

HABLEMOS DE SUICIDIO: UNA CUESTIÓN COLECTIVA

LA ÚLTIMA FOTO

Herramientas para la comprensión de la conducta suicida
su prevención y posvención.



CENTRO DE
FOTOGRAFÍA
DE MONTEVIDEO

Apoya:



HABLEMOS DE SUICIDIO: UNA CUESTIÓN COLECTIVA

Herramientas para la comprensión de la conducta suicida su prevención y posvención.

LA ÚLTIMA FOTO

 lultimafoto.uy

 suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy

 suicidioprevencion@gmail.com



Apoya:



HABLEMOS DE SUICIDIO: UNA CUESTIÓN COLECTIVA

Herramientas para la comprensión de la conducta suicida su
prevención y posvención.

Claudia Arismendi Bascou, Catalina Barría, Esther Barrios, Jorge Cancela, Alicia Canetti, Adriana Caligaris, Carlos Colina, Analía Cruz, Victoria Eizmendi, Carlos Fida, Camila Figueira, Glenda Ghan, Víctor González, Pablo Hein, Sandra Lacuesta, Inés Lezama, Natalia Pérez, Patricia Madera, Jessica Matta, Loreley Molineli, Gabriela Novoa, Mirta Páez, Ileana Pérez, Alejandra Pizani, Claudio Princivalle, Claudia Rodríguez Michel, Yaraví Roig, Alicia Santana, Cecilia Vera.

Edición y Corrección: La Última Foto

ISBN Obra independiente: 978-9974-0-2180-8

Montevideo, setiembre de 2024

**LA
ÚLTIMA
FOTO**

ISBN: 978-9974-0-2180-8



AGRADECIMIENTOS

Escribir los agradecimientos por lo general resulta una tarea no muy compleja. Sin embargo los que siguen escapan a esa regla. La magnitud de la solidaridad recibida durante la campaña hace que sea una tarea compleja, pero necesaria. Queremos reconocer a cada una de las personas que, con su apoyo, hicieron posible este proyecto.

Primero agradecemos a las familias, allegados y amigos que han participado desde el primer día hasta la fecha. Muchos participan, otros colaboraron, algunos “soportaron”, todos desde sus angustias, sus dolores, sus tristezas, sus alegrías, sus incertidumbres, sus miedos y sus certezas. Desde agosto de 2022 hasta la fecha, fue una tarea intensa. Expresar nuestra gratitud a las familias y amigos que nos han apoyado desde el inicio de esta iniciativa nos provoca muchas emociones. Cada uno de ellos ha aportado su granito de arena, viviendo con nosotros las alegrías, las tristezas y las incertidumbres de este camino.

A las instituciones, comisiones y organizaciones que desde el planteo inicial de nuestra propuesta, no pusieron un “pero” y pusieron un “sí, vamos”, como la Organización ANDA desde sus directivos, hasta los choferes de sus camiones que trasladaron los cubos por todo el país, en aquellas madrugadas frías de mayo. Al sindicato AEBU que, desde su Comisión Directiva, hasta los funcionarios y agremiados, nos apoyaron constantemente, de la simple apertura de la “Sala Camacua” lugar, que nos posibilitó la filmación de los testimonios, hasta el día de hoy.

A la Comisión Sectorial de Extensión de la Udelar que, desde nuestro pedido, nos brindó su colaboración desinteresada, con el apoyo fundamental de poner a nuestra disposición los recursos necesarios para la impresión de los trípticos y otras actividades. A las y los funcionarios de Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, por sus diferentes formas y modos de colaborar y ser parte de la causa.

A la Asociación Pro Fundación para las Ciencias Sociales y la Fundación Manuel Pérez de la Facultad de Medicina que desde el inicio hasta el final nos brindaron su experiencia en la gestión de recursos. Expresamos nuestra gratitud a la Universidad de la República por abrirnos las puertas de sus centros regionales, facilitando así nuestra llegada a comunidades del interior y ampliando el alcance de este proyecto. A las Facultades y el Programa PIM (Programa Integral Metropolitano) que nos abrieron las puertas, a este tema sensible.

A los clubes deportivos, que desde sus políticas sociales abrazaron la campaña, y se acercaron sin miedo, y con certezas a este territorio “alejado” de sus prácticas, como lo fueron, la Asociación Cristina de Jóvenes, el Club Atlético Olimpia, el Club Atlético Peñarol y el Club Nacional de Fútbol.

A las asociaciones científicas e instituciones de nuestro país, que en ellas encontramos el amparo necesario y fundamental para reafirmar nuestro camino. Queremos señalar expresamente el apoyo de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU) y a la Asociación Uruguaya de Psicoterapia Psicoanalítica (AUDEPP), que con su aporte profesional y humano nos transmitieron apoyo en el recorrido de esta campaña en el rol de referentes técnicos de los voluntarios y voluntarias .

A las Organizaciones Civiles que desde el primer contacto fueron abiertas y solidarias con la campaña, que sin ellas no podríamos haber llegado a muchas familias, entre ellas a la Plataforma de Infancia y Adolescencia (PIAs).

A la Comisión Nacional de Contralor de la Atención en Salud Mental y a la Dirección de Salud Mental, Dirección de Salud de Niñez y Adolescencia de ASSE, órganos vinculados directamente a nuestra política en Salud. A las Intendencias y/o Juntas locales de varios departamentos, por sus recursos y logística necesaria.

Por último, a voluntarias y voluntarios, estudiantes y egresados de la Universidad de la República, sin cuyo apoyo sostenido esta campaña hubiese sido menos humana, desde el primer día de capacitación, hasta aquellos de lluvia y frío. Expresamos nuestra más sincera gratitud a los estudiantes y egresados voluntarios de la Udelar, quienes con su entrega y pasión hicieron posible esta iniciativa.

A todas las personas que, de una u otra manera, se involucraron en esta campaña, gracias por su empatía y por su compromiso con la salud mental. Al abrirnos a este tema, estamos demostrando que la sociedad uruguaya es capaz de brindar el apoyo y el cobijo que todos necesitamos.

