Cinta de Moebio*, (30), 262-282. Recuperado de www.moebio.uchile.cl/30/andrade.html
- Angenot, M. (2010). *El discurso social. Los límites históricos de lo pensable y lo decible*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.
- Baena, G. (1998). *Manual para elaborar trabajos de investigación documental*. México, D.F.: Editores Mexicanos Unidos.
- De Jong, H. (2001). Introduction: A symposium on explanatory pluralism. *Theory & Psychology*, 11(6), 731-735. <http://dx.doi.org/10.1177/0959354301116001>
- De la Herrán, A. & Cortina, M. (2007). Introducción a una pedagogía de la muerte. *Indivisa. Boletín de Estudios e Investigación*, 8, 127-144.
- Eco, U. (1991). *Cómo se hace una tesis. Técnicas y procedimientos de investigación, estudio y escritura*. México, D.F.: GEDISA.

- González, I., & de la Herrán, A. (2010). Introducción metodológica a la muerte y los miedos en educación infantil. *Tendencias Pedagógicas*, 1(15), 124-149.
- Guajardo, G. & Rivera, Ch. (Noviembre, 2014). *El tema de investigación en las ciencias sociales desde una perspectiva interseccional: Una exploración para la innovación curricular en la formación de investigadores e investigadoras*. Actas del III Congreso Internacional de MISEAL: Nuevos desafíos para la inclusión social y la equidad en la educación superior, Barcelona.
- Loubet, J.L. (1991). *Introduction aux méthodes des sciences sociales*. Toulouse, France: Privat.
- Mace, G. (1997). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*. Bruselas, België: De Boeck/ Université.
- Marshall, C. & Rossman, G. (1989). *Designing qualitative research*. Newbury Park, UK: SAGE Publications.
- Mounsey, Ch. (2007). *Ensayos y tesis*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Nilo, H. (2007). Fundamento teórico de los mapas conceptuales. *Revista de Arquitectura e Ingeniería*, 1(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=193915938003>
- Novak, J. & Gowin, B. (2002). *Aprendiendo a aprender*. Barcelona, España: Ediciones Martínez Roca.
- Pons, I. (1993). *Programación de la investigación social*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Rodríguez, P., De la Herrán, A. & Cortina, M. (2012). Antecedentes de pedagogía de la muerte en España. *Enseñanza & Teaching: Revista Interuniversitaria de Didáctica*, 30(2), 175-195. Recuperado de <http://revistas.usal.es/index.php/0212-5374/article/view/9320>
- Toledo, M.I., Guajardo, G. & Miranda, Ch. (2014). Violencias en la escuela desde la perspectiva de estudiantes, profesores y apoderados: Un enfoque transdisciplinar y multi-metodológico para su comprensión. Proyecto FONDECYT Nº 1140135. Recuperado de <http://repositorio.conicyt.cl/browse?type=folio&value=1140135>
- Valles, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid, España: Editorial Síntesis.
- Zelman, H. (1992). *Los horizontes de la Razón II: Historia y necesidad de utopía*. Barcelona, España: Anthropos/El Colegio de México.

CAPÍTULO 14.

SALUD MENTAL COMO DERECHO: LOS CASOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LAS LEYES DE SALUD MENTAL EN ESTADOS UNIDOS Y CHILE

Alberto Larraín Salas y Teresa Abusleme Lama

Antecedentes

En la actualidad las enfermedades de salud mental están aumentando. De acuerdo a cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, los trastornos mentales y los trastornos ligados al consumo de sustancias, son la causa del 23% de los años perdidos por discapacidad. El Informe realizado el año 2015 sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, da cuenta que los problemas de salud mental y las discapacidades mentales constituyen el 14% de la incidencia total de enfermedades, pero pese a ello, en contraste con lo que sucede con la salud física, a la salud mental se le atribuye un nivel de prioridad inadecuadamente bajo y se le asignan recursos humanos y financieros insuficientes².

Este hecho se ve íntimamente relacionado con que las personas que viven con enfermedades mentales son víctimas de estigmatización y discriminación incluso en el sistema de salud, generando a su vez un círculo vicioso que determina que muchas veces no recurran a los servicios de salud mental, y por tanto no reciban la atención necesaria y pertinente para mejorar su calidad de vida.

Nada de esto es nuevo, las personas con enfermedades mentales han sido históricamente excluidas y marginadas, un importante número ha

¹ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

² Organización de las Naciones Unidas (2015): Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Dainius Pūras Consejo de Derechos Humanos, 29° período de sesiones, Tema 3 de la agenda, Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo.

sido institucionalizada bajo políticas manicomiales. La OMS, en este sentido, sostiene que con frecuencia esta población ha sido aislada de la sociedad, siendo objeto de tratos inhumanos y degradantes, violencia física, emocional y abandono, privación del derecho a ejercer la autonomía y carencia de acceso a todas las formas de inclusión social: educación, salud, actividades políticas, trabajo, derechos sexuales y reproductivos, entre otros³. Lo mismo plantea la Convención Derechos Humanos para las personas con discapacidad, donde se declara que “las personas con discapacidad siguen encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo”. Todo esto, no obstante que la Organización de Naciones Unidas (ONU) ha declarado que, sin salud mental, no hay salud física⁴.

Dadas estas condiciones, muchas veces son las familias quienes asumen los costos de tratamiento, existiendo una importante sobrecarga en lo relativo a recursos económicos, sociales y de cuidado.

En razón con lo anterior, el Informe Mundial de Discapacidad del año 2011 realizado por la OMS y el Banco Mundial, da cuenta que la población que presenta enfermedades mentales o deficiencias intelectuales, tiene mayores dificultades para su inclusión en todos los ámbitos de la vida⁵, siendo un elemento importante las barreras sociales en el entorno. De hecho el mismo informe, sostiene que las personas con trastornos mentales graves tienen una brecha de atención de entre el 35% y el 50% en los países desarrollados y del 76% y 85% en los países en vías de desarrollo⁶.

Desde el punto de vista económico, la OMS ha planteado que por cada dólar invertido en el tratamiento de la depresión y la ansiedad, se logran mejoras de cuatro dólares en la salud y la capacidad de trabajo de las personas. Esto da clara cuenta de los beneficios, tanto sanitarios como económicos, de invertir en el tratamiento de las enfermedades mentales. Cálculos realizados dan cuenta que con 2 dólares anuales por personas en los países de bajos ingresos y 4 dólares en los de ingresos medios, es suficiente. No obstante, los presupuestos en los países son muy inferiores a lo indicado anteriormente⁷.

³ http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es/

⁴ Op.cit.

⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011): Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS, Banco Mundial. Malta.

⁶ Op.cit.

⁷ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Revisado en diciembre de 2016).

Tanto la OMS como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han establecido que esta situación de precariedad debe ser combatida estructuralmente, con medidas que frenen y contrarresten el estigma, siendo las políticas o planes de salud mental, prioritarios, y más aún dentro de ellos la confección de una Ley de Salud Mental por cada país. Dicha generación de leyes, deben ser acordes a la Convención de Derechos para las Personas con Discapacidad, de tal forma de adaptar las normas de cada país, en miras de resguardar la dignidad, la autonomía, la solidaridad, la igualdad, con la consiguiente disminución de la privación de libertad y la reducción en las brechas de atención.

En 1996 la OMS planteó diez principios básicos para la legislación de atención en salud mental, que posibilitaron la posterior redacción de la Convención de Derechos de la Personas con Discapacidad (2006), los cuales son⁸:

1. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales
2. Acceso a atención básica en salud mental
3. Evaluación de salud mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en salud mental
5. Autodeterminación
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación
7. Existencia de procedimientos de revisión
8. Mecanismo de revisión periódica automático
9. Cualificación del personal que toma decisiones
10. Respeto de los derechos y de la legalidad

A su vez, sostuvo siete cuestiones fundamentales en el contexto de la legislación de salud mental⁹:

- La legislación es complementaria con respecto a las políticas, planes y programas de salud mental, y puede servir para reforzar las metas y los objetivos de esas políticas.
- Las personas con trastornos mentales son un segmento vulnerable de la sociedad, y necesitan protecciones especiales.
- La legislación de salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales en ámbitos institucionales y en la comunidad.

⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006): Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS, Ginebra, Suiza.

⁹ Op.cit.

- La legislación de salud mental es más que legislación de “atención y tratamiento”. Proporciona un marco legal para enfrentar cuestiones cruciales de salud mental, como el acceso a tratamiento, rehabilitación y seguimiento, la plena integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, y la promoción de la salud mental en diferentes sectores de la sociedad.
- Los gobiernos tienen la obligación de respetar, promover y satisfacer los derechos fundamentales de las personas con trastornos mentales, de acuerdo con lo dispuesto en los documentos internacionales y regionales de derechos humanos de carácter obligatorio.
- Las cuestiones legislativas relativas a la salud mental pueden consolidarse en un único texto legislativo, o distribuirse en distintos documentos legislativos.
- La legislación de salud mental progresista debe incorporar protecciones de los derechos humanos, tal como lo establecen los documentos internacionales y regionales de derechos humanos y los estándares técnicos. La legislación debe permitir el logro de objetivos de política de salud y de salud pública.

En el Atlas de Salud Mental de las Américas¹⁰, publicado por la OPS¹¹, se plantea que el 81% de los países de la región dispone de una política o plan independiente en materia de salud mental, de ellos el 50% ha actualizado dichos documentos en los últimos 10 años. El 52% de los países cuenta con una ley autónoma sobre salud mental. Los recursos financieros asignados a la salud mental en la región son en promedio de US\$6,96 dólares estadounidenses per cápita, variando entre US\$1 y US\$273. De estos fondos, el 75% se destina a la atención hospitalaria, llegando un 73% a hospitales psiquiátricos. El número promedio de trabajadores de salud mental es de 21 por 100.000 habitantes. El promedio de camas en los hospitales psiquiátricos es de 6,5 por 100.000 habitantes con importantes variaciones entre los territorios. Finalmente, 37% del continente está implementando como mínimo dos programas de promoción y prevención de salud mental. De ellos el 59%

¹⁰ Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (2016): Atlas Regional de Salud Mental de las Américas. Diciembre 2015. Washington, DC, OPS, 2016.

¹¹ Los países participantes de este estudio fueron 32, siendo los siguientes: Costa Rica, Cuba, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, República Dominicana, Anguila, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Santa Lucía, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Trinidad y Tobago, Suriname, Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay, Canadá y Estados Unidos.

busca mejorar los conocimientos en el tema y/o combatir el estigma y la discriminación.

En este contexto han existido distintas aproximaciones para poder alcanzar la meta que garantiza el derecho a la salud mental y poder contrarrestar por esta vía la inequidad generada por el estigma, (poner cuadro comparativo en lo del atlas versus Chile y Estado Unidos) siendo el objetivo de esta revisión analizar lo acontecido en dos países de la región: Chile y Estados Unidos, las estrategias del primer país que logró llegar a la promulgación de la ley, y la situación actual de Chile y su devenir en búsqueda de la afanada reforma estructural.

