

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

Resumen

El presente artículo “Suicidio y Precariedad Vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002 – 2010.” busca exponer la relación del suicidio con la “Precariedad Vital”, en donde sus distintas dimensiones configuran el trasfondo de riesgo que estaría explicando la evolución de los suicidios en tanto priva a los suicidas de poder llevar una vida digna que merezca la pena vivirse.

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

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

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

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

Palabras clave:

Suicidio – Precariedad Vital

Departamento de Sociología.
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República.
Grupo de Comprensión y Prevención de la conducta suicida.
www.suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy

Introducción

El presente artículo se basa en el análisis de las novedades de suicidios consumados en el departamento de Montevideo entre el año 2002 y 2010. La principal fuente de información fue el Sistema de Gestión de Seguridad Pública perteneciente al Ministerio del Interior.

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

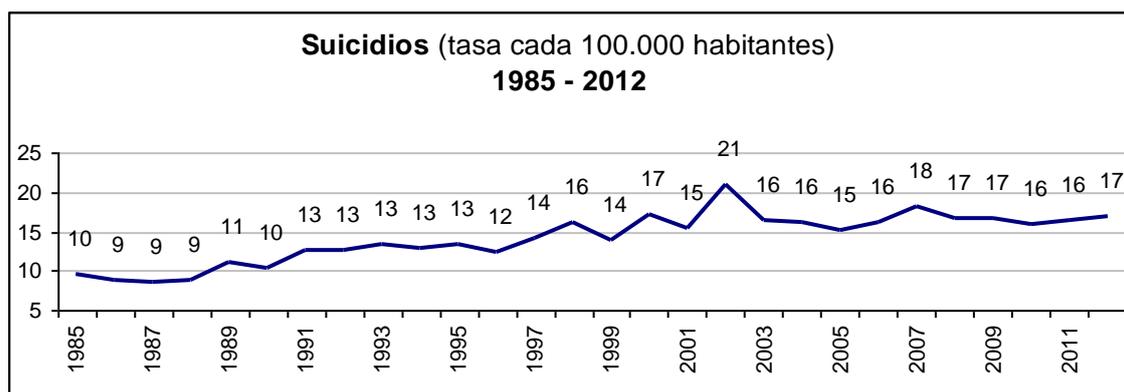
La evolución de las tasas de suicidios de los últimos treinta años en Uruguay mostraron que:

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

Estudiar el suicidio resulta un desafío para las interpretaciones desde las ciencias sociales, donde a pesar de existir varios abordajes desde distintas disciplinas a este fenómeno, aún existen muchas preguntas por responder.

El gráfico 1 presenta los años siguientes a la apertura democrática en donde la tasa mostró un valor por debajo de 10 cada 100.000 habitantes en los tres años siguientes a 1985, para no volver más la misma a tener valores por debajo de 10 en todo el período restante culminando en el año 2012 con un valor de 17.

Gráfico 1. Suicidios consumados. 1985 – 2012. Uruguay.



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

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

Así después de la crisis de 2002 el país presentaba indicadores sociales tales como pobreza, indigencia, desempleo entre otros con sus peores valores, en ese momento plantear una hipótesis de asociación con la tasa de suicidios resulta aparentemente

obvia. Pero en los siguientes años esos indicadores han mejorado sustantivamente y la tasa de suicidios no ha descendido.

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

El suicidio es un tópico que recientemente a concitado interés desde el sistema político y se vienen desarrollando esfuerzos para buscar la disminución de los mismos. En diciembre de 2006 se aprobó en la Cámara de Representantes de nuestro país, la Ley que declara el 17 de julio de todos los años como Día Nacional de la Prevención del Suicidio (Ley N° 18.097). Este proyecto fue aprobado previamente por la Cámara de Senadores, el 6 de setiembre del mismo año. En ambas instancias fue sancionado en forma unánime.

También encontramos en el año 2008 las “Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas” presentadas por el Ministerio de Salud Pública (MSP) a través del Programa Nacional de Salud Mental, la realización en 2009 del XXV Congreso Internacional de la IASP (Asociación Internacional de Prevención del Suicidio) en Uruguay, con una concurrencia de más de 600 expertos de 61 países diferentes y recientemente en 2012 se lanzó el Plan Nacional de Prevención del Suicidio para Uruguay 2011 – 2015.

Principales resultados

La investigación utilizada en este artículo es producto de la tesis de maestría en Psicología Social de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, que tuvo una totalidad de 1745 casos de suicidios consumados en el departamento de Montevideo, los mismos abarcan el período 2002 a 2010.

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

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

Cuadro 1. Suicidios consumados en Montevideo. 2002 – 2010.

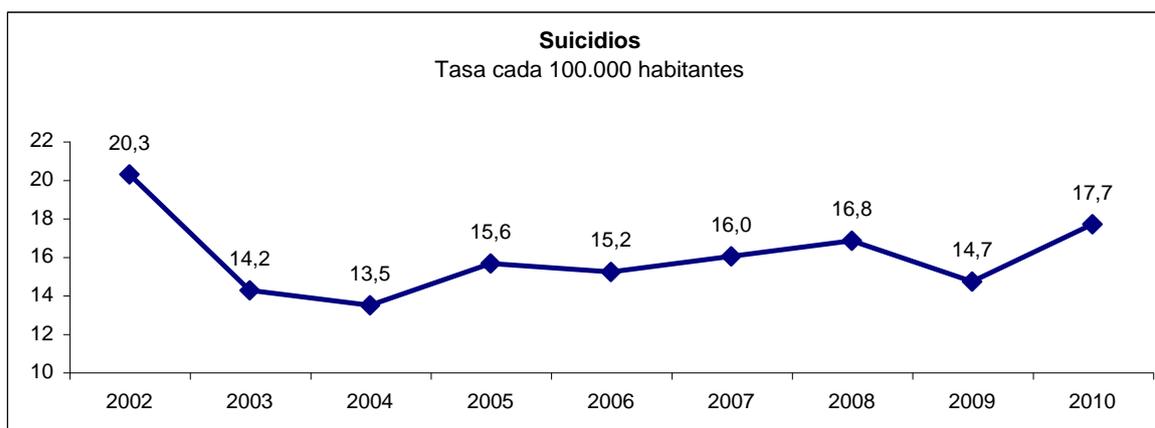
	Hombres	Mujeres	Total
2002	175	68	243
2003	116	51	167
2004	121	39	160
2005	125	56	181
2006	133	57	190
2007	145	48	193
2008	152	55	207
2009	143	42	185
2010	163	56	219
Total	1273	472	1745

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el gráfico 2, muestra como el año 2002 presentó la tasa más alta con un valor de 20,3 cada 100.000 habitantes para luego caer dos años consecutivos a 13,5 y retomar el crecimiento de la misma oscilando hasta el año 2008 con un valor de 16,8.

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

Gráfico 2. Suicidios consumados. Montevideo. 2002 – 2010.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 2 y gráfico 3, se puede observar como expresé más arriba como el suicidio en un fenómeno masculino, pero cuando desagregamos los datos por grupos de edad se puede observar como en los más jóvenes de 15 a 35 años de edad existe una proporción mayor de hombres en un 81,8% frente a un 18,2% de mujeres. Es de destacar que en los otros dos grupos de edad la participación de la mujer aumenta su proporción siendo la misma de 33,7% en el grupo de 36 a 59 años y de 26,9% en el de 60 y más años.