1	INTRODUCCIÓN	1
	¿QUÉ TENEMOS QUE SABER SOBRE EL SUICIDIO?	
	Uso apropiado y responsable del lenguaje	4
	¿QUÉ SABEMOS DEL SUICIDIO?	6
2	¿EN QUÉ SOCIEDAD ESTAMOS HOY DÍA, QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE?	
3	FACTORES DE RIESGO FACTORES DE PROTECCIÓN SEÑALES DE ALARMA	10
4	DERRIBAR MITOS IDENTIFICAR SEÑALES	13
	¿QUÉ HACER EN SITUACIÓN DE RIESGO?	
	¿QUÉ NO HACER EN SITUACIÓN DE RIESGO?	21
	POSVENCIÓN DOLOR Y DUELO ANTE LA MUERTE POR SUICIDIO	27
5	¿QUÉ DERECHOS TENEMOS? POLÍTICAS Y PROGRAMAS DISPONIBLES VINCULADOS CON LA CONDUCTA SUICIDA	31
	GUÍA DE RECURSOS	35
6	BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	40

INTRODUCCIÓN

El presente manual es el resultado de una intensa labor de investigación y acompañamiento a la campaña **“La última Foto”**, una iniciativa pionera en nuestro país que busca visibilizar la problemática del suicidio y reducir del estigma y el silencio que recae en aquellas personas y el entorno de quien se suicida, así como también abordar el suicidio con nuevas perspectivas en interacción con la sociedad civil. Qué nos pasa como sociedad, cómo nos impacta, qué hacer para intentar cuidarnos, involucrarnos y vincularnos de otras formas con un tema que no nos es ajeno. A través de una serie de talleres, conversatorios, difusión de materiales e intervenciones urbanas a partir de fotografías, esta campaña ha generado un diálogo abierto y necesario en torno a un tema que afecta a toda la sociedad.

La campaña **La Última Foto** consistió en la realización de diferentes intervenciones urbanas tanto en espacios públicos como privados, con cinco dispositivos en formatos de cubos de gran tamaño, con fotografías de personas que se quitaron la vida. El objetivo fue sensibilizar a la sociedad a partir del impacto generado por la intervención fotográfica. A partir de un complejo trabajo de restauración y edición, el **Centro de Fotografías de Montevideo**, logró redimensionar las fotografías que fueron donadas por los familiares, para poder integrarlas a los cubos y así diseñar la muestra.

Las fotografías de personas en su vida cotidiana y en aparente felicidad, buscó transmitir un mensaje claro: **el suicidio puede afectar a cualquier persona, independientemente de su apariencia o situación social.**

La exposición itinerante recorrió diversos puntos del país, incluyendo **talleres y conversatorios dirigidos a la población en general**, con el objetivo de fomentar la reflexión y el diálogo sobre el suicidio. Asimismo, se realizaron actividades en instituciones educativas, culturales y deportivas, como la Universidad de la República, teatros, cines y clubes deportivos de relevancia nacional. Contó con la participación de 87 voluntarios que asistieron a una jornada de capacitación de 8 horas para apoyar la exposición de la muestra con la distribución de trípticos e información de interés. La página **web lautlimafoto.uy** complementa la iniciativa, ofreciendo un repositorio completo de información, incluyendo relatos de familiares, recursos y herramientas para abordar el tema del suicidio. Es un recurso invaluable para quienes deseen profundizar en la temática.

La campaña **“La última foto”** demostró ser una herramienta eficaz para sensibilizar a la sociedad sobre el suicidio y promover una conversación abierta y respetuosa sobre esta temática. A través de su recorrido por el país, logró impactar a miles de personas y generó un cambio de conciencia en torno a esta problemática.

Iniciada en **agosto de 2022**, esta campaña ha evolucionado gradualmente, **enfrentando desafíos significativos y generando un espacio de diálogo** sobre temas complejos. Más allá de su manifestación más visible, las instalaciones artísticas conocidas como 'cubos', esta iniciativa busca comprender y posicionarnos colectivamente ante el suicidio, el dolor y la muerte. No es una reacción puntual, sino un proceso continuo de reflexión y construcción, en el que diversos actores sociales se han unido para abordar esta problemática de manera integral.

Al decir de Xavier Rubert de Ventos en su libro **“Crítica a la modernidad”**,
*“Se trataba de uno de estos mensajes, cada vez más numerosos, que nos cuesta al principio descifrar... porque son demasiado fáciles: porque no hay que ir a ellos sino que son ellos los que vienen a nosotros. El rótulo no indica qué hay en el bote sino para qué es, no describe al objeto sino que anticipa (y prescribe) mi uso del mismo. Las indicaciones del entorno ya no se dirigen entonces a nuestra **comprensión** sino a nuestra **reacción**, no se organizan en torno de nuestra **posición** sino de nuestra **intención....”***

¿QUIÉNES SOMOS?



Desde el año 2010, el grupo de Comprensión y Prevención de la Conducta Suicida (Udelar) ha intentado conjugar distintas miradas, e integrar distintas disciplinas y abordajes teóricos y metodológicos para la comprensión del suicidio en nuestro país, facilitando así instancias de investigación y extensión en el territorio.



En 2016 surge la ONG Resistiré, cuya labor fundamental ha sido la prevención del suicidio, aunando las experiencias de los familiares a través de grupos de apoyo charlas y talleres a jóvenes, padres y educadores.



El Centro de Fotografía de Montevideo (CdF) tiene como objetivo la preservación, investigación y difusión de la fotografía. A través de esta pretende incentivar la reflexión y el pensamiento crítico sobre temas de interés social, propiciando el debate sobre la formación de identidades y aportando a la construcción de ciudadanía.



CALM Campaign Against Living Miserably (Campaña Contra La Vida Miserable) es una organización sin fines de lucro con sede en Londres, Reino Unido, que se dedica a prevenir el suicidio y promover la salud mental. Fundada en 2006, CALM lleva a cabo campañas de concientización trabajando en colaboración con otras asociaciones.



Grupo Familiares Supervivientes: Durante la creación de la campaña, se conformó un diverso colectivo de familiares supervivientes, provenientes de distintos departamentos del país: Montevideo, Maldonado, Rocha, Florida, Durazno, Paysandú, San José y Tacuarembó. Este grupo de familiares se encuentra activamente involucrado en iniciativas locales en representación de La Última Foto.