De este modo, en la actualidad tener paridad en el acceso a la atención de salud mental, su financiamiento y calidad de ésta, se hace prioritario para las políticas públicas en salud. Es por ello, que el presente artículo busca analizar los hechos que llevaron al diseño e implementación de la ley de Paridad en Estados Unidos, y los avances que esto ha significado para el país, de tal forma de compararlo con la situación actual de Chile, identificando los elementos críticos que pudieran ayudar a la concreción de una ley nacional de salud mental.

La salud mental en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)

A nivel mundial la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ha señalado que una de cada dos personas a lo largo de su vida tendrá enfermedades de salud mental. Se suma a ello que el 20% de la población laboralmente activa presenta un trastorno siquiátrico, lo cual conlleva un alto impacto social y económico¹².

El año 2002 el 1% de la mortalidad, el 13% de la morbilidad y el 28% de la discapacidad estaba representado por las enfermedades mentales¹³. Para el año 2010 esto implicaba 183,9 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), lo que transformaba a estas condiciones en la primera causa de años vividos con discapacidad del mundo¹⁴.

¹² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2014): Making Mental Health, Count Focus Health, OCDE, July.

¹³ Vicente, Benjamín et al. (2006): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. American Journal Psychiatry, Agosto 2006; 163: 1362-1370.

¹⁴ Whiteford HA, et al. (2013): Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013 Nov 9; 382(9904): 1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6. Epub 2013 Aug 29.

La depresión es el trastorno mental más frecuente de acuerdo a lo sostenido por la OMS y la OPS. Se estima que afecta a más de 350 millones de personas de todas las edades en el mundo, muriendo un millón de personas cada año producto de los suicidios¹⁵. Le sigue el trastorno afectivo bipolar que aqueja a 60 millones de personas y luego la esquizofrenia y otras psicosis con 21 millones de personas en esta condición¹⁶.

Es de vital importancia insistir en que quienes padecen enfermedades mentales son más pobres que la población general, esto explicado en gran parte por las restricciones de los seguros de salud y el mayor gasto de bolsillo en el que incurren, presentan mayores cifras de desempleo, bajo nivel de escolaridad y altos niveles de dependencia. Se suma a ello, que esta población es más propensa a presentar otras patologías como enfermedades cardiovasculares y cánceres, lo que complejiza aún más su situación¹⁷.

A su vez, y tal como se planteó en párrafos anteriores, existen importantes brechas en el tratamiento de las patologías mentales. La OMS ha declarado que la brecha terapéutica mediana para la depresión es de un 56,3%, para la distimia de un 56%, el trastorno bipolar un 50,2%, el trastorno de pánico de un 55,9%, la ansiedad generalizada de un 57,5%, los trastornos obsesivo compulsivos un 57,3% y la esquizofrenia, incluidas otras psicosis no afectivas, un 32,2%. La brecha más importante corresponde al abuso y la dependencia del alcohol con un 78,1%¹⁸.

Pese a lo anterior, el gasto en salud mental en los países de la OCDE ha ido en aumento y representa entre el 5% y 18% del gasto total en salud¹⁹. Chile, a diferencia de esta realidad, presenta la cifra más baja, con un 2,2% del presupuesto total en salud el año 2012²⁰.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014): Prevención del suicidio. Un imperativo global. Disponible en http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1 (Revisado en diciembre 2016).

¹⁶ http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (Revisado en diciembre de 2016).

¹⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011): Informe Mundial sobre Discapacidad. OMS, Banco Mundial. Malta.

¹⁸ <http://www.who.int/bulletin/volumes/82/11/khon1104abstract/es/> (Revisado en diciembre de 2016).

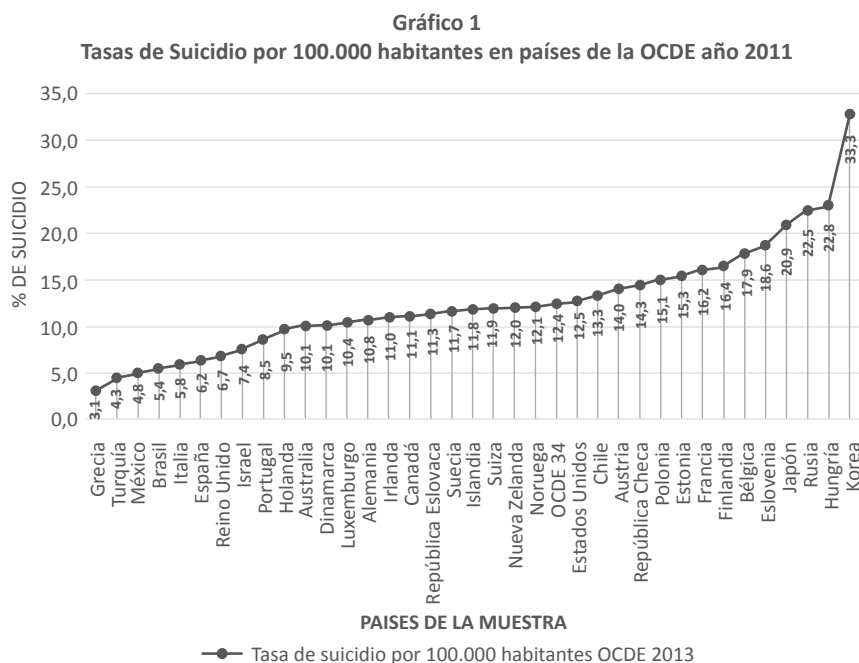
¹⁹ Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2014): Making Mental Health, Count Focus Health, OCDE, July.

²⁰ Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

Durante los últimos 20 años, en los países de la OCDE ha habido una tendencia general a disminuir el número de camas de cuidados psiquiátricos, en especial aquellas de larga estadía. El cuidado de la salud mental se ha desplazado hacia el tratamiento en la comunidad, específicamente hacia la atención primaria de salud y los centros comunitarios especializados de salud mental, siendo éstos últimos fortalecidos para brindar una atención más adecuada.

Finalmente, y no menos importante, es relevante comentar el suicidio, que a juicio de los expertos es considerado a menudo como un indicador indirecto de la salud mental de la población. Este fenómeno, se podría decir, refleja las debilidades del sistema de salud mental. De hecho las altas tasas de suicidio, tanto en población adolescente como en personas mayores, debieran ser consideradas como un llamado de atención.

Comparativamente, y de acuerdo a los datos de la OCDE, Chile se encuentra dentro de los países que tienen tasas elevadas de suicidio, ubicándose por sobre la tasa promedio de los países que integran esta organización. Esto se observa con claridad en el siguiente gráfico:



Fuente: OECD Health Statistic 2013²¹.

²¹ <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Epidemiología salud mental en Estados Unidos y Chile

- *Prevalencias de trastornos mentales en Estados Unidos*

Estados Unidos, de acuerdo al Atlas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud, cuenta con una población total de 322.583.006 de habitantes. La carga de enfermedad para los trastornos mentales, medido a través de años de vida ajustados por discapacidad, alcanza en dicha población el 4,128 por cada 100.000 personas. El gasto total en salud por persona alcanzó el año 2013 los 9.146 dólares²², siendo el gobierno la única fuente de fondos para la atención y el tratamiento de los trastornos mentales graves.

En relación a los profesionales que trabajan en salud mental, existen 12.4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, 29.6 psicólogos, 59.8 trabajadores sociales y 4.25 enfermeras. Con respecto a la infraestructura, existen 648 hospitales psiquiátricos, 1.170 unidades psiquiátricas en hospitales generales y 1656 residencias especializadas. Finalmente en cuanto a las camas disponibles en las distintas instituciones por cada 100.000 habitantes: Hospitales psiquiátricos, 23.6 con una admisión anual de 53; Unidades psiquiátricas en hospitales generales, 11.5 con una admisión anual de 59.8 y en las residencias 15.2 con una admisión anual de 19.7²³.

El Ministerio de Salud de Estados Unidos (Department of Health and Human Services), a través del Centro Nacional de Estadísticas en Salud (National Center for Health Statistics, NHIS), levanta información sobre las enfermedades en el país desde 1957. Los datos en la NHIS se recogen por medio de entrevistas personales en los hogares. Este instrumento, considera varias patologías, entre las cuales está la salud mental, dando cuenta que el 3,4% de las personas de 18 y más años, entre los meses de enero y marzo de 2016, presentaron trastornos psicológicos severos en los últimos treinta días. Esta cifra no es significativamente diferente a lo observado el año 2015, donde la prevalencia era de 3,6%. Es importante señalar que entre el año 2007 y el 2011 se incrementaron los trastornos psicológicos severos de un 2,7% a un 3,4%. No obstante desde el año 2013 no ha habido cambios significativos en las cifras²⁴.

²² WHO (2015): Mental Health Atlas 2014, country profile. Ginebra. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mnh/ (Revisado en Noviembre 2016).

²³ Op.cit.

²⁴ U.S. Department of Health and Human Services (2016): Early Release of Selected Estimates Based on Data From the National Health Interview Survey, January-March 2016.

La misma encuesta muestra que los adultos que han consumido en el último año una o más veces exceso de alcohol (heavy drinking), alcanza al 25,4% de la población de 18 y más años. Siendo más prevalente en los hombres (32,4%) que en las mujeres (18,9%) y en las personas que tienen entre 18 y 24 años (35,6%) y entre 25 y 44 años (35,5%).

La NCHS realizada el año 2016, da cuenta que las personas que no tenían un seguro de salud al momento de hacerle la entrevista alcanzaban el 8,9%. Específicamente para las edades entre 18 y 64 años, el 12,4% no tenía seguro de salud, el 20% tenía un seguro público y el 69,2% pagaba un seguro privado.

Con respecto a la atención en salud recibida, las personas que no tuvieron acceso aumentó entre los años 1999 y 2010 de 4,3% a 6,9%. No obstante a partir del 2011 ha disminuido, llegando el 2016 a 4,3%. Los jóvenes menores de 18 años (1,3%) y las personas de 65 y más (1,5%) son quienes presentan los porcentajes más bajos en la carencia de atención.

Otra encuesta que se aplica en Estados Unidos es la National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), la cual mide específicamente la prevalencia de uso de tabaco, alcohol, drogas ilícitas (incluido el uso no médico de medicamentos recetados) y salud mental. La NSDUH es implementada por los Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA), que forman parte del Ministerio de Salud y Servicios Humanos (DHHS).

La NSDUH aplicada entre el 2012 y 2013, dio cuenta que la prevalencia de trastornos mentales durante el último año en Estados Unidos alcanzaba al 18,53% de la población, aumentando un 0,4% respecto a la medición del año anterior, lo que se tradujo en un incremento de más de un millón de personas. El mismo instrumento, da cuenta que el 8,6% de la población presenta consumo problemático de alcohol y drogas, con un incremento de 0,2% respecto al año anterior. Las personas que reportaron pensamientos suicidas alcanzó a un 3,9% de la población.