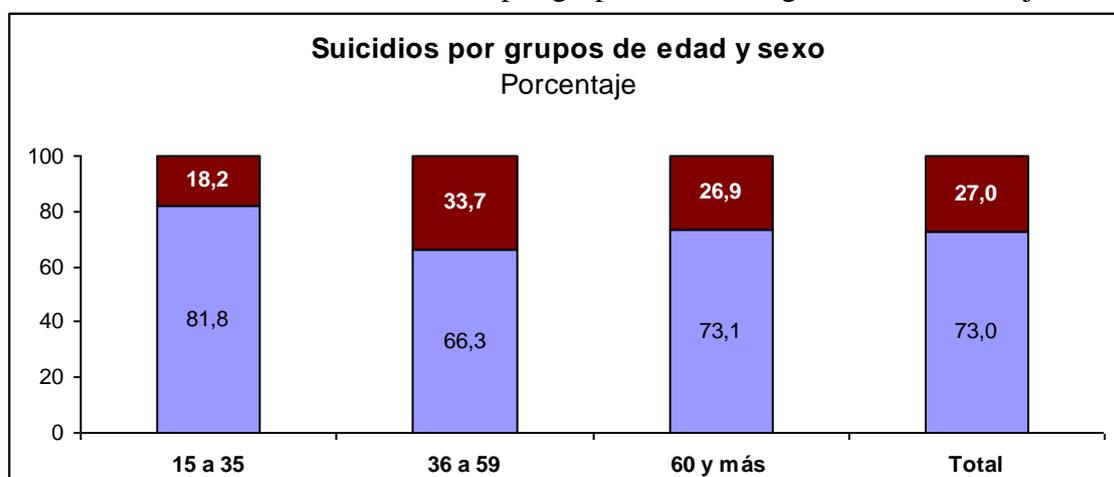
Cuadro 2. Suicidios consumados por grupos de edad según sexo. Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Hombre	81,8	66,3	73,1	73,0
Mujer	18,2	33,7	26,9	27,0
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Puede notarse en el gráfico 3 claramente el predominio importante de hombres en el grupo más joven para luego descender esa proporción y volver a crecer en el grupo de 60 y más años.

Gráfico 3. Suicidios consumados por grupos de edad según sexo. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

El cuadro 3 y el gráfico 4 muestra, para el período de tiempo de 2002 a 2010 como existió un predominio del “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” del 41,9% seguido del uso de “armas de fuego” en un 36,1% y en tercer lugar el “salto desde un lugar elevado” con un 10,1%.

Cuadro 3. Suicidios consumados por método y grupos de edad. Porcentajes

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Arma de fuego	25,4	35,9	44,9	36,1
Arma blanca	0,6	1,3	1,3	1,1
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	59,9	40,6	28,3	41,9
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,2	1,4	0,8	0,9
Ahogamiento y sumersión	0,4	0,5	1,3	0,7
Salto desde un lugar elevado	7,6	8,5	14,3	10,1
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	4,3	7,3	3,4	5,2
Otros métodos	1,0	4,0	4,9	3,4
Sin datos	0,6	0,5	0,7	0,6
Total	100	100	100	100

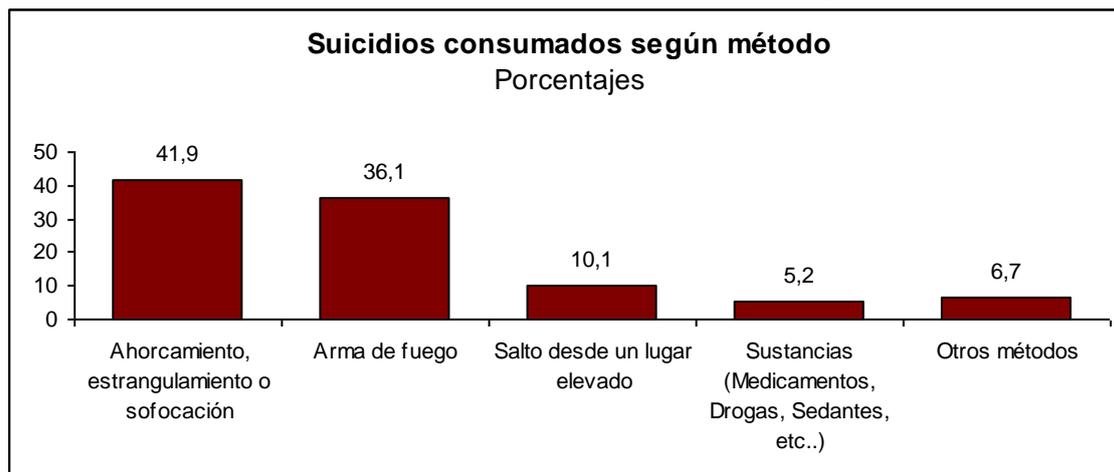
Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando observamos por grupos de edad vemos como el arma de fuego aumenta su participación como método pasando de 25,4% en los más jóvenes hasta alcanzar el 44,9% en los de mayor edad, o sea que a medida que aumentamos en edad las armas de fuego crecen en su proporción como método.

Situación inversa sucede con el ahorcamiento, en donde a medida que se aumenta en edad la proporción como método desciende, pasando de 59,9% a 28,3%.

El tercer método (salto desde un lugar elevado) presenta un leve crecimiento entre los grupos de 15 a 35 años y de 36 a 59 años pasando de 7,6% a 8,5%, para luego crecer en forma importante para los mayores de 65 años presentando un porcentaje de 14,3%.

Gráfico 4. Suicidios consumados. Porcentajes



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se analiza específicamente los suicidios consumados con “armas de fuego” queda claramente expresado el predominio de las armas cortas, siendo estas el revolver y la pistola, con un porcentaje de 91,8% para el período 2002 a 2010.

Las armas largas presentan un porcentaje minoritario del 8,2% para el período en el departamento de Montevideo.

Cuadro 4. Suicidios consumados según arma de fuego (corta y larga). Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Corta	94,6	89,3	92,7	91,8
Larga	5,4	10,7	7,3	8,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Entre las armas puede observarse como el revolver presenta el mayor porcentaje con un 72,6%, seguido de la pistola con un 16%, la escopeta con un 4,9% y por último el rifle con el 3%.

En cuanto al uso de la pistola puede observarse como aparece un porcentaje mayor entre las edades de 36 a 59 años con un 20,8% y luego en los jóvenes con un 18,5%

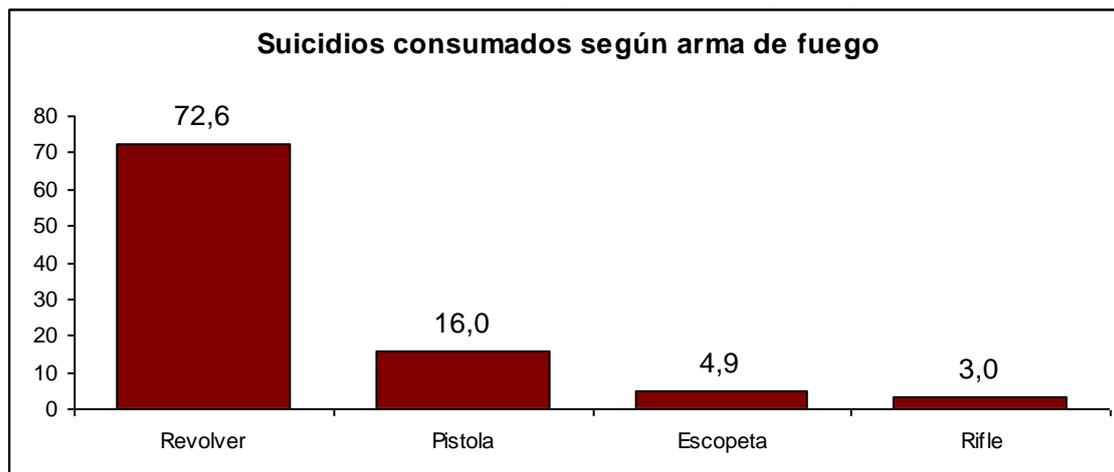
Cuadro 5. Suicidios consumados según grupos de edad y tipo de arma de fuego. Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Revolver	73,1	64,2	79,3	72,6
Pistola	18,5	20,8	10,9	16,0
Rifle	0,8	4,0	3,4	3,0
Escopeta	4,6	6,2	3,8	4,9
Sin dato	3,1	4,8	2,7	3,5
Total	100	100,0	100,0	100,0

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el gráfico 5 se puede apreciar como 7 de cada 10 suicidios consumados con armas de fuego son con revolver y prácticamente 2 de cada 10 con pistola.