QUÉ TENEMOS QUE SABER SOBRE EL SUICIDIO

ACLARANDO ALGUNOS TÉRMINOS

GLOSARIO	
Suicidio	Muerte ocasionada por la lesión autoinfligida informada como intencional (OMS).
Intento de Suicidio o de Autoeliminación (IAE)	Acto de dañarse a sí mismo con intencionalidad letal.
Ideas/ pensamientos Suicidas	Pensamientos, ideas o rumiaciones sobre la posibilidad de acabar con la propia vida, que van desde pensar que uno estaría mejor muerto hasta la formulación de planes elaborados. El acto de dañarse o lastimarse a sí mismo para afrontar o expresar situaciones extremas de angustia emocional y sufrimiento interno.
Autolesión	Generalmente no tienen la intención de quitarse la vida, pero los resultados pueden ser fatales. Ejemplos de autolesiones son intentar envenenarse con medicamentos o algo dañino, cortarse o quemarse, golpearse la cabeza contra objetos, darse puñetazos o golpearse contra algo duro. Actos voluntarios deliberados de provocarse dolor, destructivos o lesivos sin intención de morir. Envenenamiento o lesión autoinfligida intencionalmente, que pueden tener o no una intención o resultado mortal.
Conducta suicida	Continuo que va desde la ideación suicida en diversos grados, pasando por el intento de autoeliminación y el parasuicidio hasta llegar al suicidio.
Supervivientes	Familiares, amigos o allegados de personas que murieron por suicidio.

FORMAS CULTURALES DE REFERIRSE AL SUICIDIO

Un objetivo importante de la prevención del suicidio es **eliminar el estigma asociado** con el suicidio y los problemas de salud mental para que sea más probable que las personas busquen la ayuda que necesitan. Una de las formas en que podemos hacer esto es ser conscientes de nuestro uso del lenguaje.

La Asociación Internacional de Prevención de Suicidio (IASP) sugiere **pautas lingüísticas** para reducir el riesgo de daño y al mismo tiempo aumentar la conciencia y la comprensión del suicidio y sus complejidades.

El término **“suicidio cometido”** implica un nivel de criminalidad, mientras que “suicidio consumado” implica intentos anteriores cuando es posible que no haya habido ninguno. Ambos términos (cometido y consumado) perpetúan el estigma asociado con el suicidio y se desaconsejan firmemente. También se desaconseja el uso de la palabra “exitoso” o “fracasado” para describir el suicidio. **Se recomiendan términos como “muerto por suicidio”, así como “muerte por suicidio” y “comportamiento suicida fatal”.** Se agradece el uso sensible del lenguaje relacionado con el suicidio.

PROBLEMÁTICO ✗	PREFERIDO ✓
• Cometió suicidio o consumó suicidio • Suicidio exitoso o suicidio fallido • Intento de suicidio exitoso • Víctimas de suicidio	• Murió por suicidio o se quitó la vida o muerte por suicidio • Intento de suicidio o intento de suicidio no fatal • Intento de suicidio fatal • Aquellos que mueren por suicidio
• Detalle sobre el método o lugar del suicidio	• No dar detalles de método o ubicación. Si es necesario utilice términos generales en lugar de detalles específicos.
• Imágenes que muestran el método o la ubicación de un suicidio	• Sin fotos, ilustraciones, diagramas o videos que muestren el método o el lugar del suicidio.

Adaptado de IASP 2022. Guías Lingüísticas
<https://www.iasp.info/wp-content/uploads/IASP-Language-Guidelines-2022-1.pdf>

¿QUÉ SABEMOS DEL SUICIDIO?

- Es un fenómeno multicausal.
- No constituye en sí mismo una enfermedad.
- Impacta en la familia, en la comunidad, que reacciona presentando distintas respuestas y sentimientos contradictorios, como enojo, tristeza, impotencia, perplejidad, vergüenza y culpa.
- Frente a la pérdida abrupta, no hay manera de estar prevenido.
- Sin embargo en relación a la problemática del suicidio la prevención juega un papel clave.

COMPLEJIDAD

El suicidio y la conducta suicida son fenómenos complejos. **NUNCA OBEDECEN A UNA CAUSA ÚNICA.** Son el resultado de la influencia de múltiples factores.



INTEGRALIDAD

La condición humana se teje en un universo complejo de sentidos y valores, una afectividad individual y colectiva que está mutando y actuando todo el tiempo. Por eso la mirada debe desarrollarse de manera integral, considerando cuatro niveles o dimensiones superpuestas:



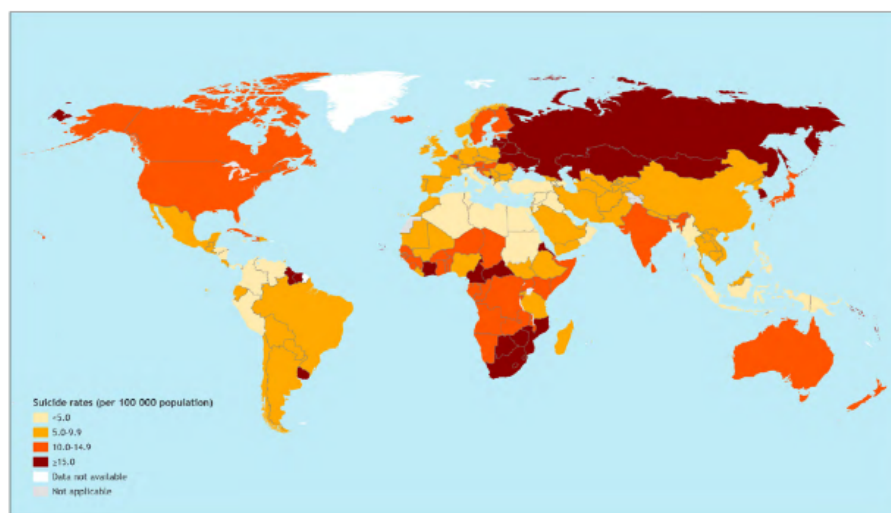
¿EN QUÉ SOCIEDAD ESTAMOS HOY DÍA, QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENE?

- Disminuyen las **capacidades** que las instituciones como las familias, escuelas, sindicatos, organizaciones civiles, partidos políticos y el Estado tienen para **ofrecer a los individuos**.
- Disminuye la **capacidad de dichas instituciones para ser marcos de referencia** y de inserción social estables y confiables.
- Se favorece la percepción individual de que **cada uno debe ser responsable de sus logros y fracasos**.
- **Remodelación del yo interior:** a través del esfuerzo personal, la fuerza de voluntad, la autoayuda, el consumo u otras intervenciones emocionales. Se comenzó a animar progresivamente a la gente a **buscar en su propia persona** las causas de sus dificultades y las posibles soluciones.
- Comprender e intentar explicar la evolución de la tasa de suicidios en el Uruguay de comienzos del siglo XX al presente exige una mirada más aguda desde las ciencias sociales y humanas sobre los conflictos latentes de la sociedad en la que estamos (violencias en sus distintas formas).