La misma encuesta en su aplicación para el año 2015²⁵, mostró que la prevalencia de trastornos mentales en el último año fue de un 17,9% (14,3% en hombres y 21,2% en mujeres). Las mayores prevalencias se generaron en el grupo de mujeres entre 18 y 25 años (26,2%).

²⁵ Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

Con respecto a trastornos mentales graves fue 4% (3% en hombres y 5% en mujeres). Estas cifras son coincidentes con la encuesta NCHS antes mencionada (4,3% para los primeros seis meses del año 2016).

Los trastornos depresivos mayores afectaron al 6,7% de la población el año 2015 (4,7% para hombres y 8,5% para mujeres). Las mayores prevalencias se generan en el grupo de mujeres entre 18 y 25 años (13%). La realización de planes suicidas, fue de un 1,1%, teniendo mayor presencia en la población que tiene entre 18 y 25 años.

Cuadro N°1
National Survey on Drug Use and Health: Prevalencia de Trastornos mentales en Estados Unidos en población de 18 y más años en el último año en porcentajes

Trastornos mentales en el último año en personas de 18 y más años (porcentajes)									
	18-25 años	26 y más años	Hombres de 18 a 25 años	Hombres de 26 y más años	Mujeres de 18 a 25 años	Mujeres de 26 y más años	Total Hombres	Total Mujeres	Totales poblacional
2014	20,1	17,8	16,0	13,8	24,2	21,5	14,1	21,8	18,1
2015	21,7	17,2	17,3	13,8	26,2	20,4	14,3	21,2	17,9
Graves trastornos mentales en el último año en personas de 18 y más años (porcentajes)									
2014	4,8	4,0	3,4	3,0	6,2	4,8	3,1	5,0	4,1
2015	5,0	3,9	3,6	2,8	6,5	4,8	3,0	5,0	4,0
Trastorno Depresivo Mayor en el último año en personas de 18 y más años (porcentajes)									
2014	9,3	6,1	6,9	4,4	11,6	7,7	4,8	8,2	6,6
2015	10,3	6,1	7,6	4,2	13,0	7,8	4,7	8,5	6,7
Realización de planes suicidas en el último año en personas de 18 y más años (porcentajes)									
	18-25 años	26 y más años	Hombres de 18 a 25 años	Hombres de 26 y más años	Mujeres de 18 a 25 años	Mujeres de 26 y más años	Total Hombres	Total Mujeres	Totales poblacional
2014	2,3	0,9	1,9	0,8	2,8	1,0	1,0	1,2	1,1
2015	2,7	0,9	2,2	0,9	3,2	0,8	1,1	1,2	1,1

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

La población con o sin trastornos mentales de 18 y más años que ha recibido tratamiento en el último año alcanza 14,2% el 2015. Para los hombres que presentan trastornos mentales esta cifra es de 36,3% y para las mujeres 47,4% (Cuadro N°2). En relación a quien realiza el pago de estos tratamientos, en el 40,7% de los casos fueron seguros privados.

El autofinanciamiento o financiamiento desde la familia que viven en un mismo hogar, alcanzó un 34,3%. Medicare (seguro de salud del gobierno de Estados Unidos para personas mayores de 65 años) financió el 15,6% de los casos y Medicaid (seguro de salud del gobierno para personas de bajos ingresos), financió 12,5% (Cuadro N°3). Por último, esta encuesta, dio cuenta que el tratamiento más frecuente es la medicación (47,3%). La internación sólo se aplicó para el 1,7% de la población (Cuadro N°4).

Cuadro N°2
National Survey on Drug Use and Health: Prevalencia en Estados Unidos de personas de 18 y más años que han recibido tratamiento en el último año en porcentajes

Personas de 18 y más años que recibieron tratamiento en el último año									
	Con trastorno mental	Sin trastorno mental	Hombres con trastorno mental	Mujeres con trastorno mental	Hombres sin trastorno mental	Mujeres sin trastorno mental	Total Hombres	Total Mujeres	Total poblacional
2014	44,7	8,2	38,0	48,7	6,0	10,4	10,6	18,8	14,8
2015	43,1	7,9	36,3	47,4	5,9	9,9	10,3	17,8	14,2

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

Cuadro N°3
National Survey on Drug Use and Health: Fuentes de financiamiento de tratamiento en salud mental para Estados Unidos en el último año en porcentaje

Fuentes de financiamiento de tratamiento en salud mental en el último año para personas con tratamiento ambulatorio	Personas de 18 y más años		Personas entre 18 y 25 años		Personas de 26 y más años	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Autofinanciamiento o financiamiento desde la familia que viven en un mismo hogar	37,1	34,3	44,4	40,7	36,0	33,4
Miembros de la familia que viven fuera del hogar	2,2	2,3	6,4	9,0	1,6	1,2
Seguros privados de salud	38,1	40,7	34,7	34,0	38,7	41,7
Medicare	16,3	15,6	6,2	7,0	17,9	16,9
Medicaid	12,1	12,5	8,3	10,8	12,7	12,7
Programa de rehabilitación	0,5	0,1	0,2	0,2	0,5	0,1
Empleador	6,2	6,5	3,1	1,8	6,7	7,2
Programas militares	6,0	6,6	2,4	1,5	6,6	7,4
Otras fuentes públicas	3,0	2,3	2,5	3,6	3,1	2,1
Otras fuentes privadas	1,2	0,7	1,7	1,8	1,2	0,6
Tratamiento sin costo	5,3	5,0	13,3	14,0	4,1	3,6

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

Cuadro N°4

National Survey on Drug Use and Health: Tipo de tratamiento en salud mental recibido en el último año en personas de 18 y más años en porcentaje para Estados Unidos

Tipo de tratamiento en salud mental recibido en el último año en personas de 18 y más años	Personas de 18 y más años		Personas entre 18 y 25 años		Personas de 26 y más años	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Recibe un tipo de tratamiento						
Internación	1,8	1,7	2,9	3,0	1,7	1,5
Ambulatorio	12,6	14,6	21,1	21,6	11,5	13,7
Medicación	51,6	47,3	42,3	38,5	52,8	48,4
Recibe dos tipos de tratamiento						
Internación y ambulatorio	0,6	0,4	1,3	1,2	0,5	0,3
Internación y medicación	1,1	1,1	1,2	1,7	1,1	1,0
Ambulatorio y medicación	29,2	31,9	26,8	28,3	29,6	32,4
Recibe tres tipos de tratamiento						
Internación, ambulatorio y medicación	3,0	3,1	4,4	5,6	2,8	2,7

Fuente: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016): Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.

Cabe agregar que la MHA (Mental Health America) en su publicación The State of Mental Health in America 2017²⁶, plantea que el 56% de las personas que tienen una enfermedad mental no recibe tratamiento. A su vez, sostiene que la reforma de salud ha reducido la tasa de personas de 18 y más años con trastornos de salud mental sin seguro, disminuyendo de un 19% a un 13% en la actualidad.

- **Prevalencias de trastornos mentales en Chile**

De acuerdo al informe elaborado sobre la situación de la salud mental en el país por la Universidad de Chile y el Ministerio de Salud el año 2014²⁷, existen 41,5 profesionales y técnicos por cada cien mil usuarios de FONASA. A nivel nacional, existen 7 psiquiatras, 2 enfermeras, 1,9 trabajadores sociales, 3 terapeutas ocupaciones y 171,5 psicólogos por

²⁶ Nguyen, Teresa, Davis, Kelly (2016): The State of Mental Health in America 2017. Mental Health America. Disponible en: www.mentalhealthamerica.net (Revisado en octubre 2016).

²⁷ Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

cada cien mil habitantes, destacando estos últimos por su cantidad y desproporción en relación a las otras profesiones.

En referencia a los dispositivos de atención, el mismo informe da cuenta de un aumento considerable en la última década. Al año 2012 existían 832 centros de atención primaria que proveían de atención en salud mental, 723 postas rurales, 83 centros de salud mental comunitaria, 53 unidades de psiquiatría ambulatoria, 45 hospitales de día, 23 unidades de corta estadía para adultos en hospitales generales, 8 unidades de corta estadía para adolescentes en hospitales generales, 51 centros diurnos, 5 hospitales psiquiátricos y 199 hogares y residencias protegidas. En este marco, la razón de prestaciones ambulatorias versus prestaciones residenciales, alcanzó 1,82, bastante superior al 0,88 que existía el 2004.

Las prevalencias específicas de trastornos mentales en Chile han sido estudiadas por Benjamín Vicente y su equipo²⁸. Ellos realizaron una entrevista diagnóstica basada en el instrumento utilizado a nivel internacional, CIDI, y en los diagnósticos del DMS-III-R. Éste fue aplicado a una muestra aleatoria estratificada de 2.978 individuos de cuatro provincias representativas de la población de 15 años o más del país (Santiago, Concepción, Iquique y Cautín). Se estimaron las tasas de prevalencia de por vida y de 12 meses. La tasa de respuesta fue del 90,3%.

Los resultados dieron cuenta que aproximadamente un tercio (31,5%) de la población tenía un trastorno psiquiátrico durante toda su vida y el 22,2% tenía un trastorno en los últimos 12 meses. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes durante la vida fueron agorafobia (11,1%), fobia social (10,2%), fobia simple (9,8%), trastorno depresivo mayor (9,2%) y dependencia de alcohol (6,4%). De este modo, se dio cuenta que son los trastornos de ansiedad los más prevalentes, seguidos por la depresión mayor y los trastornos por consumo de alcohol.

De las personas que presentaban un diagnóstico de prevalencia de 12 meses, el 30,1% tenía un trastorno psiquiátrico comórbido, de los cuales la mayoría había buscado servicios de salud mental, en contraste con un cuarto de los que tenían un solo trastorno (Cuadro N°6).

²⁸ Vicente, Benjamín et al. (2006): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American Journal Psychiatry*, Agosto 2006; 163: 1362-1370.