Gráfico 5. Suicidios consumados según arma de fuego y tipo. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Cuando se analiza por estado civil en primer lugar aparece la situación de “casado o en unión de hecho” con un 39,8%, seguido de los “solteros” con un 25,8%, en tercer lugar los “divorciados o separados de la unión” con un 20,6% y finalmente los “viudos” con un 11,2%.

Según grupos de edad puede observarse que entre los jóvenes menores de 35 años la situación predominante es la de solteros con un 57,7% y luego los casados con un 25,2%.

En el grupo de 36 a 59 años 5 de cada 10 suicidios consumados presentaron el estado civil de casados, seguido de los divorciados con un 29,4%, en tercer lugar aparecen los solteros con un 15,8%.

En los adultos mayores de 60 años y más, desciende la situación de casado levemente a 43,8%, creciendo en forma importante la situación de viudo o viudo de la unión a un 29,3%. Las situaciones de soltero y divorciado y separado de la unión descienden en forma importante en su proporción pasando a 7,8% y 16,5% respectivamente.

La situación de viudo presenta un salto significativo pasando de 1% en los más jóvenes y 2,6% en los adultos de 36 a 59 años a 29,3% en los adultos mayores.

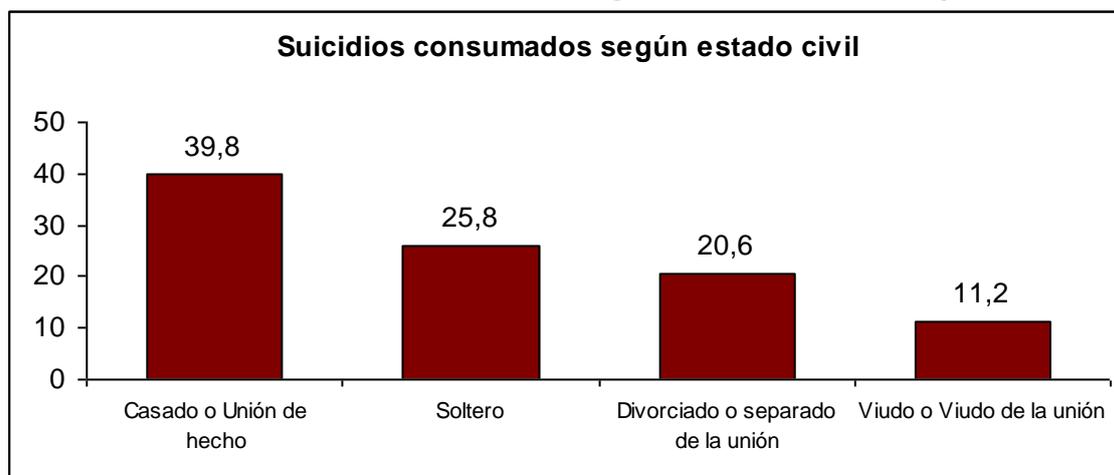
Cuadro 7. Suicidios consumados según grupos de edad y estado civil. Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Casado o Unión de hecho	25,2	48,7	43,8	39,8
Soltero	57,7	15,8	7,8	25,8
Viudo o Viudo de la unión	1,0	2,6	29,3	11,2
Divorciado o separado de la unión	15,3	29,4	16,5	20,6
Sin datos	0,8	3,5	2,5	2,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el gráfico 6 puede apreciarse como 4 de cada 10 suicidios presentaban el estado civil de casados o en unión de hecho, 3 de cada 10 como solteros, 2 de cada 10 separados y 1 de cada 10 como viudos, situación que según los grupos de edad cambia.

Gráfico 6. Suicidios consumados según estado civil. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

En el cuadro 8 y gráfico 7, se observa como para el período analizado de suicidios consumados en Montevideo el 25,3% dejó expresado sus motivos de suicidio mediante una nota suicida o carta.

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

Escapa al alcance del presente artículo ahondar en el tema, pero como expresa Casado, M. Et al (2012)

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

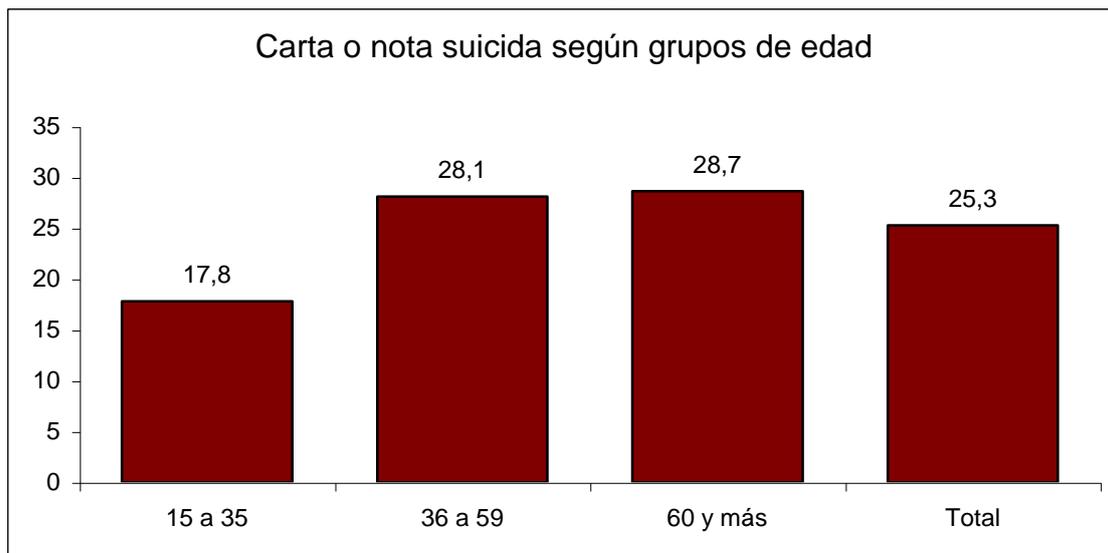
Cuadro 8. Carta o nota suicida según grupos de edad. Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Si	17,8	28,1	28,7	25,3
No	82,2	71,9	71,3	74,7
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Es entre los grupos de 36 a 59 años y de 60 y más donde aparecen porcentajes similares de presencia de cartas o notas en un 28,1% y 28,7%. Siendo los más jóvenes los que presentaron una menor proporción de notas o cartas suicidas con un 17,8%.

Gráfico 7. Suicidios consumados según estado civil. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Un fuerte predictor de conductas suicidas futuras son los avisos de autoeliminación, en donde el 18,5% de los suicidios consumados en Montevideo presentaron avisos previos.