PERDEMOS PRESENTE - PERDEMOS FUTURO

Uruguay se encuentra entre los **12 países con tasas más elevadas de suicidio a nivel mundial** y entre los primeros en América Latina.

Figure 1. Age-standardized suicide rates (per 100 000 population), both sexes, 2019



Source: WHO Global Health Estimates 2000-2019

Los datos reportados por el **Ministerio de Salud Pública** en 2023 muestran la tendencia al aumento de las tasas en la última década, superando las cifras observadas en 2002. **La tasa de 2023 fue de 21, 4 por cien mil habitantes.**

¿DE QUÉ MUEREN LOS ADOLESCENTES Y JÓVENES EN URUGUAY?

10 a 14 años

1. Accidentes
2. Tumores
3. Enfermedad es del sistema nervioso
4. **Suicidio**

15 a 19 años

1. Accidentes
2. Homicidios
3. **Suicidio**
4. Enfermedades del sistema nervioso

20 a 24 años

1. Accidentes
2. **Suicidio**
3. Homicidios
4. Tumores

25 a 29 años

1. **Suicidio**
2. Homicidios
3. Accidentes
4. Tumores

Fuente: elaboración propia en base a Estadísticas Vitales-MSP. 2016-2020)

El **suicidio** se encuentra dentro de las **4 causas** por las que mueren los adolescentes en UY.

PERDEMOS FUTURO - PERDEMOS HISTORIA



En todos los grupos de **edad** las tasas de suicidio presentan un **incremento**.

Las **tasas de los adultos mayores** se presentan como las **más estables y altas** con un crecimiento leve en estas décadas.



El **75%** de los suicidios corresponden a **hombres** mientras que el **25%** corresponden a **mujeres**.



La **tasa de suicidios de los jóvenes adultos** es la que más crece porcentualmente en comparación con los otros grupos de edad.



FACTORES DE RIESGO

Son **condiciones que se relacionan con un aumento** en las tasas de suicidio o de otras conductas suicidas.

SEÑALES DE ALARMA

Llamamos señales de riesgo o alarma a aquellas **conductas verbales o no verbales que pueden ayudarnos a anticipar la aparición de la conducta suicida**. Contribuyen a la detección precoz y pueden ser vitales para encontrar ayuda durante una crisis.

FACTORES DE PROTECCIÓN

Son **situaciones o condiciones** que la evidencia científica relaciona con una **disminución de la probabilidad de aparición del suicidio** o de otras **conductas suicidas o autolesivas**. Estos factores pueden tener diferente naturaleza: personal, familiar y social. Dado que estos factores protegen, es conveniente **promoverlos socialmente**.

FACTORES DE RIESGO

SOCIODEMOGRÁFICOS



Ser varón, adolescente o tener una edad avanzada. Ser soltero o viudo y residir en una zona rural, con un nivel económico y socioeducativo bajo. Pertenencia a una minoría étnica o sexual.

PERSONALES



PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICOS:

Pérdidas de salud u hospitalización; enfermedad que cursa con dolor, incapacidad, rechazo social o alta tasa de mortalidad y/o incurable.



TRASTORNOS MENTALES:

Depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, adicciones, trastornos de alimentación, trastorno límite de personalidad, antisocial y disocial o narcisista.



VARIABLES PSICOLÓGICAS:

Ser una persona agresiva, violenta, impulsiva u obsesiva; sufrir baja autoestima, falta de control, labilidad, pérdida de la seguridad y/o dependencia emocional; intolerancia a la frustración, impulsividad, desesperanza y falta de habilidades sociales, timidez y/o hipersensibilidad a la crítica.



FACTORES RELACIONADOS CON CONDUCTAS SUICIDAS PREVIAS:

Tener acceso a métodos letales, un plan suicida o presencia de notas de suicidio; hablar sobre su propia muerte con ambivalencia entre morir o vivir o autolesiones e intentos previos.



ANTECEDENTES DE VIOLENCIA: física, psíquica, y/o sexual; violencia machista, maltrato infantil, acoso escolar o en el trabajo; ser víctima de humillaciones o víctima de guerras, terrorismo y/o desastres naturales.



PRIVACIÓN DE LIBERTAD

SOCIALES



EXPOSICIÓN A VIOLENCIA: Lugar de residencia inseguro o con clima de violencia, bullying, abuso, discriminación, desastres, terrorismo.



EXPOSICIÓN AL SUICIDIO DE OTRA PERSONA, suicidios comunicados de forma sensacionalista, comportamiento suicida aceptado y normalizado.



FACTORES SOCIOECONÓMICOS ADVERSOS: Deterioro socioeconómico de la comunidad.



APOYO SOCIAL: Aislamiento, falta de apoyo social; soledad y presencia de problemas sociales o con la ley.



VARIABLES SOCIOSANITARIAS:

Falta de accesibilidad a servicios de salud, educativos o a actividades laborales, culturales y recreativas.



ALTA INCIDENCIA DE ALCOHOLISMO Y OTRAS ADICCIONES.

FAMILIARES



CARENCIA DE APOYO FAMILIAR:

Tener una familia disfuncional, conflictiva, desorganizada, problemática o con problemas de comunicación.



EMBARAZO NO DESEADO.



ANTECEDENTES FAMILIARES de intentos de suicidio, consumo de alcohol, drogas o trastornos mentales.



DUELO: Ausencia de padres, divorcio o muerte o pérdidas o separación de otras personas significativas.



BAJO NIVEL EDUCATIVO del grupo familiar.



PROBLEMAS ECONÓMICOS O POBREZA

FACTORES DE PROTECCIÓN

SOCIALES



COMPETENCIAS PROSOCIALES: Respeto, solidaridad, cooperación, justicia, tolerancia, inclusión y amistad; apoyo e integración social significativa.



FACTORES SOCIO-CULTURALES Y ÉTNICOS: Identidad cultural.



VARIABLES OCUPACIONALES Y ECONÓMICAS: Empleo estable y digno; satisfacción, logro académico y oportunidades educativas, profesionales, deportivas, recreativas, económicas y de acceso a vivienda digna.



APOYO SOCIAL: Tener buenas relaciones con los iguales y redes sociales estructuradas; integración social, sentido de pertenencia y relaciones sociales constructivas; refuerzos positivos y negativos de actividades y conductas con límites sociales apropiados.