Cuadro N°5
Prevalencias de trastornos mentales en Chile a lo largo de la vida y en los últimos 12 meses

Prevalencias						
	Hombres		Mujeres		Totales	
	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses	A lo largo de la vida	Últimos 12 meses
	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Trastorno mental	%	%	%	%	%	%
Trastornos afectivos						
Episodio depresivo mayor	6,8	3,7	11,5	7,5	9,2	5,7
Episodio maniaco	1,5	0,7	2,2	2,1	1,9	1,4
Distimia	3,5	1,6	12,1	5,9	8,0	3,9
Cualquier trastorno afectivo	9,8	5,7	19,7	12,6	15,0	9,3
Trastornos de ansiedad						
Trastorno de pánico	0,7	0,5	2,5	1,2	1,6	0,9
Agorafobia y trastorno de pánico	6,0	1,9	15,9	10,4	11,1	6,3
Trastorno de ansiedad generalizado	0,9	0,7	4,1	2,4	2,6	1,6
Fobia social	7,2	2,5	12,8	9,7	10,2	6,4
Fobia simple	4,0	3,8	14,8	11,5	9,8	8,0
Trastorno obsesivo compulsivo	0,7	0,7	1,6	1,6	1,2	1,2
Estrés postraumático	2,5	1,1	6,2	3,6	4,4	2,4
Cualquier trastorno de ansiedad	8,7	3,7	23,1	15,6	16,2	9,9
Abuso de sustancias						
Abuso de alcohol	6,2	3,9	1,2	0,8	3,6	2,3
Dependencia al alcohol	11,0	8,2	2,1	1,4	6,4	4,7
Abuso de drogas	1,5	0,6	0,3	0,1	0,9	0,3
Dependencia a las drogas	1,9	1,1	3,2	2,0	2,6	1,5
Dependencia a la nicotina	4,0	2,9	3,7	3,1	3,9	3,0
Cualquier trastorno por abuso de drogas y alcohol	18,5	12,8	5,4	3,8	11,7	8,1
Cualquier abuso de sustancias	20,7	14,4	8,7	6,7	14,4	10,4

Otros trastornos mentales						
Psicosis no afectiva	3,6	0,2	1,9	1,1	1,8	0,7
Desórdenes psicossomáticos	2,7	1,9	4,3	3,9	3,5	2,9
Trastornos alimentarios	0,0	0,0	2,2	2,2	1,2	1,2
Trastorno de personalidad antisocial	2,2	1,5	1,1	0,5	1,6	1,0
Trastornos cognitivos	4,0	4,0	3,4	3,4	3,7	3,7
Cualquier trastorno mental observado en los encuestados	27,9	19,3	34,8	25,0	31,5	22,2

Fuente: Vicente, Benjamín et al. (2006): Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. American Journal Psychiatry, Agosto 2006; 163: 1362-1370.

Los autores concluyeron que las tasas de prevalencia en Chile son similares a las obtenidas en otros estudios realizados en América Latina y grupos hispanohablantes de América del Norte. Sin embargo, la comorbilidad y los trastornos del consumo de alcohol no fueron tan frecuentes como en América del Norte.

Esto se traduce en que los trastornos neuropsiquiátricos son responsables del 23% de la carga de enfermedad en el país²⁹, la mayor dentro de las enfermedades no transmisibles³⁰. De hecho, las licencias médicas relativas a la salud mental han ocupado los primeros lugares en los últimos años. En la Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida³¹, se plantea que el 21% de los trabajadores en Chile refiere haberse sentido melancólico, triste o deprimido por un periodo de dos semanas en los últimos 12 meses.

²⁹ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015): Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.

³⁰ Ministerio de Salud, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile (2008): Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

³¹ Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral (2011): Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile. Informe interinstitucional, ENETS 2009-2010.

En lo relativo a la Encuesta Nacional de Salud aplicada el año 2009-2010³², a nivel poblacional, el 17,2% presenta síntomas depresivos, existiendo una mayor prevalencia en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%). En la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN, del año 2015, la depresión es nombrada como la tercera causa de tratamiento médico en los últimos doce meses, con una proporción de cuatro mujeres por cada hombre. Le antecede la hipertensión arterial y la diabetes.

La prevalencia en niños y adolescentes de cualquier trastorno psiquiátrico alcanza el 22,5% (19,3% para niños y 25,8% para niñas). Estos trastornos son principalmente de orden ansioso y disruptivo³³.

Del total de personas que han sido diagnosticados, solo el 38,5%³⁴ ha recibido algún tipo de servicio de salud mental, ya sea de un especialista o un médico de atención primaria. De acuerdo al Atlas de Salud Mental de la OMS, esta cobertura de atención está por debajo de la media en países de ingresos medios, siendo cercana a la de los países con bajos ingresos.

No obstante ello, la inclusión de cuatro problemas de salud mental en las Garantías Explícitas de Salud (GES) (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia y consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años), ha permitido disponer de una mayor cantidad de recursos humanos y operacionales para la salud mental en el sector público y privado, disminuyendo parte de las brechas de atención existentes. La CASEN del año 2015, muestra que más del 60% de las personas que estuvieron en tratamiento por depresión en los últimos doce meses, financió su tratamiento mediante las GES.

Es importante hacer notar que el porcentaje de presupuesto destinado a salud mental a lo largo de los años ha aumentado. De hecho lo hizo de manera significativa entre los años 2000 (1,2%) y 2008 (3,1%). En los años noventa no superaba el 1%. Posteriormente ha sufrido una

³² Ministerio de Salud (2009-2010): Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf> (Revisado en noviembre de 2016).

³³ Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. *Acta Bioethica* 2016; 22 (1): 51-61.

³⁴ Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. *Acta Bioethica* 2016; 22 (1): 51-61.

reducción alcanzando el año 2012 un 2,16%. De este porcentaje se destinó el 70% a la atención ambulatoria de especialidad, seguido por el tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas y el tratamiento de trastornos mentales en APS. El presupuesto para los hospitales psiquiátricos fue de un 16%³⁵.

Todas estas inversiones siguen siendo insuficientes, dado que la meta de la OMS es el 5%³⁶. De hecho la cobertura de personas con trastornos mentales en Chile es del 4,8%³⁷, cifra que está por debajo de la media de los países con ingresos medios, que alcanza el 8,7%, y cercana al 3,4% de los países con ingresos bajos.

En las ISAPRES, los gastos en torno a la salud mental para el año 2012, fue del 2,84% de los fondos totales destinados a bonificaciones de atenciones de salud.

Cabe agregar que el gasto promedio per cápita en atención de salud mental es muy superior en ISAPRES (\$10.879) que en FONASA (\$6.950). No obstante ello, los afiliados de ISAPRES presentan gastos de bolsillo más altos en co-pagos y medicamentos³⁸.

En este marco, el arancel FONASA para el día cama de hospitalización en psiquiatría año 2014, alcanzó los \$3.540, mientras que los montos facturados para la misma prestación en ISAPRE, comprendieron \$61.175 para prestadores preferentes y \$88.097 para no preferentes. Vale decir, en ISAPRE los valores son superiores en un 1.628% en un prestador preferente y en un 2.389% en uno no preferente³⁹.

Es de vital importancia destacar además que los aranceles FONASA de día cama y de consultas psiquiátricas y de psicólogo no superan los \$9.000, siendo inferiores a lo observado en otras especialidades, donde la misma prestación se valoriza en \$12.000 aproximadamente.

³⁵ Op.cit.

³⁶ Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

³⁷ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015): Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.

³⁸ Op.cit.

³⁹ Cifras trabajadas por la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

A todo lo anterior, se debe sumar que en las ISAPRES, el año 2014, la bonificación promedio por las prestaciones de salud mental fue de un 32,3% respecto de los montos facturados, producto de que son servicios que tienen tope de cobertura, mientras que en FONASA fue de 64,6%, existiendo una diferencia de 32,3 puntos porcentuales.

En el registro de licencias médicas del sistema público, las licencias por salud mental dan cuenta del 27% de los días totales de licencias autorizados y del 30% del gasto total de las licencias médicas. En ISAPRE, en un período de seis años, se autorizaron en promedio sólo el 46,7% del total de días solicitados, mientras que para las licencias por enfermedades no mentales, se autorizó en promedio el 80,5%. En el sistema ISAPRE las licencias de salud mental dan cuenta del 21,2% del total del costo por este concepto.

La brecha de servicios de salud mental se estima en un 60%, necesitándose duplicar la inversión para alcanzar una cobertura de al menos 40% de las personas afectadas.

Se observa así, que la atención de salud mental enfrenta graves restricciones de cobertura y barreras de acceso a la atención ambulatoria, rehabilitación, hospitalización y medicamentos.

- ***Comparaciones entre la salud mental de Estados Unidos y Chile***

Si bien los estudios de prevalencias son más avanzados y actualizados en Estados Unidos que en Chile, Benjamín Vicente y su equipo, en un artículo escrito el 2016⁴⁰, realiza comparaciones, dando cuenta que la carga global de enfermedad es prácticamente igual en ambos países.

Las tasas de suicidio también son similares, alcanzando el 17,4 por cada cien mil habitantes hombres en Chile y el 17,7 en Estados Unidos. Para el caso de las mujeres, las cifras alcanzan 3,4 y 4,5 respectivamente.

No obstante ello, Chile invierte en salud, tanto física como mental, un 8,27% del PIB y Estados Unidos el 16,21%. Específicamente en salud mental, Chile invierte un 2,78% del PIB y Estados Unidos el 6,2%⁴¹.

⁴⁰ Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. Acta Bioethica 2016; 22 (1): 51-61.

⁴¹ Op.cit.

Los gastos per cápita por tanto, son muy superiores en Estados Unidos, con 3076 dólares americanos, que en Chile, que alcanzan lo 363 dólares americanos.

Cuadro N°6
Gastos en salud y prevalencias de suicidio comparadas entre Chile y Estados Unidos

País	Presupuesto en salud (% del PIB)	Presupuesto salud mental (%)	Gasto per cápita en dólares	Tasa de suicidio por 10.000 habitantes		Carga Global
				Hombres	Mujeres	
Estados Unidos	16,21	6,2	3076	17,7	4,5	30,9
Chile	8,27	2,78	363	17,4	3,4	30,4

Fuente: Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. Acta Bioethica 2016; 22 (1): 51-61. Realizado a partir del Atlas de salud mental del año 2011 de la OMS.

En lo relativo a los profesionales para la atención de salud mental, Estados Unidos cuenta con 12,4 psiquiatras por cada 100.000 habitantes, 29,6 psicólogos, 59,8 trabajadores sociales y 4,25 enfermeras. Chile en cambio, cuenta con 7,0 psiquiatras, 171,5 psicólogos, 1,9 trabajadores sociales y 2,0 enfermeras (Cuadro N°7).

Cuadro N°7
Profesionales de salud mental en Chile y Estados Unidos

Profesionales para la atención de la salud mental por cada 100.000 habitantes	Estados Unidos	Chile
Psiquiatras	12,4	7,0
Psicólogos	29,6	171,5
Trabajadores sociales	59,8	1,9
Enfermeras	4,25	2,0

Fuente: Elaboración propia de acuerdo a los datos recogidos en ambos países en los distintos estudios revisados.

Benjamín Vicente y su equipo también comparan las prevalencias de las patologías mentales, con base en el Atlas de Salud Mental de la OMS del año 2011. En este sentido, mientras Estados Unidos tiene una prevalencia de 10,7% en trastornos del ánimo, Chile presenta un 9,0. En trastornos de ansiedad es 17,0% y 5,0 respectivamente. En abuso de sustancias es de 11,5% versus 6,6%. Y en lo relativo a considerar cualquier trastorno, Estados Unidos presenta una prevalencia de 29,1% y Chile 17%.