También es relevante este dato, ya que existe en forma extendida el mito de que el que lo dice no lo hace. Como se expresa en la Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas (GPDFRCS):

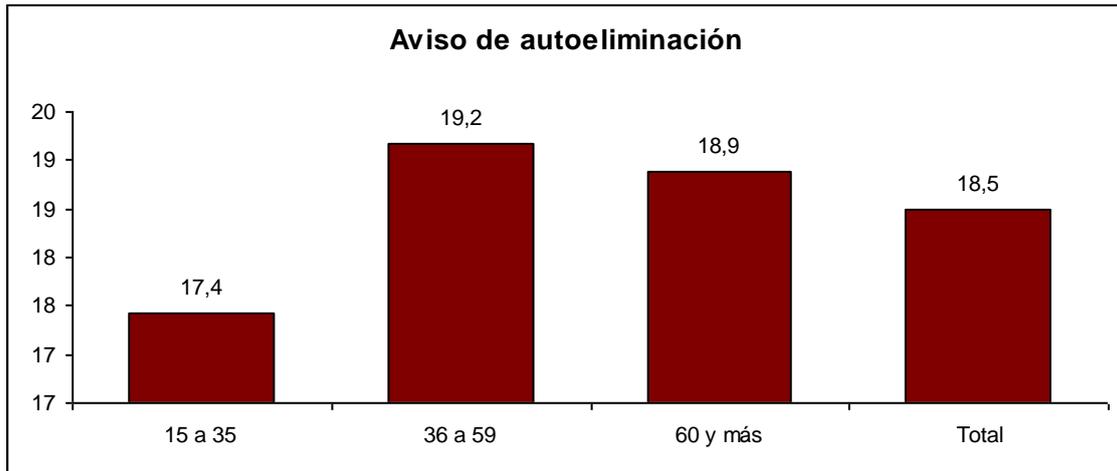
(...) los mitos sobre el suicidio son criterios equivocados, culturalmente aceptados, que no reflejan una veracidad científica pues se trata de juicios de valor erróneos que entorpecen la prevención de dicha conducta. Con cada mito se intenta justificar determinadas actitudes que se convierten en un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

Cuadro 9. Aviso de autoeliminación. Porcentaje.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Si	17,4	19,2	18,9	18,5
No	82,6	80,8	81,1	81,5
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Gráfico 8. Aviso de autoeliminación. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

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

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

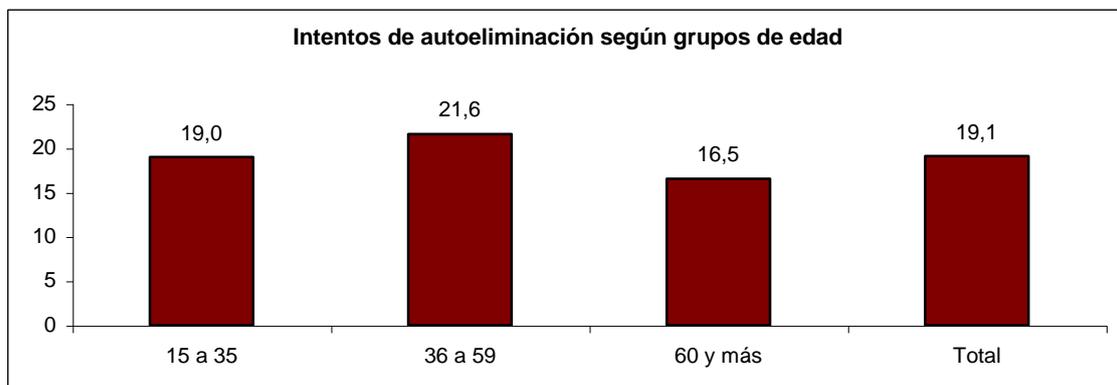
Cuadro 10. Intentos de autoeliminación según grupos de edad. Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Si	19,0	21,6	16,5	19,1
No	81,0	78,4	83,5	80,9
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Como se puede observar del cuadro 10 y el gráfico 9, 2 de cada 10 suicidios consumados presentaron intentos previos de suicidio. Es de resaltar desde la literatura nacional e internacional como esta conducta es un fuerte predictor de suicidios consumados.

Gráfico 9. Intentos de autoeliminación según grupos de edad. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Dimensiones de la precariedad vital desde la crisis hasta 2010.

La precariedad es un proceso y una experiencia en donde “la vida puede ser precarizada mediante el debilitamiento brutal de sus propiedades sociales, por la imposición de regímenes de inacción o por la marginalización de las disposiciones para la acción y por la imposibilidad de una verdadera postura narrativa” (Le Blanc. 2007). La vida es frágilizada y es privada de sus bases materiales, pragmáticas o simbólicas.

De esta forma Tejerina (2012) definió Precariedad Vital:

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

En otro trabajo más reciente la define en forma similar como

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

Precariedad socioeconómica.

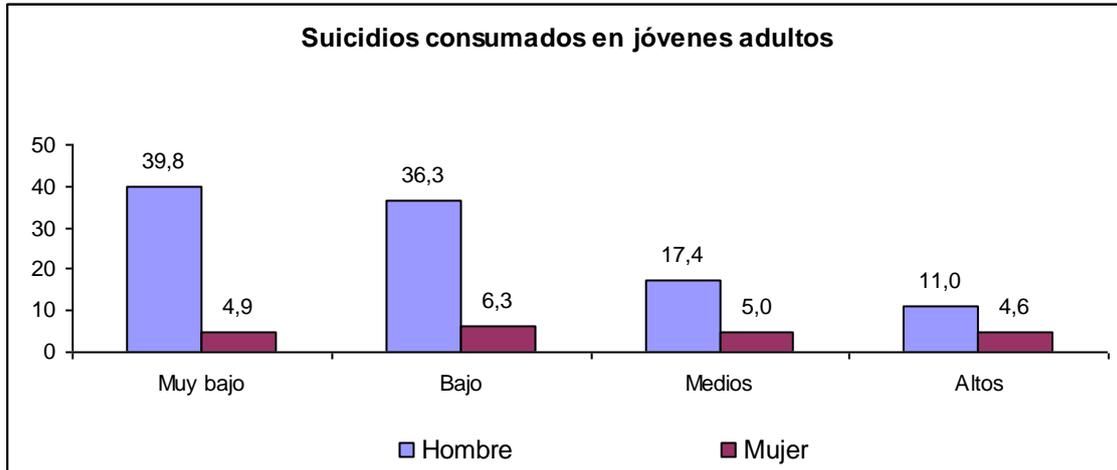
(...) la precariedad viene definida por la acumulación de una serie de recursos precarios vinculados a los ingresos o a la situación laboral, y de ahí un salario bajo o una situación laboral poco estable (...) puede dar lugar a un perfil precario. Igualmente, en esta dimensión es necesario destacar la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

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

Como se observa gráfico 10 la tasa masculina de suicidios a medida que pasa de los estratos muy bajos y bajos a medios y altos disminuye, pasando de 39,8 cada 100.000 habitantes a 11.

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

Gráfico 10. Suicidios consumados según estratos socioeconómicos de residencia. Tasas cada 100.000 habitantes.