VARIABLES SOCIOSANITARIAS: Accesibilidad a servicios eficaces de salud mental y de atención a las adicciones; apoyo y protección a las desigualdades sociales y a las poblaciones vulnerable; formación de personal de atención primaria en detección precoz de enfermedades mentales, conducta suicida y sobre diversidad sexual.



DIFICULTAD DE ACCESO A MÉTODOS LETALES.

FAMILIARES



APOYO FAMILIAR Y VIDA EN PAREJA ARMONIOSA: Sentirse perteneciente, amado, aceptado y apoyado.



TENER HIJOS PEQUEÑOS U OTRAS PERSONAS DEPENDIENTES: sobre todo en el caso de las mujeres. También es importante la presencia de mascotas.



EXPERIENCIA MATERNAL O PATERNAL POSITIVA.

PERSONALES



BUEN ESTADO DE SALUD FÍSICA, MENTAL Y EMOCIONAL.



NIVEL INTELECTUAL elevado y capacidad de aprendizaje.



COMPETENCIAS en solución de problemas, manejo del estrés, resolución de conflictos, comunicación y habilidades sociales (asertividad y solicitud de ayuda); en hábitos saludables como alimentación, actividad física, consumo de sustancias, higiene del sueño, de tiempo libre) y en alfabetización en salud en general.



VARIABLES PSICOLÓGICAS: Carácter positivo, sentido de esperanza, optimismo y sentido del humor; existencia de proyecto de vida y profesional; autocontrol y estabilidad emocional; responsabilidad, perseverancia, flexibilidad y capacidad de adaptación; autoeficacia, autoestima, autoimagen y autoconcepto adecuados; sentido de coherencia y sentido de la vida; empatía, estilo atribucional positivo, capacidad de automotivarse, apertura a nuevas experiencias, tolerancia a la frustración, inteligencia emocional, facilidad para expresarse y religiosidad y espiritualidad.



BUENOS NIVELES DE ACTIVIDAD.

IDENTIFICAR SEÑALES

Sabemos que puede ser difícil, a veces imposible, darse cuenta de que alguien puede tener pensamientos suicidas. **No hay señales generales a las que prestar atención.** Todos podemos ser maestros del disfraz cuando queremos serlo, sonriendo y asintiendo en situaciones sociales, para encubrir lo que realmente nos está pasando. **No siempre es fácil saber cuándo alguien se siente mal, pero aquí hay algunas cosas que pueden ayudar,** desde las que probablemente ya conozcas hasta las más sutiles y que **pueden ser más difíciles de detectar.**

¿Por qué es tan difícil detectar estas señales?

- **El miedo al estigma:** Muchas personas temen ser juzgadas o estigmatizadas si revelan sus pensamientos suicidas.
- **La complejidad de la salud mental:** Los trastornos mentales, como la depresión, pueden manifestarse de formas muy diferentes en cada individuo.
- **La naturaleza cambiante de los pensamientos suicidas:** Los pensamientos suicidas pueden ser fluctuantes y variar en intensidad.

Es importante recordar que:

- **Cada persona es diferente:** Las señales pueden variar de una persona a otra.
- **No eres un profesional de la salud mental:** Tu papel es ofrecer apoyo y escuchar, pero es fundamental derivar a la persona a un profesional capacitado.
- **Tu seguridad también es importante:** Si crees que la persona está en riesgo inminente, no dudes en buscar ayuda profesional o llamar a los servicios de emergencia.

SEÑALES DE ALARMA

SEÑALES VERBALES

- Hablar sobre desesperanza, desesperación, de falta de motivación, o de deseos de vengarse.
- Verbalizar un dolor insoportable.
- Comentarios negativos sobre uno mismo: "Soy una molestia o un estorbo", "Nadie me echará de menos si me muero", "No tengo a nadie", "Nadie me hace ningún caso" o "No me puedo fiar de nadie". También pueden hacer referencia al futuro: "Esto nunca va a acabar", "Cada vez estoy peor" o "No hay remedio".
- Hablar continuamente de la muerte o del suicidio: Comentarios como, "Quiero desaparecer y descansar", nombrar un método de suicidio específico, hablar de un plan concreto y/o hablar de terceras personas que se suicidaron sin que venga al caso.
- Despedirse de una manera poco habitual verbalmente o por escrito: "Gracias, me has ayudado mucho, pero no ha podido ser".
- Realizar comentarios que muestran rabia o cambios de humor extremos.

SEÑALES NO VERBALES

- Actuar de forma ansiosa, agitada o imprudente.
- Aislamiento o conductas retraídas.
- Mala higiene del sueño (dormir por exceso o por defecto).
- Ausencia de comunicación.
- Buscar métodos de suicidio por internet o lugares para hacerlo.
- Conductas de riesgo e imprudencia en la conducción de vehículos, manipulación de armas de fuego o elementos peligrosos y consumo de drogas o alcohol.
- Repartir posesiones personales.
- Arreglar temas relativos al fin de la vida: herencia, testamento, seguros de vida o temas pendientes.
- Cambios bruscos en el estado emocional y de conducta (ira, culpa, vergüenza, odio hacia sí mismo).
- Descuido de la higiene o del autocuidado.
- Aparente tranquilidad después de una crisis depresiva: la persona cree haber encontrado respuesta a su sufrimiento.
- Marcas o heridas de dudoso origen que puedan ser provocadas por autolesiones.

LA MIRADA PSICOSOCIAL: CONDUCTA SUICIDA Y SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO

Shneidman (1993), psicólogo considerado el padre de la suicidología y de la autopsia psicológica señala, a partir de sus investigaciones, que existe en quienes se suicidan una gran **ambivalencia entre un poderoso malestar psicológico y el deseo de supervivencia**. El suicidio **es una reacción más que una decisión** y lo importante es comprender a qué se está reaccionando. Este autor señala que **la conducta suicida responde a un malestar multidimensional de un individuo necesitado**, que define un asunto para el cual el acto suicida es la mejor solución. Introduce el término "psychache" al que define como un dolor psíquico insoportable y afirma que el suicidio es resultado de un psychache sin resolver.