En cuanto a la gravedad de los trastornos, Estados Unidos presenta cifras de un 13,8% de enfermedades mentales leves, 7,0% moderadas y 7% graves, mientras que Chile un 8,1%, 5,5% y 3,3% para las mismas categorías (Cuadro N°8).

Cuadro N°8
Prevalencias de trastornos mentales comparadas en Chile y Estados Unidos y la gravedad presente en ellos

Tipo de trastorno	Estados Unidos	Chile
Trastorno del ánimo	10,7	9,0
Trastorno de ansiedad	17,0	5,0
Trastorno de abuso de sustancias	11,5	6,6
Cualquier trastorno	29,1	17,0

Gravedad del trastorno	Estados Unidos	Chile
Ninguna	70,9	83,0
Leve	13,8	8,1
Moderada	7,0	5,5
Grave	8,2	3,3
(n)	5.384	2.181

Fuente: Vicente, Benjamín, Saldivia, Sandra, Pihán, Rolando (2016): Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. Acta Bioethica 2016; 22 (1): 51-61. Realizado a partir del Atlas de salud mental del año 2011 de la OMS. Adaptado de Bijl et al. (2003)(9). (*) Restringido a algunos diagnóstico e individuos entre 18-54 años de edad.

Finalmente en el porcentaje de personas que ha recibido cualquier tipo de tratamiento de salud mental, Estados Unidos declara un 10,9% y Chile un 17,3%.

Legislación de salud mental

La legislación en salud mental busca proteger los derechos humanos, favorecer la inclusión social y evitar la discriminación con las personas que padecen de trastornos mentales, incluidas las restricciones de tipo financiero de las cuales son víctima.

A nivel internacional es importante considerar que la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), han tenido una evaluación dispar en materia de salud mental. Esto a pesar de que la Declaración Universal de Derechos Humanos establece en su primer artículo “que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, lo

cual incluiría desde su inicio a quienes padecen enfermedades mentales. Por su parte, y de manera contraria, el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, debió en 1996 explicitar la incorporación a las personas con discapacidad, dado los reparos que levantaron los entes observadores de dichos tratados a nivel mundial.

En este sentido, dichas observaciones han estado relacionadas con el derecho a la salud, donde hay tanto libertades (a controlar el propio cuerpo y salud, sexual y reproductiva, a consentir sobre tratamientos o experimentación), como derechos (a tener una protección en salud que garantice igualdad de oportunidades).

Lo anterior llevó a que surgieran documentos específicos en materia de salud mental y derechos humanos, tales como la Declaración de Caracas (1990) a nivel regional, la cual buscó reordenar la estructura de los servicios de salud mental desde un enfoque de derechos humanos, y los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (1991) de Naciones Unidas, con lo que se esperaba que los países adoptaran medidas de legislativas y presupuestarias.

En lo referido a las normativas de derechos humanos en salud mental y las leyes de salud mental, se puede observar que los países se distinguen entre aquellos que tienen leyes específicas de salud mental y aquellos que tienen normativas dispersas que afectan aspectos relacionados con la salud mental.

En Latinoamérica, más del 75% de los países ya la tienen, haciendo suyo el llamado de la Organización Mundial de la Salud en torno a “codificar y consolidar los principios fundamentales, los valores, los propósitos y los objetivos de las políticas y los programas de Salud Mental”, de modo de asegurar la protección de quienes, afectados por trastornos mentales, viven en situación de vulnerabilidad enfrentando estigma, discriminación y marginalización, así como la violación de sus derechos fundamentales.

En términos generales, se han revisado los antecedentes y la carga de enfermedad de salud mental de Estados Unidos, no obstante es dable considerar que el desarrollo de la Ley de Salud Mental de este país, está íntimamente ligada a una de las familias más poderosas del país: La familia Kennedy.

La historia familiar parecería comenzar con Rosemary Kennedy, hermana del ex presidente asesinado John F. Kennedy que presentaba una discapacidad cognitiva, y fue criada en la intimidad de su familia, y que en la adolescencia sufriría una enfermedad psiquiátrica que para ser manejada se le sometió a una lobotomía, tras lo cual quedó en peores condiciones. Ella generó una primera sensibilización con el tema, sobretodo en su hermana Eunice Shriver que tomaría un rol de abogacía en la materia.

En 1955 el Senador John F. Kennedy patrocinaría la ley que establecía la Comisión Nacional de Enfermedades Mentales y Salud Mental, donde quedarían fuera las discapacidades intelectuales, hasta que el mismo John, años más tarde en 1963, pero ahora como Presidente de Estados Unidos, envía una moción al congreso a pos de la “Salud Mental y el retardo mental”, motivado entre otras cosas, por la develación pública de su hermana Eunice un año antes en un periódico de la existencia de Rosemary, entonces de 44 años.

John F. Kennedy se transformaría así en el primer Presidente en realizar una moción en salud mental⁴² y a pesar de la amplitud inicial del mensaje con que procedió a su envío, este se concretaría en sólo dos leyes específicas: la “Ley de seguridad social en Salud infantil y retardo mental”, destinada a niños con defectos cerebrales y la “Ley de construcción de centros comunitarios de salud mental” buscando reinsertar socialmente a los afectados. Cuatro semanas después sería asesinado.

El tema de la salud mental en Estados Unidos, sería recién retomado en 1977 por un nuevo presidente demócrata, Jimmy Carter, quien es sensibilizado por su esposa Rosalynn quien mantenía un estrecho vínculo con Eunice. A partir de ello nombrará la Comisión Presidencial de Salud Mental que terminaría en 1980 con la firma de la “Ley del Sistema de Salud Mental”, pero que no lograría prosperar tras su derrota en la siguiente elección presidencial ante el republicano Ronald Reagan. Éste último se centró en el tema de drogas y adicciones desde una perspectiva de la capacidad de las personas, donde era su decisión el poder decir que no a su consumo. Años más tarde, Patrick Kennedy consideraría este

⁴² Kennedy, Patrick J, Fried, Stephen (2016): *A Common Struggle: A Personal Journey Through the Past and Future of Mental Illness and Addiction*. Penguin Random House, September 2016, United States of America, página 28.

momento como uno de los períodos que más contribuyeron al estigma de las enfermedades mentales.

La abogacía por parte de la familia Kennedy volvería con fuerza a través de Patrick Kennedy, el menor de los hijos de Edward Kennedy al llegar a ser representante de la cámara en 1988, por el estado de Rhode Island a la edad de 21 años. A lo largo de su vida, él tomaría conciencia de ser parte de los “enfermos mentales”; padeciendo un trastorno bipolar, un trastorno ansioso, un alcoholismo severo y un policonsumo de drogas, todo lo cual lo llevó a tener múltiples tratamientos y hospitalizaciones. Esto además de su contexto familiar: el principal de ellos fue su madre Bridget Murphy, quien presentaba un fuerte alcoholismo que develaría a una revista en 1972, siendo una de las primeras personas de la élite del país en enfrentar que tenía un problema psiquiátrico grave⁴³ y que tras la separación de sus padres en 1977 ingresaría a Alcohólicos Anónimos. El resto de su núcleo familiar también padeció los estragos de las enfermedades mentales. Su padre, el famoso senador y ex candidato presidencial, padeció un estrés post traumático producto del asesinato de dos de sus hermanos. Ted y Kara Kennedy se someterían años más tarde a rehabilitación por alcoholismo. Y su primo David Kennedy, pocos años mayor que él, fallecería por una sobredosis en 1984.

En 1992, cuando ya era representante de la cámara, conoce la iniciativa que se desarrolla en el Senado para legislar sobre la paridad en la seguridad en salud, la moción buscaba hacerse cargo de la disparidad de coberturas entre las enfermedades mentales y las enfermedades físicas a lo largo de la vida, contando con el apoyo de la Alianza Nacional para las Enfermedades Mentales, la organización no gubernamental más grande de Estados Unidos. Esta iniciativa legislativa, fue promovida por el Senador republicano por Nuevo México, Pete Domenici, quien tenía una hija con un cuadro esquizoafectivo, y el Senador demócrata por Minnessota, Paul Wellstone, quien tenía un hermano con un trastorno psiquiátrico severo. Ambos estaban en pos de trabajar por la Ley de paridad, y pese a que sus visiones de qué debía incluirse en ella eran distintas, Domenici creía que la ley debía ser sólo para los trastornos psiquiátricos severos excluyendo las adicciones y Wellstone planteaba que debía ser amplia, cubriendo todo el espectro de la salud mental (pág. 138), deciden avanzar en el proyecto de forma conjunta. Durante los dos gobiernos de Bill Clinton (1993-1997 y 1997-2001), se intenta

⁴³ Op.cit., página 40.

realizar una reforma de salud comandada por su esposa Hillary, la cual incluía un plan básico de cobertura en salud mental y adicciones, que fue un primer avance a la anunciada Ley de Paridad, pero que finalmente no logró llevarse a cabo.

Por esta razón, y ante el temor de no lograr avances, en 1996 los senadores Domenici y Wellstone ingresaron la moción “Paridad en Salud Mental” con la visión restringida de cobertura en una ley laboral para los empleados fiscales, dado que la seguridad en salud para ellos dependía del Departamento de Trabajo y no la del Departamento de Salud, lo que hacía factible su aprobación, siendo su estrategia correcta, y logrando la primera aprobación en la materia. Desde entonces queda instaurado el “Mental Health Parity and Addiction Equity” (MHPAEA) o “La ley de paridad en Salud Mental”, siendo un hito de desarrollo de vital importancia. Esta iniciativa logra ampliar la disponibilidad y cobertura de la atención de enfermedades mentales e impide que los planes y seguros de salud, grupales e individuales, sean más restrictivos en salud mental que en salud física y cirugías, como lo habían sido hasta entonces.

Sin abandonar su idea original de cobertura universal, en 2001 los mismos senadores ingresarían una nueva moción pero que ahora incluía todos los trastornos mentales y las adicciones⁴⁴.

El 11 de septiembre de 2001, Estados Unidos sufre el atentado terrorista de las torres gemelas, posicionándose en la agenda la discusión sobre el tratamiento y la cobertura del Trastorno de estrés post traumático, el como el terrorismo influía en la salud mental, y las repercusiones que debían haber vivido los veteranos de guerra años previo y que aún abogaban por tratamientos⁴⁵.

Pese a ello, esta ley suscitó una serie de conflictos referidos a la creencia que estas medidas subirían los costos⁴⁶. Frente a las primeras medidas legales, las aseguradoras buscaron los mecanismos para no cumplir con los nuevos requerimientos, por lo que se han generado variadas modificaciones a lo largo de los años. Eso abrirá la discusión más seria de cómo financiar la ley de paridad, estableciéndose que debía ser

⁴⁴ Op.cit., página 190.

⁴⁵ Op.cit., página 193.