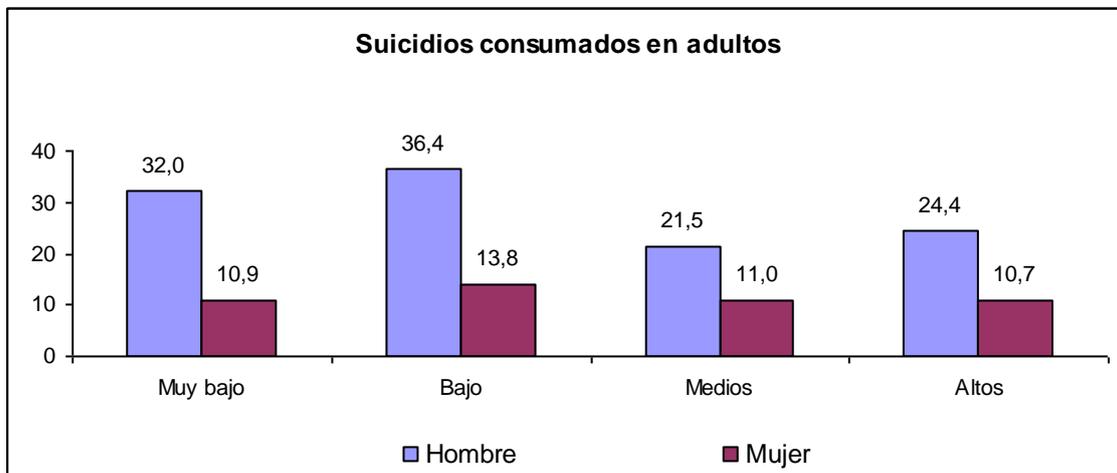


Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Al analizar por sexo es el sector bajo para los dos sexos el que presenta la mayor tasa, seguido en los hombres por los pertenecientes a los estratos muy bajos con una tasa de 32 para en tercer lugar aparecer los hombres de estratos altos y finalmente los de estratos medios con una tasa de 24,4 y 21,5. Claramente los hombres presentan una asociación entre estratos socioeconómicos y tasa de suicidios, en donde a mejor posicionados menor la tasa de los suicidios.

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

Gráfico 11. Suicidios consumados según estratos socioeconómicos de residencia. Tasas cada 100.000 habitantes.

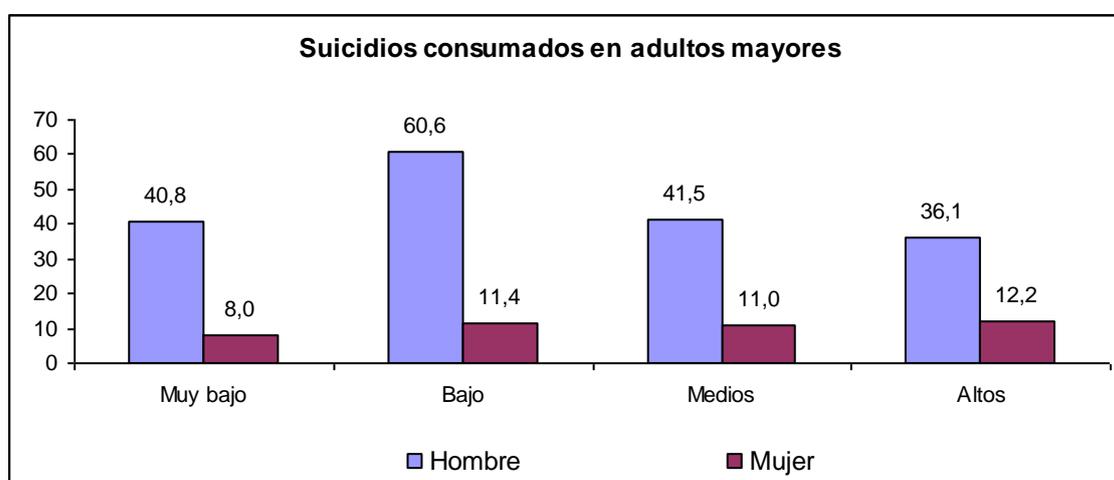


Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

El gráfico 12 expresa cómo los hombres adultos mayores de sectores bajos presentan la tasa media más alta del período con un valor de 60,6 cada 100.000 habitantes. En segundo lugar a contracorriente de lo que se esperaría son los pertenecientes a los sectores medios los que presentan un valor alto con 41,5 con una mínima diferencia de los sectores muy bajos con 40,8. La tasa más baja se observó en los hombres pertenecientes a los sectores altos con un valor de 36,1 cada 100.000 habitantes.

En cuanto a las mujeres adultas mayores las tasas por pertenencia según estrato socioeconómico presenta pocas diferencias, siendo las mujeres de sectores altos las que presentan su mayor valor con 12,2 seguido de los sectores bajos y medio con 11,4 y 11 cada 100.000 habitantes. El valor más bajo se dio en las mujeres de sectores muy bajos con una tasa de 8 cada 100.000 habitantes.

Gráfico 12. Suicidios consumados según estratos socioeconómicos de residencia. Tasas cada 100.000 habitantes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Precariedad residencial – corporal

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

Claramente el consumo problemático de drogas es una situación que afecta a los más jóvenes de Montevideo, presentando un porcentaje de 19,6% en los mismos y de 3% en los adultos, siendo inexistente en los adultos mayores.

En ellos se expresa

(...) la vulnerabilidad, exclusión, cuando no expulsión: la ruta de deterioro signada por el uso problemático de drogas deja para muchos solo la calle como ilusión de espacio-lugar, lo que los convierte en seres (parias) absolutamente visibles por su

desterritorialización e imagen socavada por las miserias. En términos de Castel (1997), se convierten en individuos con una situación que «flota» en la estructura social, poblando sus intersticios sin encontrar un lugar que los contenga. Se convierten en algo más que excluidos y para ello se incorpora el término de desafiliación que es un concepto dinámico y por lo tanto con mayor poder explicativo. (Rossal, Suárez, 2014, pp. 53-54)

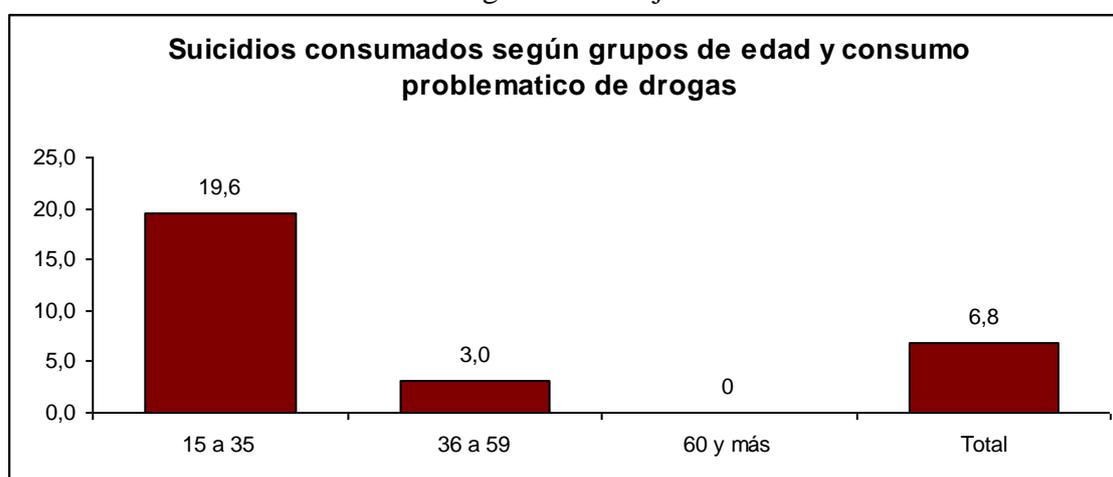
Cuadro 11. Suicidios consumados según grupos de edad y consumo problemático de drogas. Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Si	19,6	3,0	0	6,8
No	80,4	97,0	100	93,2
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

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

Gráfico 13. Suicidios consumados según grupos de edad y consumo problemático de drogas. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

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

Así, cuando analizamos otra dimensión de la precariedad como la situación de padecer enfermedades es el grupo de edad de 60 y más quien presenta una proporción

importante con un 36,6%, frente a un 12,8% en los adultos y un 6,1% en los jóvenes adultos.