Identifica 10 fenómenos del suicida a los que poner atención:

El propósito	Buscar una solución
El objetivo	Cese de la conciencia (deseo activo de parar el sufrimiento).
El estímulo	Dolor psicológico insoportable
El estresor	Necesidades psicológicas insatisfechas (dominio o control, autonomía, socorro, neutralización, afiliación, orden).
La emoción	Desesperanza, la desesperación.
El estado cognoscitivo	Ambivalencia
El estado perceptual	Constricción (visión de túnel)
La acción	Escapar
El acto interpersonal	Comunicación de la intención suicida
La consistencia	Permanencia de estilos de afrontamiento ante eventos de la vida.

¿Es posible prevenir el suicidio ?

Si bien no se puede erradicar, los datos muestran que con **programas adecuados y acciones integrales e intersectoriales se pueden evitar numerosas muertes**. El suicidio se puede prevenir, sin embargo no podemos predecirlos. Tratándose de un fenómeno complejo, **las estrategias de prevención de la conducta suicida deben ser siempre:**

- 
- integrales
 - interdisciplinarias
 - intersectoriales
 - interinstitucionales
 - involucrar a la sociedad civil

Las acciones relacionadas a la prevención del suicidio han sido agrupadas en tres niveles:

- **Prevención** acciones que apuntan a incluir a todos los sectores sociales en un plan conjunto, de modo que cada sector aporte al objetivo final de prevenir el suicidio. Puede ser universal (toda la población), selectiva (grupos de específicos) o indicada (grupos de riesgo).
- **Intervención** acciones dirigidas a quienes ya han asumido conductas suicidas (desde ideas a actos).
- **Posvención** acciones dirigidas a los supervivientes de una muerte por suicidio.

**EL SUICIDIO NOS INVOLUCRA A TODOS.
POR TANTO SU PREVENCIÓN TAMBIÉN.
ES IMPRESCINDIBLE TENER EN CUENTA QUE
CUALQUIER PERSONA PUEDE CONVERTIRSE EN
ESCUCHA Y SOSTÉN DE UN PEDIDO DE AYUDA.**

**¿QUÉ PODEMOS
HACER?**

Hablar del suicidio

La única forma de prevenir el suicidio es hablando del suicidio.

Debemos hacer que hablar sobre el suicidio sea una parte normal de cómo nos cuidamos unos a otros y a nosotros mismos.

Eliminar ese estigma que lo rodea para que sea más probable que las personas pidan ayuda y que podamos ayudar a quienes nos preocupan.

Ejemplos de frases útiles:

- "Me preocupa mucho lo que estás pasando. **¿Te puedo preguntar si has pensado en hacerte daño?**"
- "Sé que puede ser difícil hablar de esto, pero quiero que sepas que estoy aquí para ti."
- "No estás solo en esto. Hay personas que pueden ayudarte."
- "Vamos a buscar ayuda juntos. **¿Te parece bien si llamamos a un profesional?**"

Derribar mitos

Estamos cargados de falsas creencias o mitos con los que intentamos dar sentido y explicar los hechos de la realidad. Los mitos obstaculizan la comprensión de las situaciones que enfrentamos y muchas veces impiden o influyen negativamente en la forma de actuar y afrontarlas. En el caso del suicidio, existen abundantes mitos que han sido cuestionados por la experiencia y la evidencia científica, que es necesario derribar.

MITO Y SIGNIFICADO	CRITERIO CIENTÍFICO
El que se quiere matar no lo dice. Lleva a no prestar atención a las personas con riesgo y sus comportamientos.	De cada 10 personas que se suicidan 9 manifestaron claramente sus intenciones.
El que lo dice no lo hace Minimiza las amenazas suicidas y se confunde con chantaje.	Todo el que se suicida expresó lo que le pasaba de diferentes formas.
Los que intentan no desean morir, llaman la atención. Favorece una actitud de rechazo y dificulta el ser empático.	Aunque no todos los que realizan un IAE desean morir es erróneo subestimarlos porque les fallaron los mecanismos adaptativos sin alternativas posibles.
Si se quisiera matar lo hubiera hecho. Refleja el rechazo que generan en los otros.	Todo posible suicida pasa por ambivalencias (deseos de morir y vivir). El método no refleja necesariamente los deseos de morir de quien lo utiliza.
Solo los psiquiatras y psicólogos pueden prevenir el suicidio. Limita la participación de otros actores en la prevención.	Los psiquiatras y psicólogos son profesionales entrenados y experimentados en la detección del riesgo suicida y su manejo pero no son los únicos que pueden prevenirlo.
El que intenta suicidarse es: a) Cobarde o b) valiente. Ambas entorpecen la prevención.	La valentía o la cobardía son atributos de la personalidad. Eso no hace que la persona sea más o menos respetada.
Todo el que se suicida es un enfermo mental. El suicidio y la enfermedad mental NO son SINÓNIMOS.	Las personas con problemas psiquiátricos se suicidan con más frecuencia que la población general. No hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Todo suicida SUFRE.



CÓMO SE COMUNICA EL SUICIDIO HOY: EL PROBLEMA DE LA INFORMACIÓN RESPONSABLE

En **Uruguay**, con el aumento sostenido de personas que se suicidan y la importancia de hablar sobre el tema, la comunicación ha adoptado diversas **formas que**

NO SIEMPRE AYUDAN:

- 1. Asociación** (generalmente desafortunada) con la pandemia de COVID-19 u otras macro crisis: los datos muestran que aún en épocas de estabilidad económica las cifras pueden incrementarse.
- 2. Comparación internacional y nuevos mitos:** “el suicidio ha aumentado en todo el mundo”. Se sabe que las tasas en el mundo han disminuido con excepción de América Latina.
- 3. Marcar y responsabilizar** a ciertos grupo sociales o departamentos, lo que facilita la estigmatización.
- 4. Señalamiento de condiciones biológicas** que serían las desencadenantes únicas, pasando por alto otros abordajes vinculados con mayor o menor acierto a los vaivenes socio-culturales y económicos.

Comunicación estratégica: Claves para hablar sobre el suicidio con empatía y efectividad.

Antes de hablar del suicidio, reflexiono sobre mi motivación, determino el objetivo de la comunicación y la persona o el colectivo a quien va dirigido el mensaje. Después, elijo el modo de hacerlo para que sea preventivo y el lenguaje que voy a utilizar.

- **Reflexiona sobre tu motivación:** ¿Por qué quieres tener esta conversación?
¿Cuál es tu objetivo principal?
- **Identifica a tu audiencia:** ¿Con quién vas a hablar? ¿Cuál es su relación contigo? ¿Cuál es su nivel de conocimiento sobre el tema?
- **Elige el momento y lugar adecuados:** Busca un espacio tranquilo y privado donde puedan hablar sin interrupciones.
- **Prepara lo que quieres decir:** Ten claros los puntos clave que quieres transmitir y cómo los vas a expresar.