⁴⁶ Verugheese, Jacob et al. (2015): Economic Effects of Legislations and Policies to Expand Mental Health and Substance Abuse Benefits in Health Insurance Plans: A Community Guide Systematic Review. Journal Mental Health Policy Econ. 2015 Mar; 18(1): 39-48.

por un incremento de la cotización en salud entre 1-2%⁴⁷ pese a que otros abogaban por que el número era muy superior a ello. El 2008 fue nuevamente ratificada con un costo estimado de US\$25.4 mil millones de dólares americanos para un período de diez años⁴⁸.

El año 2002 el Presidente George Bush será el primer presidente republicano que hará el anuncio, junto a Peter Domenci, que está a favor de la paridad en Salud Mental, nombrado una Comisión de Libertad y Salud Mental, que era parte de las Comisiones de Libertad que había implementado al comienzo de su gobierno con miras a mejorar la calidad de vida de los estadounidenses y a apoyar la visión restringida republicana de la ley de Paridad. Ese mismo año Paul Wellstone moriría en un accidente aéreo junto a su hija y su esposa, con lo cual la vocería más importante del mundo demócrata en pos de los derechos de las personas con enfermedades mentales, desaparecía.

El año 2004 dos hijos de republicanos se suicidarían, el hijo del Senador por Oregon, Gordon Smith, y del representante de la cámara por Kansas, Todd Tiahrt, generando una nueva movilización en pos de la salud mental. En este escenario, George Bush solicita un estudio que determina que el costo de la ley de paridad generaba un incremento del 0,9% en la cotización de salud. En concomitancia aparece la publicación en el *New England Journal of Medicine* denominada “Behavioral Health insurance parity for federal employees”, que evaluaba el comportamiento de la ley de paridad en los empleados fiscales aprobada por Clinton en 1999, donde las conclusiones determinaban que no sólo los costos de los planes no se incrementaban sino que algunos disminuían. Por lo tanto, no había ninguna evidencia de que por el aumento de cobertura hacia las personas con trastornos de salud mental, éstas utilizarían más el sistema de lo que lo usaban antes, demostrando que la cobertura no lograba por si sola contravenir el estigma.

Para entonces Patrick Kennedy ya se había transformado en la vocería que continuara el trabajo de Paul Wellstone en el partido demócrata, pero sería un nuevo hecho biográfico en 2006 el que lo colocaría en un

⁴⁷ Kennedy, Patrick J, Fried, Stephen (2016): *A Common Struggle: A Personal Journey Through the Past and Future of Mental Illness and Addiction*. Penguin Random House, September 2016, United States of America, página 196.

⁴⁸ Barry, Colleen, Huskamp, Haiden, Goldman Howard (2010): *A Political History of Federal Mental Health and Addiction Insurance Parity*. Johns Hopkins University; Harvard University; University of Maryland. *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 3, 2010 (pp. 404-433).

rol de abogacía nacional. Volvía a caer hospitalizado tras un accidente automovilístico con gran impacto mediático en la prensa por chocar bajo los efectos del alcohol y drogas contra el capitolio, pero en esta ocasión a diferencia de otras en que escondía la causa subyacente, realizará una conferencia de prensa donde transparentará sus diagnósticos, pero sobretodo llamará a aprobar la Ley de Paridad en Salud Mental⁴⁹. Es en esta misma hospitalización que la primera visita que recibirá será la del representante republicano por Minesotta Jim Ramstad, rehabilitado años antes de alcoholismo, quien acude a ofrecerle su apoyo, tras lo cual no sólo comenzará una amistad sino que Patrick le solicitará públicamente que asuma como su tutor para la rehabilitación, generando un gran impacto en el país por esta fuerte asociación en el duopolio partidario de Estados Unidos, que se proyectaría desde entonces en la lucha por conseguir la Ley de Paridad, replicando la tradicional unión bipartidista entre Domenici y Wellstone que había logrado los primeros pasos antes.

Patrick pese al escándalo, logró salir reelecto, al mismo tiempo que su padre tomaría un rol en la comisión de Salud del Senado, donde ingresaría un proyecto de Ley de Paridad en Salud mental en los términos en que Domenici la había planteado, restringida a enfermedades mentales graves, y sin considerar las adicciones⁵⁰ siendo rechazado por su hijo. Patrick consideraba que este proyecto no sólo era muy inferior a lo que se había logrado para los empleados fiscales y sus familias, entre los que se encontraban ellos como congresales, sino que además ponía un riesgo mayor; Estados Unidos al ser un estado federado, muchos estados habían establecido normas locales que mejoraban lo existentes desde el año 2001, y el proyecto de su padre no permitiría que estas mejoras locales en pos de un mayor proteccionismo, se implementaran.

Es entonces que con el apoyo de Salud Mental América, la asociación más grande de pacientes de Estados Unidos, decidieron ingresar en Marzo de 2007 la moción “Paul Wellstone Ley de equidad y paridad para salud mental y adicciones”, lo que desencadenaría una tensión familiar, confrontando al padre con el hijo, y entre las cámaras del poder legislativo, que quedaría bien reflejado en el artículo del New York Times titulado “Los propósitos de la Ley de Paridad de Salud mental, entre el pragmatismo del padre y la pasión del hijo”. Ambos proyectos comenzaron a avanzar en sus respectivas cámaras.

⁴⁹ Op.cit., página 236.

⁵⁰ Op.cit., página 253.

La regulación se aplicó originalmente a los planes de salud grupales y fue modificada por la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible, ampliándose a los seguros de salud individuales, como se analizará con detención a continuación.

Así se promovieron dos mociones parlamentarias una por el representante Patrick Kennedy y otra por su padre el Senador Ted Kennedy, la primera en la cámara de representantes, el equivalente a la cámara de diputados, y la segunda en el Senado. Patrick Kennedy abogó por que la ley debía incluir todas las enfermedades mentales y el consumo abusivo de drogas, mientras Ted Kennedy la restringió solo a las enfermedades psiquiátricas severas. Finalmente la MHEPEEA (Mental Health parity and addiction equity act) fue aprobada en 2008 pero solo comenzó a ser implementada con la reforma de salud del Presidente Barack Obama en 2014.

Patrick Kennedy definió esta legislación como una ley equivalente a las leyes de derechos civiles, tendiente a combatir directamente el estigma⁵¹, lo que permitiría que el debate sobre la pregunta de si las enfermedades mentales existían o no, se cerrara, y se abriera la pregunta sobre el correcto diagnóstico y tratamiento.

En contraste con lo anterior, en el caso de Chile la temática de salud mental está en un cuerpo legislativo disperso, entre las que están:

- Constitución Política de Chile.
- Código Civil.
- Código de Procedimiento Civil.
- Ley 18.600 que “Establece Normas sobre los Deficientes Mentales (1987).
- Ley Nº 19.966 que Establece un Régimen de Garantías en Salud (2004).
- Ley Nº 20.000 que sanciona el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (2005).
- Decreto Nº 201 que promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008).
- Ley Nº 20.255 que Establece Reforma Previsional (Año 2008).
- Ley Nº 20.332 sobre Producción, Elaboración y Comercialización de Alcoholes Etilícos, Bebidas Alcohólicas y Vinagres (2009).

⁵¹ Op.cit., página 13.

- Ley Nº 20.379 que crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e Institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo” (2009).
- Ley Nº 20.609 que establece Medidas contra la Discriminación (2010).
- Ley Nº 20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad (2010).
- Ley Nº 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación a las Acciones vinculadas a su Atención de Salud (2012)⁵².

Si bien en muchos casos las leyes no discriminan explícitamente en relación al acceso y el cuidado de las personas con problemas de salud mental, los vacíos legales pueden favorecer la implementación de limitaciones o condiciones si se trata de atención psiquiátrica o psicológica.

De acuerdo al Informe elaborado por el Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental el año 2014, las principales debilidades en el respeto de los derechos humanos para esta población son:

- Ausencia de reconocimiento legal de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental.
- La Ley 18.600 permite la interdicción sin un debido proceso y permite el pago de una remuneración inferior al sueldo mínimo para las personas con discapacidad mental.
- Ausencia de una autoridad independiente del sector salud que autorice y supervise las hospitalizaciones involuntarias.
- Falta de reconocimiento del derecho exclusivo de las personas con discapacidad mental a dar consentimiento para procedimientos irreversibles, tales como psicocirugía y esterilización (ninguna otra persona debería sustituirla en estas decisiones).
- Inexistencia de disposiciones legales que obliguen a empresas a contratar a esta población.
- Bajo porcentaje del presupuesto de salud destinado a salud mental.
- Alta discriminación territorial en la distribución de los recursos para la salud mental en el sistema público de salud.
- Insuficiente número de centros de salud mental comunitaria.

⁵² Universidad de Chile, Ministerio de Salud (2014): Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo Informe Junio. Santiago, junio, 2014.

- Alta frecuencia de uso de contención física y aislamiento en hospitalizaciones psiquiátricas.
- Los dispositivos de salud mental no entregan suficiente información a los usuarios y no facilitan su participación activa en las decisiones sobre sus tratamientos.
- Bajo porcentaje de personas con esquizofrenia que tienen un plan individual de tratamiento.
- Baja frecuencia del uso de intervenciones que favorezcan inclusión educacional y laboral.
- Alto número de personas con discapacidad mental institucionalizadas (formal e informal).
- Bajo porcentaje de niños/as con discapacidad mental integrados en escuelas normales.

Chile, a pesar de llevar más de 15 años promoviendo la necesidad de un instrumento normativo relativo a la salud mental, con solicitudes desde la sociedad civil y con iniciativas por parte del Congreso Nacional, aún no cuenta con una Ley en esta materia. Los avances que se han alcanzado dicen relación con la ratificación de la Convención de Derechos para Personas con Discapacidad el año 2008 y la emisión del informe de la Comisión Asesora Presidencial en materia de discapacidad del año 2016, donde una de las diez medidas priorizadas con carácter de urgente fue “enviar al Congreso un Proyecto de Ley de Salud Mental, que incluya medidas específicas para el respeto de derechos de personas con discapacidad de tipo mental, reemplace la Ley N°18.600 y el párrafo 8 de Discapacidad Mental de la Ley N°20.584, regule la relación de las personas con discapacidad de tipo mental con la justicia, asegure recursos para los Servicios de Salud Mental (al menos el 5% del Presupuesto de Salud), que ofrezca alternativas comunitarias a la institucionalización y establezca el desarrollo de una red de servicios de salud mental comunitario”⁵³. A su vez, el Ministerio de Salud anunció su disposición a estudiar el tema y mediante la Resolución Exenta N° 81 del 10 de febrero 2015, conformó una mesa de trabajo, vigente hasta el día de hoy.