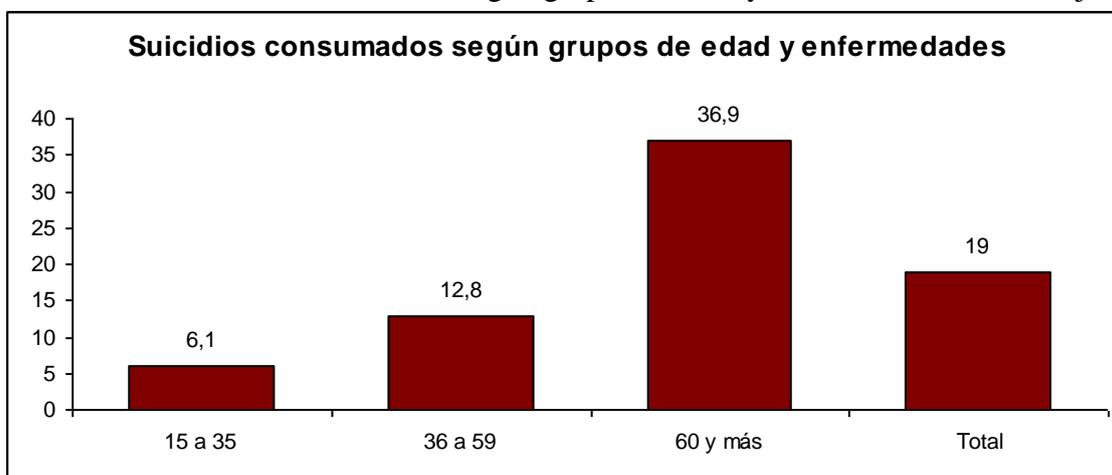
Cuadro 12. Suicidios consumados según grupos de edad y enfermedades. Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Si	6,1	12,8	36,9	19
No	93,9	87,2	63,1	81
Total	100	100	100	100

Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

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

Gráfico 14. Suicidios consumados según grupos de edad y enfermedades. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Precariedad relacional – participativo.

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

Esta situación refleja redes de protección débiles o inexistentes, en donde los adultos mayores presentan una proporción de 32%, los adultos de 20,3% y los jóvenes del 14,5%.

Cuadro 13. Suicidios consumados según grupos de edad y vivir solo. Porcentajes.

	15 a 35	36 a 59	60 y más	Total
Si	14,5	20,3	32,0	22,6
No	85,5	79,7	68,0	77,4
Total	100	100	100	100

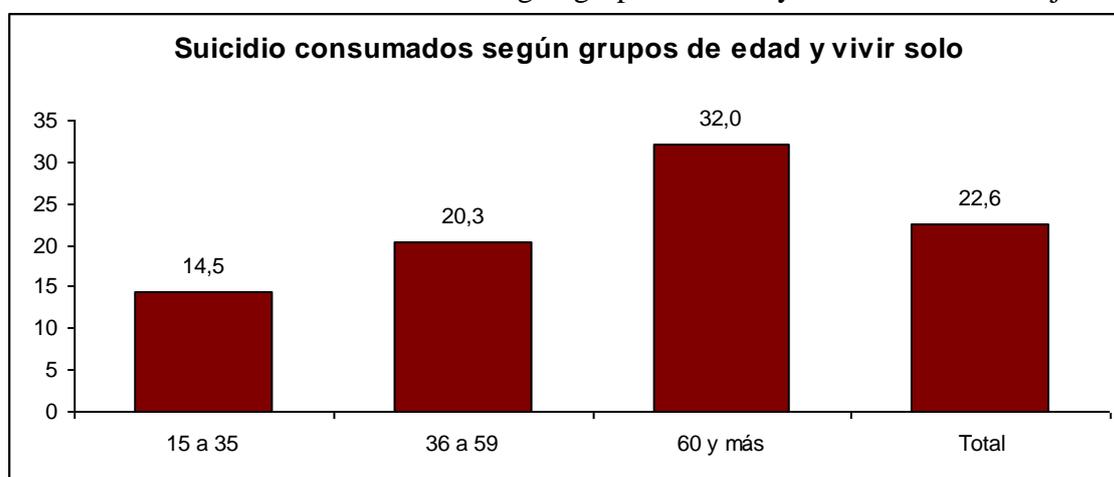
Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

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

Berriel et al (2006) encontraron

(...) un aspecto que muestra claras diferencias por género lo constituyen las referencias a la soledad y el aislamiento. En las mujeres este aspecto aparece como una preocupación por la soledad futura, cuando suponen que no podrán hacer una búsqueda activa de la compañía del otro. Esto tiene un tono afectivo respecto a la búsqueda del contacto. En los varones esto parece estar referido a lo ya señalado en cuanto al miedo a la dependencia y la pérdida de autonomía que incluso acarrea para algunos sujetos ideas de suicidio. (p.42).

Gráfico 15. Suicidios consumados según grupos de edad y vivir solo. Porcentajes.



Fuente: Sistema de Gestión de Seguridad Pública.

Conclusiones

Puedo afirmar que el suicida en el Uruguay de principios de siglo XX hasta nuestros días es el portavoz de las “grietas en el muro” de la sociedad uruguaya, el suicidio como emergente explicita sus problemas de integración social en donde las diversas dimensiones de la precariedad socavan las bases de un reconocimiento intersubjetivo positivo.

Desde la recuperación democrática, Uruguay asistió a un crecimiento continuo de sus tasas de suicidios, evidenciando una prevalencia mayor en las edades más jóvenes, especialmente hombres. Los adultos mayores presentan las tasas de suicidios más estables y altas con un crecimiento leve. Las características más relevantes de las últimas décadas podrían definirse por la precariedad, la inestabilidad y la vulnerabilidad, combinándose posiblemente con la falta de expectativas, la desesperanza, la desprotección y las dificultades para imaginar futuros reales.

Al considerar el período de tiempo (2002 a 2010) se pudo observar que el proceso de crecimiento de la tasa de suicidios, ni se revierte ni se detiene cuando la sociedad entra en la fase positiva de recuperación, lo que exige una mirada más aguda sobre los conflictos latentes y sobre las dimensiones de una violencia eminentemente implosiva.

Tal como la literatura consultada referente a investigaciones nacionales e internacionales el suicidio consumado es un fenómeno característicamente masculino. Siendo los jóvenes adultos quienes presentan una mayor masculinización del fenómeno en comparación a los adultos y adultos mayores.

Cuando se analizó el método de suicidio se halló que es el “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación”, seguido de las armas de fuego y en tercer lugar el “salto desde lugar elevado” los tres principales métodos seleccionados por los montevideanos entre el año 2002 y 2010.

Al comparar por grupos de edad encontré que a medida que se avanza en la edad las armas van aumentando en su proporción, y el “ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación” disminuye. También aumenta el método de “salto desde lugar elevado” duplicando su proporción comparando a jóvenes adultos con adultos mayores.

Por lo tanto, resulta imprescindible pensando en políticas de prevención del suicidio en la necesidad de campañas de desarme, debido al fácil acceso a las armas y la importante cantidad de las mismas entre la población civil.

Cuando se analiza por estado civil encontré en primer lugar la presencia de “casados o en unión de hecho”, seguido de solteros, en tercer lugar “divorciados” y por último “viudos”. Al analizar por género encontramos que los hombres solteros presentan una proporción mayor que las mujeres y que las mujeres viudas prácticamente duplican en su proporción a los hombres. Al realizar una desagregación por grupos de edad encontré que los solteros disminuyen su proporción a medida que aumenta la edad, que los casados aumentan su proporción en forma importante pasando de los jóvenes adultos a adultos pero que luego se estabiliza esa proporción. En cuanto a la situación de estar viudo crece en forma drástica en el grupo de adultos a adultos mayores.