ALFABETIZAR EN SUICIDIO

- + Desmontar mitos.
- + Dar a conocer un recurso.
- + Describir tratamientos con evidencia científica.
- + Reflexionar sobre los factores de riesgo o protección.
- + Hablar sobre qué hacer o qué no hacer en estas situaciones.
- + Describir la evolución del fenómeno u ofrecer estadísticas.
- + Apuntar las señales de riesgo.

Educar a la sociedad sobre este complejo tema, **desmitificándolo y proporcionando herramientas** para reconocer las señales de alerta, comprender las causas y saber cómo actuar ante una situación de crisis. Es una estrategia esencial para prevenir el suicidio y promover la salud mental.

AYUDAR A UNA PERSONA AFECTADA O A UN SUPERVIVIENTE

- + Hablar con una persona con conducta suicida.
- + Comunicarse con una familia con un miembro con conducta suicida.
- + Hablar con una persona que ha perdido a un ser querido por suicidio.

EXPRESAR EMOCIONES Y EXPERIENCIAS (TESTIMONIOS)

- + Expresar el pésame.
- + Contar una experiencia propia que puede ayudarme a superarla o que sirva de ejemplo a otras personas que sufren.

COMUNICAR UN HECHO OFICIALMENTE

- + Dar el pésame por el fallecimiento de una persona.
- + Relatar un suceso que ocurre en la propia institución.

Planificando una conversación que salve vidas

Nuestra especie tiene una capacidad comunicativa muy rica, cuya máxima expresión es la **comunicación cara a cara**. Tanto los **componentes verbales como no verbales pueden tener un valor preventivo que podemos potenciar** para expresarnos o para ayudar a otras personas.

○ Cuando siento que alguien tiene un problema o que puede estar en riesgo suicida, le escucho de forma activa y empática, sin juzgarlo, sin condescendencia, **respetando su dolor y validando sus emociones**. Ante una amenaza suicida **evito minimizar el riesgo, retar a la persona**, juzgarla o mostrar **excesivo miedo o nerviosismo**.

○ Muestro **cautela**, siendo mi comunicación directa. Muestro **seguridad** en la interacción. Si alguien reacciona con ansiedad a mis comunicaciones, le ofrezco datos de contacto de servicios de ayuda.

○ Tengo especial cuidado con los mensajes no verbales, **para evitar transmitir enfado, rabia, miedo o una excesiva preocupación y entrar en conflictos** que bloqueen la comunicación.

Ejemplos de frases positivas:

- "Es normal sentirse abrumado a veces, pero hay personas que te quieren y están dispuestas a ayudarte."
- "Buscar ayuda es una señal de fortaleza, no de debilidad."
- "Hay esperanza para el futuro, y juntos podemos encontrar formas de superarlo."
- "Tus sentimientos son válidos y merecen ser escuchados."
- "Hay muchas personas que han experimentado lo mismo y han salido adelante."

¿QUÉ HACER EN SITUACIÓN DE RIESGO?

Ante una situación de riesgo, la calma es tu mejor aliada. Si bien cada situación es única, aquí te presentamos algunas pautas generales que pueden ayudarte.

DECIDIR QUÉ HACER

Comenten de modo conjunto qué decisión tomar. Podrías necesitar más apoyo (compañeros, padres, amigos cercanos u otras personas) para convencer a la persona de buscar ayuda profesional. Compartir esa información asegura que la persona tenga la ayuda y apoyo que necesita.

PEDIR UN COMPROMISO

Pídele a la persona a que se comprometa a no callar su malestar y preocupación y a hablar con alguien si vuelven las ideas de suicidio. Esto facilitará que busque ayuda.

CUIDARSE A SÍ MISMO

Es difícil y emocionalmente agotador apoyar a alguien que piensa en suicidarse, no lo hagas solo. Encuentra a alguien con quién hablar, amigos, familiares o profesionales de la salud.

MANTENERSE INVOLUCRADO

Los pensamientos de suicidio no desaparecen fácilmente. La continua preocupación de la familia y amigos es muy importante para la recuperación de la persona. Mantente atento a su evolución.

ANIMAR A LA PERSONA A OBTENER APOYO

Médicos de centros de salud del 1er nivel de atención y puertas de emergencia del prestador de salud.
Espacios adolescentes de los centros de salud.
Redes sociales comunitarias.
Orientadores escolares, Educadores, Adscriptos.
Servicios de ayuda telefónica.
Servicios religiosos.

¿QUÉ HACER EN SITUACIÓN DE RIESGO?

HAZ ALGO AHORA

Toma las señales de alerta en serio y pregúntale a la persona si está pensando en el suicidio y si tiene algún plan. Busca ayuda llamando a la línea telefónica que corresponda o llévala al servicio de urgencias más próximo.

HABLAR SOBRE EL SUICIDIO

Hablar sobre el suicidio no va a provocar la idea de realizarlo, por lo contrario, puede animarle a hablar sobre sus sentimientos. La posibilidad de que pueda tener un plan detallado indica mayor riesgo.

ACEPTAR TU PROPIA REACCIÓN

Puedes sentir miedo o preferir ignorar la situación. Si te está costando dominarte solicita la ayuda de alguien de confianza.

MANTENERSE CERCA, ESTAR AHÍ

Pasa algún tiempo con esa persona, anímalo a hablar de cómo se está sintiendo, identifica a quién podrías pedir apoyo, y anímalo para que acepte.

ACEPTAR LO QUE TE ESTÁ DICIENDO

Mantén una comunicación directa, abierta y honesta con esta persona. Transmítele tu preocupación sin juzgarlo. Di cosas como: "Aquí estoy para ayudarte", "Hablemos", "Estoy aquí por tí".

ADOPTAR MEDIDAS DE SEGURIDAD

No dejes sola a esta persona y retira cualquier medio disponible para el suicidio, incluyendo armas, cuerdas, cinturones, medicinas, alcohol y otras drogas, y el acceso a cualquier vehículo.

¿QUÉ NO HACER EN SITUACIÓN DE RIESGO?