Los actores específicos que han posibilitado la realización de estas acciones son la Coordinadora de Organizaciones de Familiares y Usuarios

⁵³ Comisión Asesora Presidencial sobre Inclusión Social de Personas en Situación de Discapacidad (2016): Propuesta Plan Nacional sobre Inclusión Social de Personas en Situación de Discapacidad. Disponible en www.senadis.cl (Revisado en diciembre 2016).

de Personas con Afecciones de Salud Mental (CORFAUSAM), quien presentó el año 2012 ante el Congreso Nacional un informe emanado de un encuentro nacional, donde manifestó las necesidades que tienen las familias y las personas con enfermedades mentales en el país, destacando la necesidad de establecer una Ley de Salud Mental. A su vez, han surgido además dos mociones parlamentarias, la primera patrocinada por la Diputada Marcela Hernando, quien comenzó a plantear la importancia de los derechos de las personas con enfermedades mentales a partir del año 2013, y la segunda, correspondiente al Diputado Sergio Espejo del año 2015.

Es importante sostener que en 2016 se refunden estos intentos, generándose una Propuesta de Ley patrocinada por ambos Diputados, con el objetivo de garantizar judicialmente el reconocimiento de los derechos de esta población, específicamente el derecho a la libertad personal y al cuidado sanitario. Surgen así cuatro pilares fundamentales:

1. El establecimiento de una regla general de capacidad.
2. La prohibición de llevar adelante procedimientos de salud invasivos e irreversibles.
3. Que sea la Corte de Apelaciones quien actúe en las autorizaciones de las internaciones involuntarias y en la supervisión de éstas.
4. La constitución de estándares mínimos de atención en salud mental para cualquier chileno o chilena.

Cuadro N°9
Proyectos de ley relativos a la salud mental presentados en Chile

Proyecto de ley	Fecha	Boletín	Cámara	Trámite	Objeto o materia propuesta
1.- Modifica la ley N°18.600 respecto del contrato de trabajo celebrado por personas con discapacidad mental	16/09/2015	10309-11	Cámara de Diputados - Moción - Dip. Marcela Hernando	Primer trámite Constitucional - Comisión de Desarrollo Social	Modifica artículo 16° de la Ley N°18.600, exigiendo que todo contrato que celebre la persona con discapacidad mental se ajuste a las disposiciones de la legislación laboral vigente.
2.- Sobre protección de la salud mental	09/03/2016	10563-11	Cámara de Diputados - Moción - Dip. Marcela Hernando	Primer trámite Constitucional - Comisión Salud	Se reconocen 15 derechos, adicionales a los consignados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley sobre derechos y deberes en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud.
3.- Modifica la Carta Fundamental para garantizar el derecho a la protección de la salud mental	09/03/2016	10564-07	Cámara de Diputados - Moción - Dip. Marcela Hernando	Primer trámite Constitucional - Comisión de Constitución	Modifica el artículo 19° número 9 de la Constitución incorporando el derecho a la protección de la salud física y mental.
4.- Establece normas de reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad o discapacidad mental	15/06/2016	10755-11	Cámara de Diputados - Moción - Dip. Sergio Espejo	Primer trámite Constitucional	Iniciativa que presenta proyecto que da reconocimiento y protección de los derechos fundamentales de las personas con enfermedad mental o discapacidad mental. Consta de 18° artículos relativos a la forma de atención de las personas con enfermedades mentales.

Conclusiones

De este modo, y considerando el ejemplo de Estados Unidos, se puede concluir que el diseño y la implementación de una legislación de paridad logró su concreción por la interacción de actores de un amplio espectro político, con testimonios biográficos relevantes y con una sensibilización continua en la materia, lo que logró posicionar la materia en la agenda. A diferencia de lo ocurrido en Chile, donde la temática aparece intermitentemente, los proyectos de ley han sido patrocinados solo por un segmento del espectro político, y no han existido testimonios dentro de las vocerías de poder.

Chile está dentro del 20% de países que no cuenta con una legislación específica en salud mental, a pesar de que el Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible del año 2007⁵⁴ dio cuenta que las enfermedades neuropsiquiátricas, principalmente la depresión y las demencias, son la primera causa de años de vida saludables (AVISA) perdidos.

Sin duda que la implementación integral podría ser eficaz en Chile para mejorar la protección financiera y aumentar la utilización apropiada de los servicios de salud mental para las personas con problemas de salud mental⁵⁵, a la vez que permitiría cumplir con la voluntad de las organizaciones internacionales nombradas a lo largo de este artículo, que han insistido en la necesidad de considerar, respetar y aplicar el enfoque de derechos para las personas con enfermedades mentales, pues es la mejor forma de evitar la discriminación, el estigma y la exclusión social.

No se debe olvidar que existe claridad que los tratamientos en salud mental son costo efectivos para los países y que las personas deben ser consideradas en su autonomía y dignidad, con base en una sociedad solidaria y respetuosa de las diferencias, donde las personas son sujetos de derecho y no objetos de protección.

⁵⁴ Ministerio de Salud, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile (2008): Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.

⁵⁵ Sipe, Ann Theresa et al. (2015): Effects of Mental Health Benefits Legislation. A Community Guide Systematic Review. American Journal of Preventive Medicine 2015;48(6): 755-766.

Referencias bibliográficas

- Barry, Colleen, Huskamp, Haiden, Goldman Howard (2010). A Political History of Federal Mental Health and Addiction Insurance Parity. Johns Hopkins University; Harvard University; University of Maryland. *The Milbank Quarterly*, Vol. 88, No. 3, 2010 (pp. 404-433).
- Busch, Alisa et al. (2013). The Effects of Mental Health Parity on Spending and Utilization for Bipolar, Major Depression, and Adjustment Disorders. *American Journal Psychiatry* 170:2, February 2013.
- Ettner, Susan et al. (2016). The Mental Health Parity and Addiction Equity Act evaluation study: Impact on specialty behavioral health utilization and expenditures among “carve-out” enrollees. *Journal of Health Economics* 50 (2016) 131-143.
- Gitterman, Daniel et al. (2001). Does the Sunset of Mental Health Parity really matter? *Administration and Policy in Mental Health*, Vol. 28, Nº5, May 2001.
- Hernandez, Elaine, Uggen, Christopher (2012). Institutions, Politics, and Mental Health Parity. *Society and Mental Health*. American Sociological Association 2012.
- Herrera, Carolina-Nicole, Hargraves, John, Stanton, Gregory (2013). The Impact of the Mental Health Parity and Addiction Equity Act on Inpatient Admissions. *Health Care Cost Institute*. Issue Brief 5, February 2013.
- Karg, Rhonda et al. (2014). Past Year Mental Disorders among Adults in the United States: Results from the 2008-2012 Mental Health Surveillance Study. *Center Behavioral Health Statistics and Quality*, October 2014.
- Kennedy, Patrick J, Fried, Stephen (2016). *A Common Struggle: A Personal Journey Through the Past and Future of Mental Illness and Addiction*. Penguin Random House, September 2016, United States of America.
- Kessler et al. (2005). Lifetime Prevalence and Age of Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005; 62: 593-602.
- Lipari, Rachel et al. (2016). America’s need for and receipt of substance use treatment in 2015. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality*. September 2016.
- Ministerio de Desarrollo Social (2015). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional 2015*. Base de Datos. Disponible en <http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/index.php> (Revisado en diciembre de 2016).
- Ministerio de Salud, Departamento de Salud Pública Pontificia Universidad Católica de Chile (2008). *Informe Final Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Chile 2007*. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud, Dirección del Trabajo, Instituto de Seguridad Laboral (2011). *Primera encuesta nacional de empleo, trabajo, salud y calidad de vida de los trabajadores y trabajadoras en Chile*. Informe interinstitucional, ENETS 2009-2010.

- Ministerio de Salud (2009-2010). Encuesta Nacional de Salud Chile 2009-2010. Disponible en <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf> (Revisado en noviembre de 2016).
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria (2015). Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria.
- Nguyen, Teresa, Davis, Kelly (2016). The State of Mental Health in America 2017. Mental Health America. Disponible en: www.mentalhealthamerica.net (Revisado en octubre 2016).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006). Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. OMS, Ginebra, Suiza.
- Sipe, Ann Theresa et al. (2015). Effects of Mental Health Benefits Legislation. A Community Guide Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine* 2015;48(6): 755-766.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Behavioral Health Statistics and Quality (2016). Results from the 2015 National Survey on Drug use and Health: Detailed Tables, Prevalence Estimates, September, 2016.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2015). Behavioral Health Barometer: United States, 2015. HHS Publication N°SMA-16-Baro-2015. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration, RTI International (2012). Comparison of NSDUH Mental Health Data and Methods with Other Data Sources. CBHSQ Data Review. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. March, 2012.
- Sundararaman, Ramya: The Mental Health Parity Act: A Legislative History. Disponible en: <http://congressionalresearch.com/RL33820/document.php?study=The+Mental+Health+Parity+Act+A+Legislative+History> (Revisado en noviembre de 2016).
- U.S. Department of Health and Human Services (2016). Early Release of Selected Estimates Based on Data From the National Health Interview Survey, January-March 2016. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/nhis/releases/released201609.htm> (Revisado en octubre de 2016).
- Verugheze, Jacob et al. (2015). Economic Effects of Legislations and Policies to Expand Mental Health and Substance Abuse Benefits in Health Insurance Plans: A Community Guide Systematic Review. *Journal Mentl Health Policy Econ.* 2015 Mar; 18(1): 39-48.
- Vicente, Benjamín, Saldívia, Sandra, Pihán, Rolando (2016). Prevalencias y Brechas Hoy: Salud Mental Mañana. *Acta Bioethica* 2016; 22 (1): 51-61.
- Vicente, Benjamín et al. (2006). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study. *American Journal Psychiatry*, Agosto 2006; 163: 1362-1370.
- WHO (2015). Mental Health Atlas 2014, country profile. Ginebra. Disponible en http://www.who.int/mental_health/evidence/atlasnmh/ (Revisado en octubre de 2016).

AUTORES Y AUTORAS

María Teresa Abusleme Lama

Socióloga y Licenciada en Estética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Política y Gobierno de la Universidad de Concepción y Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Diplomada en Psicogerontología Educativa y Social, en Gerontología Social, en Prevención y Abordaje del Maltrato hacia las Personas Mayores, y en Gestión y Administración de Servicios Sociales por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Miembro de la Sociedad de Geriátría y Gerontología de Chile. En la actualidad se desempeña en el Departamento de Salud Mental de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, implementando el Plan Nacional de Demencia.

Diana Constanza Aparicio Castellanos

Cirujano Dentista, Odontóloga Especialista en Odontología Legal y Forense. Perito de Servicio Médico legal y Docente de Medicina Legal Odontológica de la Universidad Andrés Bello. Ha sido Asesora de la Dirección Nacional y actualmente Asesora de la Dirección Regional Metropolitana y Representante de la Mesa Regional de Género Sector Justicia. Sus áreas de trabajo se enfocan a las ciencias forenses y criminalísticas aplicadas a los derechos humanos.