Es importante para poder realizar políticas eficientes y eficaces tener en cuenta los “avisos previos de autoeliminación” y los “intentos de autoeliminación”, ya que hoy en día se los considera como mitos, en donde “el que avisa no se mata” y “el que lo intento una vez no lo volverá a intentar”. Estas dos situaciones en la literatura nacional e internacional están presentes como fuertes predictores de conductas suicidas futuras, en donde 2 de cada 10 montevideanos comunicó sus intenciones y tuvo intentos anteriores.

En cuanto a la identificación de la presencia de dimensiones de la Precariedad Vital en los casos de suicidio investigados, se puede destacar que son los hombres pertenecientes a los estratos socioeconómicos “muy bajos” y “bajos” las principales víctimas ante la precariedad económica objetiva tanto como subjetiva.

De esta forma, la dimensión socioeconómica expresa una asociación bastante clara con los hombres, en donde la relación se da que a mejor situación socioeconómica menor la tasa de suicidios. A pesar de mejorar los distintos indicadores socioeconómicos desde 2004 hasta hoy en día las tasas no descienden y las mismas crecen.

El capitalismo en las sociedades contemporáneas necesita para su desarrollo de la flexibilidad y su corolario subjetivo de adaptación permanente; la división actual del trabajo introduce la precariedad como norma necesaria para el desarrollo del capital, debiendo el individuo vivir una constante adaptación generadora de angustia existencial.

En donde “la precariedad es una norma social paradójica, puesto que a primera vista parece introducir el desorden antes que el orden. No obstante, organiza el desorden necesario para el desarrollo de las sociedades dedicadas al comercio”. (Le Blanc, 2007.p51). La sociedad excluye, expulsa, para incluir debido a que esta transmutación es la condición del orden social desigual, lo que implica el carácter ilusorio de la inclusión.

Lo cual nos permite afirmar la existencia de un crecimiento constante de la tasa de suicidios en hombres principalmente jóvenes adultos y adultos en donde las condicionantes económicas objetivas y subjetivas estarían asociadas a tal conducta.

La segunda dimensión de la Precariedad Vital considerada en mi investigación fue la residencial – corporal a través de las variables proxy de “consumo problemático de drogas” y la presencia de “enfermedades”.

El “consumo problemático de drogas” es un fenómeno casi exclusivo de jóvenes adultos, y en donde principalmente se da con el consumo de PBC, en donde 2 de cada 10 jóvenes adultos presentan un consumo problemático de drogas.

Una amplia mayoría de estos jóvenes adultos consumidores problemáticos de drogas pertenecía a los estratos socioeconómicos “muy bajos” y “bajos” de Montevideo en el período de tiempo analizado por la presente tesis.

La ausencia de reconocimiento social hacia estos jóvenes, los lleva a que en el “pegue” del PBC sea donde procuren un refugio provisorio, una fuga de la realidad, del contexto estigmatizante de su mundo de vida y la precariedad diaria. Mientras que las condiciones de vida reproducen, radicalizándola, la desigualdad social. “

Por último, a través de los datos surgidos de la presente investigación, resulta que es en los adultos mayores en donde la condición de “vivir solo” se presenta en su mayor proporción. En donde como nos plantea Le Blanc (2007) si una de las dimensiones de la vida se encuentra dañada o debilitada no se hace posible un vida digna de ser vivida. Así, los vínculos familiares y de amistad de estos adultos mayores se ven debilitados, cuando no inexistentes y emerge la soledad en ellos. Esto sumado a la presencia de enfermedades que disminuyen la calidad de vida en forma considerable lleva a un contingente de adultos mayores a optar por esta decisión de quitarse la vida.

Es imprescindible pensar en que variables podemos incidir para que las vidas sean dignas de ser vividas, ya que el suicidio es el emergente de una sociedad con una integración social deficiente, en donde surge la necesidad de reconocimiento en sus diversas áreas pero a la vez reconocimiento con redistribución, que haga posible un nosotros, en donde las apelaciones puedan ser escuchadas, en donde los individuos sean dotados de propiedades que se reflejen en funcionamientos, para que las acciones dejen

de ser precarias y en donde esas voces puedan recuperar una narrativa propia que deje de presentarnos una identidad negativa.

Bibliografía.

Abril, Francisco. (2011). Sentimientos negativos y dominación social. Un abordaje crítico de la Teoría del Reconocimiento de Axel Honneth. *Philosophia* 71, 2011, pp 13 a 24. http://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/4612/1abril.pdf

Aguar, Sebastián. (2011). Dinámicas de la segregación urbana. Movilidad cotidiana en Montevideo. *Revista de Ciencias Sociales*. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. V. 24 N° 28, 2011.

Alfageme Chao, Alfredo. Algunas desigualdades en el envejecer de los ancianos españoles de los años noventa, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Reis N° 92. pp 93-112. http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_092_07.pdf (Recuperado el 7 de agosto de 2014)

Alvira Martín, F; Blanco Moreno, F. (1998). Estrategia y técnicas investigadoras en El Suicidio, de Emile Durkheim. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. N° 81. Enero – Marzo 1998. http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_081_06.pdf (Recuperado el 2 de agosto de 2014)

Almirón, Mauro. (2012). Estudio del comportamiento suicida en Uruguay. Aportes para el debate. Lic. Trabajo Social. Monografía final. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

Bauman, Zygmunt. (2009). *Modernidad líquida*. Fondo de Cultura Económica.

Bayce, Rafael. (2005). *5 tareas de Hércules. Para gobernar en el siglo XXI: Uruguay como ejemplo*. Trilce.

Bazo, María Teresa. La nueva sociología de la vejez: de la teoría a los métodos. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. N° 73. Reis. http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_073_03.pdf (Recuperado el 7 de agosto de 2014)

Beck, Ulrich. (2006) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Paidós.

Bourdieu, Pierre. Chamboredon, Jean Claude. Passeron, Jean Claude. (2004). *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Siglo XXI.

Bourdieu, Pierre. (2007). *La miseria del mundo*. FCE.

Bourdieu, Pierre. (2008). *Cuestiones de Sociología*. Akal.

Busch, German. (2012). El suicidio en Uruguay, análisis y reflexiones desde la sociología. Lic. Sociología. Monografía final. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.

Cámara de Senadores. Carpeta N° 595. Se declara el 17 de julio de cada año “Día Nacional para la Prevención del Suicidio.

Casado, M et al. (2012). Importancia de las cartas suicidas en la investigación forense. Cuadernos de Medicina Forense. <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv18n3-4/articulo2.pdf> (recuperado el 31 de julio 2014)

Castel, Robert. et al. (2013). Individuación, precariedad, inseguridad. ¿Desinstitucionalización del presente?

Castel, Robert. (2010) El ascenso de las incertidumbres. Trabajo, protecciones, estatuto del individuo. FCE.

Castel, Robert. (1997) La metamorfosis de la cuestión social. Buenos Aires. Paidós.

Chavez, Ana Maria. Et al. (2011) Notas suicidas mexicanas. Un análisis cualitativo. Pensamiento Psicológico, vol. 9, núm. 17, 2011, pp 33-42. www.redalyc.org/pdf/801/80122596003.pdf (recuperado el 31 de julio 2014)

Cohen Agrest, Diana. (2007). Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas. FCE

Ciganda, Daniel. (2008). Jóvenes en transición hacia la vida adulta: el orden de los factores ¿no altera el resultado? En Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI. Varela Petito, Carmen.(Coordinadora)

Dajas, Federico. Hor, Felicia. Viscardi, Nilia. (1994). Alta tasa de suicidio en Uruguay II. Evaluación de la desesperanza en adolescentes. Rev. Med Uruguay.

Dajas, Federico. Bailador, Pilar. Viscardi, Nilia. (1997). Desesperanza, conducta suicida y consumo de alcohol y drogas en adolescentes de Montevideo. Rev. Med Uruguay.

Dajas, Federico. (2001). Alta tasa de suicidio en Uruguay IV: la situación epidemiológica actual. Rev. Med Uruguay.

De Miguel, Jesús M. (1995). El último deseo: Para una sociología de la muerte en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas. N° 71. pp.109-156. http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_071_072_07.pdf (Recuperado el 19 de agosto de 2014)

Decreto N° 378/004 del Poder Ejecutivo.

<http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0400378.html>

Duran, Maria Angeles. (2004). La calidad de muerte como componente de la calidad de vida. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=99717667001> Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm. 106, 2004, , pp. 9-32, Centro de Investigaciones Sociológicas (Recuperado el 5 de agosto de 2014)

- Durkheim, Emile. (1985). La división del trabajo social. Planeta – Agostini.
- Durkheim, Emile. (2003). Las formas elementales de la vida religiosa. Alianza.
- Durkheim, Emile. (2004). El suicidio. Ediciones Libertador.
- Escuder, Natalia. (2012). Relación entre el suicidio o intento de suicidio y la exposición a la violencia de género, en el ámbito intrafamiliar en mujeres adultas. Lic. Trabajo Social. Monografía final. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.
- Filardo, Verónica. (2009). Jóvenes como objeto, jóvenes como sujetos. Revista Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Año XXII/ N° 25. Julio 2009.
- Filardo, Verónica. (2009). Reflexiones sobre equidad entre clases de edad. Revista Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Año XXII/ N° 25. Julio 2009.
- Filgueira, Carlos. (1998). Emancipación juvenil: trayectorias y destinos. CEPAL – NACIONES UNIDAS.
- Filgueira, Carlos. (2002). Estructura de oportunidades, activos de los hogares y movilización de activos en Montevideo (1991 – 1998). En Trabajo y Ciudadanía. Integración y exclusión social en cuatro áreas metropolitanas de América Latina. Coordinadores Katzman, Rubén y Wormald, Guillermo.
- Fraiman, Ricardo; Rossal, Marcelo. (2009). Si tocás pito te dan cumbia (Esbozo antropológico de la violencia en Montevideo). PNUD.
- Giddens, Anthony. (1997). Modernidad e Identidad del Yo. El Yo y la sociedad en la época contemporánea. Península.
- Gil Gimeno, Javier. (2009). El suicidio en el tránsito de la modernidad sólida a la modernidad líquida. Revista Estudios Filosóficos. n° 167, pp. 57-77.
- González, Víctor Hugo. (2010). Ni siquiera las Flores: El suicidio en el Uruguay. Monografía de grado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República.
- González, Víctor Hugo. (2011). Historia y suicidio en el Uruguay. Revista Encuentros Uruguayos. Volumen V, Número 1, Diciembre 2012, pp. 57-73
- González, Víctor Hugo. (2012). Suicidio y precariedad en el Uruguay. En Uruguay. Inseguridad, Delito y Estado. Paternain, Rafael; Rico, Alvaro. (Coordinadores). (pp.230-242) Trilce.
- Guías de Prevención y Detección de Factores de Riesgo de Conductas Suicidas. (2008). Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Programa Nacional de Salud Mental.
- Hernández Rodríguez, Gerardo. (1996). El suicidio en la ancianidad en España. Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, núm. 73, 2004, , pp. 127-148, Centro de Investigaciones Sociológicas

Kaztman, Rubén. Retamoso, Alejandro. (2005). Segregación espacial, empleo y pobreza en Montevideo. Revista de la CEPAL 85 – Abril 2005. <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/21048/lcg2266eKaztmanRetamoso.pdf> (recuperado el 6 de setiembre 2014)

Larrobla, Cristina; Canetti, Alicia; Hein, Pablo; Novoa, Gabriela; Durán, Mariana. (2013). Prevención de la conducta suicida en adolescentes. Guía para los sectores Educación y Salud. Colección Art.2. Universidad de la República. CSIC.

Le Blanc, Guillaume. (2007). Vidas ordinarias, vidas precarias. Nueva Visión

Mallo Reynal, Susana. (2010). Semántica de la pobreza. Axel Honneth y las implicancias del reconocimiento. En Pobreza y (des) igualdad en Uruguay: una relación en debate. Serna, Miguel.(coord) CLACSO. FCS. Depto.Sociología.

Matusevich, Daniel. (2003). Análisis cualitativo de ocho notas suicidas en la vejez. Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XIV— N°52. Junio/Julio/Agosto 2003 <http://www.polemos.com.ar/docs/vertex/vertex52.pdf> (recuperado el 31 de julio 2014)

Muñoz, Carlos Basilio. (2009). La construcción de las juventudes. Revista de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Año XXII / N° 25, Julio 2009.

Paredes, Mariana. Ciarniello, Maite. Brunet, Nicolás. (2010). Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto Latinoamericano. Lucida Edit.

Pérez, Andrea Lissett. (2013). Suicidio en la población rural: Análisis de la dimensión sociocultural en los municipios de Yamural y La Unión (Antioquia). Centro de Estudios de Opinión (CEO).

Pérez Fernández, Robert. Compilador. (2004). Gerontología en Uruguay. Una construcción hacia la interdisciplina. Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República. Psicolibros.

Pérez Fernández, Robert. Compilador. (2007). Cuerpo y subjetividad en la sociedad contemporánea. Psicolibros. Universitario.

Primer Informe del Observatorio. 2013. IELSUR. - Observatorio de impacto de armas de fuego en la vida cotidiana. <http://ielsurdesarme.org/wp-content/uploads/2013/06/1er-informe-Observatorio.pdf> (recuperado el 30 de julio 2014)

Pochinesta, Paula. (2011). Esbozos de una construcción de la finitud en los mayores de ochenta años: de la negación a la aceptación. Psicología y Salud. Vol. 21, Núm 2: 273-286, julio – Diciembre de 2011. <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-21-2/21-2/Paula%20Pochinesta.pdf> (recuperado el 24 de julio de 2014)

Robertt, Pedro. (1997). Informe de Investigación. No.23. El suicidio en el Uruguay. Un análisis histórico.

Robles Silva, Leticia. (2005). La relación cuidado y envejecimiento: entre la sobrevivencia y la devaluación social. *Papeles de Población*, vol 11, núm 45, julio-setiembre, 2005, pp. 45-69. <http://www.redalyc.org/pdf/112/11204504.pdf> (recuperado el 24 de julio de 2014)

Rossal, Marcelo; Suárez, Héctor. (2014). (Coordinadores) *Fisuras. Dos estudios sobre pasta base de cocaína en el Uruguay. Aproximaciones cuantitativas y etnográficas.* Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República, Observatorio Uruguayo de Drogas, Junta Nacional de Drogas.

Tejerina, Benjamín. et al. (2012). *Precariedad vital y juventud vasca. Condiciones sociales y estrategias biográficas para llevar una vida normal.* Eusko Jaularitza. Gobierno Vasco.

Tejerina, Benjamín; Cavia, Beatriz; Fortino, Sabine; Calderón, José Ángel. (Editores) (2013). *Crisis y Precariedad Vital. Trabajo, practica sociales y modos de vida en Francia y España.* Tirant lo Blanch. Valencia.

Vignolo Ballesteros, Julio C. (2004). *Estudio del suicidio en Uruguay. Periodo 1887 – 2000 y Análisis epidemiológico del año 2000.*

Werlang, Rosangela. (2013). *Pra que mexer nisso? Suicidio e sofrimento social no meio rural.* Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduacao em Psicologia Social e Institucional. Doutorado em Psicologia Social e Institucional. Porto Alegre.