María Soledad Arriagada Márquez

Psicóloga de la Universidad de Artes y Ciencias - ARCIS. Acreditada como psicóloga clínica por la Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Terapeuta Familiar y de Parejas formada en el Instituto Chileno de Terapia Familiar y en el Ackerman Institute for the Family de Nueva York. Magíster en Psicología Clínica, estudios avanzados en la familia y la pareja de la Universidad Alberto Hurtado. Miembro de la unidad psicosocial del Instituto Chileno de Terapia Familiar. Miembro del Colegio de Psicólogos de Chile. Licenciada en Ciencias de la Educación. Especialista en terapia

familiar con familias de trabajadores con jornadas excepcionales en la minería chilena.

Claudia Baros Agurto

Psicóloga y licenciada en Psicología con mención en Investigación de mercado y comportamiento del consumidor de la Universidad Diego Portales, posgraduada en Psicología forense aplicada a la investigación criminalística (Universidad de Chile) y en Planning publicitario (Universidad del Pacífico). Investigadora cualitativa senior y académica, de mirada clínica y sociocultural. Se caracteriza por estar atenta a los cambios culturales y orientarse a la prevención. Investiga para organismos públicos y privados; en áreas de consumo, salud mental, medios de comunicación y políticas públicas.

Marta Josefa Bello Hiriart

Psicoanalista, Sociedad Chilena de Psicoanálisis, Magíster Psicología Clínica, mención Psicoanálisis, U. Adolfo Ibáñez. Magíster Planificación del Desarrollo, Ciencia y tecnología, U. Central de Venezuela. Docente y Supervisora Instituto de Formación de ICHPA, desde 2001 a la fecha y ex Directora del Instituto). Ex docente Facultad de Medicina U. de Chile y Escuela de Psicología, Universidad Católica de Valparaíso. Desde 2003 en Facultad de Psicología Universidad Adolfo Ibáñez y Coordinadora Académica Magíster de 2005 a 2011, Actualmente Directora de Tesis de Magíster, Más de 50 publicaciones y presentaciones en congresos y similares. Investigación sobre: Subjetividad, psiquismo y sociedad.

Isaac Caro

Sociólogo y licenciado en sociología por la Pontificia Universidad Católica de Chile. Magíster en Estudios Sociales y Políticos Latinoamericanos por el Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales (ILADES) de la Universidad Alberto Hurtado. Doctor en Estudios Americanos, mención Relaciones Internacionales, por la Universidad de Santiago de Chile. En la actualidad es académico del Departamento de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Alberto Hurtado. Es autor de publicaciones y libros, entre los que se cuentan: *Fundamentalismos islámicos. Guerra contra Occidente y América Latina* (2002); *Extremismos de derecha y movimientos neonazis. Santiago, Madrid, Berlín* (2007); *Islam y judaísmo contemporáneos en América Latina* (2010); *Conexiones latinoamericanas del islamismo radical* (2012).

Claudio González Parra

Profesor titular del Departamento de Sociología de la Universidad de Concepción. Sociólogo de la Universidad de Concepción, tiene un Magíster en Estudios Internacionales de la Universidad de Chile, un Magister en Estudios Internacionales de la Universidad de Denver, y Ph.D. de la Universidad de Denver. Ha trabajado con comunidades Pehuenche, Lafkenche y Mapuche hace 45 años. Sus publicaciones recientes analizan los impactos cultural y social de los mega proyectos de desarrollo en territorios indígenas en América Latina.

Gabriel Guajardo Soto

Investigador asociado de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO-Chile. Es profesor de postgrado en metodología de investigación cualitativa. Sus líneas principales de investigación son género, salud mental y violencias; en estudios públicos el ciclo de políticas públicas, gestión de personas, comunicaciones corporativas y de organizaciones. Licenciado en Antropología Social de la Universidad de Chile; Magíster en Psicología, mención Teoría y Clínica Psicoanalítica, Universidad Diego Portales; Doctorante del Doctorado de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.

Elda Jara Pacheco

Socióloga, realizó sus estudios de pregrado en la Universidad de Concepción y actualmente se encuentra finalizando sus estudios en el Magíster de Política y Gobierno de la misma casa de estudios. Su experiencia en investigación en salud pública y pueblos indígena comenzó finalizando sus estudios de sociología, donde realizó su tesis en salud mental de la población pehuenche de Alto Biobío, con enfoque en determinantes sociales, haciendo especial énfasis en la problemática del suicidio. Actualmente se encuentra trabajando en su tesis magistral, en área de salud pública y derechos de las mujeres indígenas.

Alberto Larraín Salas

Médico Psiquiatra, Magíster en Bioética. Actualmente Doctorando en Salud Pública de la Universidad de Chile. Entre 2015-2017 ejerció como coordinador del Plan Nacional de Prevención del Suicidio en el Ministerio de Salud, similar fecha en que participó como miembro de la Comisión Presidencial de Inclusión para personas con discapacidad.

Francisca Lobos Mosqueira

Socióloga de la Pontificia Universidad Católica y magíster en Políticas Públicas de la Universidad de Chile. Realizó su tesis de postgrado sobre los factores de riesgo del suicidio en Chile. Trabaja como investigadora para el Observatorio de Juventud del Instituto Nacional de la Juventud, donde tiene entre otras funciones, la coordinación de la Encuesta Nacional de Juventud.

José Lledó Muñoz

Psicólogo y licenciado en Psicología, Universidad Diego Portales. Diplomado en Formación en Terapia Floral para Psicólogos, Centro Árbol. Actualmente cursando Postítulo de Psicodrama en Centros De estudios Psicodrama Chile. Además, se desempeña como psicólogo en COSAM Pudahuel y como ayudante de cátedra Problemas de Salud Mental, Universidad Diego Portales y de proyecto FONDECYT “Violencias en la escuela desde la perspectiva de estudiantes, profesores y apoderados: un enfoque trans-disciplinar y multi-metodológico para su comprensión”.

Christian Rivera Viedma

Doctor en Lingüística por la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso y Doctor en Didáctica de las Lenguas y de las Culturas por la Universidad Sorbonne-Nouvelle, París III. Ha sido becario del CONICYT (Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile) y del Colegio Doctoral Franco-Chileno. Desde el año 2013 hasta el año 2015, fue investigador asociado de FLACSO-Chile, en donde se desempeñó como coinvestigador del proyecto MISEAL, Alfa III, cofinanciado por la Unión Europea. Sus principales líneas de investigación se centran en las desigualdades lingüísticas; las relaciones entre lenguaje y género, la violencia verbal y la revitalización de lenguas minorizadas. Actualmente, es colaborador del Programa de Inclusión Social y Género de FLACSO-Chile.

Francisco Ojeda Güemes

Psicólogo Clínico, Magíster en Psicología Clínica Infanto Juvenil de la Universidad de Chile y docente de la Universidad Alberto Hurtado. Practica el psicoanálisis con niños/as, adolescentes y adultos, tanto en el ámbito público como privado. Desarrolla temas de investigación en Salud Mental, Depresión y Suicidio adolescente. Actualmente es Asistente de Investigación del FONDECYT Regular N°1161696 con la Dra. Vania Martínez, y es Miembro Asociado de la Nueva Escuela Lacaniana (NEL) sede Santiago.

Carolina Victoria Parra Chiang

Psicóloga y licenciada en Psicología, Universidad Diego Portales. Diplomada en Psicoterapia Infanto Juvenil, Pontificia Universidad Católica de Chile. Ayudante Proyecto Fondecyt N°1140135 “Violencias en la escuela desde la perspectiva de estudiantes, profesores y apoderados: un enfoque trans-disciplinar y multi-metodológico para su comprensión”. Investigadora responsable: María Isabel Toledo, Co-investigadores: Mtro. Gabriel Guajardo y Dr. Christian Miranda. Actualmente se desempeña como psicóloga educacional y como ayudante de docencia del curso “Psicodiagnóstico de niños y adolescentes”, en la Universidad Diego Portales.

Yara Morales Rivera

Comunicadora Social (UCB) y Master Oficial en Estudios Latinoamericanos (Universidad de Salamanca); realiza también estudios en Desarrollo Urbano (Universidad Católica de Chile). Por más de 15 años ha trabajado en cooperación internacional con proyectos sociales y culturales. Se desempeñó en la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación en Bolivia en temáticas de Agricultura Urbana y Periurbana; Medios de vida en montañas; el binomio Quinoa-Camélidos y Derecho Humano a la Alimentación Adecuada. Paralelamente ha participado activamente en producción audiovisual en el área de investigación, guión y creación del tratamiento estético y narrativo, en especial en documentales creativos. Actualmente es responsable del área de culturas, academia y relaciones internacionales en el Consulado de Bolivia en Milán.

Jeanne W. Simon

Profesora asociada del Departamento de Administración Pública y Ciencias Políticas de la Universidad de Concepción. Cientista Política con maestría y doctorado en Estudios Internacionales de la Universidad de Denver. Sus líneas principales de investigación son gobernanza y ciudadanía intercultural; desarrollo territorial sustentable, especialmente relacionado con programas de intervención en los pueblos indígenas. Sus publicaciones recientes analizan la dinámica política de las relaciones entre el Estado y los pueblos indígenas en Chile.

María Isabel Toledo Jofré

Antropóloga y Licenciada en Antropología, Universidad de Chile, Chile; Doctora en Ciencias de la Educación por la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Profesora titular de la Escuela de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales. Docente de pre-grado y posgrado en Psicología y Educación. Profesora y asesora en metodologías hermenéuticas, especialmente, enfoque biográfico y etnografías. Investigadora en dos líneas del conocimiento: memoria colectiva/ enseñanza de la historia en la escuela e intimidación/violencias en la escuela.

SUICIDIOS CONTEMPORÁNEOS: VÍNCULOS, DESIGUALDADES Y TRANSFORMACIONES SOCIOCULTURALES

Ensayos sobre violencia, cultura y sentido

El tema central de este libro es el suicidio en las sociedades contemporáneas desde un análisis social y cultural.

Este análisis comparte el horizonte ético que apoya las posibilidades de vida, sean estas de continuidad o discontinuidad con el orden sociocultural, con una apertura al conocimiento y la reflexión transformadora sobre aquello que ancla, precipitadamente, a la muerte.

Desde una metáfora visual, se trataría de un acto de sostener la mirada y ampliarla en ciertos espacios, generalmente rehuidos. Estos propósitos de apertura reflexiva y preocupación por el suicidio se concretaron a través de las contribuciones de autores y autoras, con sus propios estilos de escritura, como su lectura develará.

El presente volumen agrupa catorce artículos organizados en cuatro partes y que son autónomos para su comprensión. En esta serie de trabajos concurren diversas disciplinas: la epidemiología, lingüística, psicoanálisis, psicología, sociología, etnografía, ciencia política, relaciones internacionales, ciencias forenses, investigación educacional y políticas públicas. No obstante, hay un efecto en la lectura secuencial que se inspira en la idea de la observación de segundo orden, donde "los puntos ciegos" se logran hacer visibles al cambiar de posición.



FLACSO
CHILE

ISBN: 978-956-205-262-7



9 789562 105262 7