Encontrar a alguien que expresa pensamientos suicidas puede ser una situación muy difícil y abrumadora. Es importante recordar que cada persona y situación es única, y lo que funciona para una persona puede no funcionar para otra. Sin embargo, hay algunas cosas que definitivamente debes evitar hacer.

NO REHUIR LOS PROBLEMAS

No dejes a la persona sola si crees que su vida está en riesgo inmediato.

NO BANALIZAR, NI DESAFIAR

No trates con ligereza cualquier amenaza, sobre todo si la persona empieza a bromear con eso. No minimices la situación o la intensidad de las emociones y del malestar. No le digas cosas como "A que no eres capaz... Si lo haces, hazlo bien".

NO UTILIZAR GRITOS O REPRIMENDAS

No actúes de modo excesivo o lo culpes por estar mal. Muchas veces lo que necesitan es motivación y eso no se consigue con un buen grito.

NO TEMER PREGUNTAR

No tengas miedo preguntar a la persona por qué está tan triste y tan deprimida ni si se quiere hacer daño a sí misma.

NO JUZGAR, NO COMPARAR

No le digas que eso es de cobarde.

NO MANTENGAS TODO EN SECRETO

Entre la vida de tu amigo y su confianza, escoge la vida. No te comprometas a guardarlo como un secreto pues la seguridad física de la persona es tu principal preocupación.

NO DÉS SOLUCIONES SIMPLISTAS

Una solución obvia y simple puede ayudar a incrementar los sentimientos de incapacidad, vergüenza o soledad en la persona.

NO INTENTES AYUDAR A LA PERSONA TÚ MISMO SIN LA AYUDA DE NADIE

Aunque conozcas mucho a la persona en riesgo y sientas que nunca le vas a faltar ni a cansarte, es importante contar con apoyo adicional. Intenta establecer una red de contención.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
• ¿El suicidio se puede prevenir?	Si bien no se puede erradicar, los datos muestran que con programas adecuados y acciones integrales e intersectoriales se pueden evitar numerosas muertes. El suicidio se puede prevenir, sin embargo no podemos predecirlo.
• ¿Por qué la gente se suicida?	Nunca hay una única causa. Si bien pueden haber detonantes, en la mayoría de los casos es un proceso largo con avances y retrocesos y pueden existir un conjunto de razones muy diversas. Atribuir una causa única no da cuenta de la complejidad del hecho.
• RRSS y jóvenes:	Las redes sociales pueden proporcionar apoyo emocional pero también aumentar sentimientos negativos como el aislamiento y la comparación social. Es esencial promover un uso responsable de las redes sociales.
• ¿Cuándo un joven se autolesiona, se quiere suicidar?	Las autolesiones no siempre tienen intención de muerte pero siempre hay que prestarles atención. Son una forma de expresar malestar, Te sugerimos hablar sobre que le está pasando y en caso que lo requiera consultar con un profesional.
• ¿Si pregunto a una persona si se quiere suicidar, puedo provocarle ideas suicidas?	Hablar sobre el suicidio no va a provocar la idea de realizarlo, por el contrario, puede animarle a hablar sobre sus sentimientos.

PREGUNTAS	RESPUESTAS
• ¿Las personas que amenazan con suicidarse están llamando la atención?	Cualquier manifestación de autodestrucción debe ser considerada. No caer en descalificaciones ni minimizar el riesgo..
• ¿Hay departamentos/ edades donde más se suicidan?	Asociar el suicidio con un lugar o grupo social puede ser estigmatizante. Si bien puede haber tendencias, las cifras cambian año a año.
• ¿Es conveniente publicar las noticias sobre el suicidio?	Los medios de comunicación pueden jugar un papel importante en la prevención del suicidio, siempre que comuniquen de manera responsable (no simplificar la causa, no dar detalles del método, informar recursos de ayuda). La OMS tiene un Manual de recomendaciones al respecto.
• ¿El suicidio es hereditario?	Los estudios no son concluyentes. El antecedente familiar puede existir entre quienes murieron por suicidio. Sin embargo lo que podría heredarse es una predisposición a algunos problemas psiquicos pero no al suicidio.
• ¿Es verdad que las personas que dicen que se van a suicidar no lo hacen?	El 90% de quienes murieron por suicidio comunicaron su intención verbalmente o dieron señales (gestos o conductas) ***Orientar a Señales en pag. web o mostrar el tríptico.
• ¿Las tasas de suicidio aumentan en todo el mundo?	En el mundo las tasas disminuyeron antes de la pandemia, con excepción de las Américas.

DOLOR Y DUELO ANTE LA MUERTE POR SUICIDIO

Si bien la preocupación por el suicidio se ha centrado en las personas fallecidas y en el hecho de ser prevenibles, menos atención se ha prestado a aquellos que permanecen. En estos casos los llamados **"supervivientes"**, es decir las personas cercanas del fallecido/a, estos se ven expuestos además de la pérdida inesperada del ser querido, a un conjunto de circunstancias, procesos y actores sociales que se alejan de lo que es concebido como muerte ideal y que hacen tambalear todo el sistema de creencias y prácticas habituales (Bradbury, 2012; Meléndez, 2014).

En tales circunstancias, **el manejo del duelo tiende a prolongarse por mayor tiempo** en comparación a los demás, pudiendo desembocar en un duelo complicado o patológico, con implicaciones que afectan a las personas a nivel físico, emocional, mental, social y económico (Cabodevilla 2003, 2007; Meyers et al., 2009) y que requieren intervenciones especiales, no siempre adecuadamente satisfechas, que comprometen al conjunto de la sociedad, al estado y sus instituciones.

Hay dos situaciones que dan al duelo ante la muerte por suicidio cierta especificidad. Por un lado el fallecido es el agente de su propia muerte, lo que puede generar sentimientos de abandono, ira, rechazo y culpa por no haber sabido evitar el suceso, Por otro lado, estas muertes están cargadas de estigmas sociales que asocian al suicidio con un acto que va contra las leyes naturales, un pecado, lo que produce vergüenza, silenciamiento y aislamiento social. Según Alison Wertheimer (2003), para los supervivientes, no basta con enfrentar y tratar de sobrellevar los sentimientos de incomprensión, dolor, culpa y rabia, también deben encarar el juicio moral o la inhibición absoluta y retiro del resto de la sociedad.

Como señala una superviviente de suicidio en Uruguay (Roig, 2017:156),
"Reconstruir la vida con esos escasos restos que quedaron es un arduo proceso, que puede llevar muchos años, a veces toda la vida. Como un cristal que se rompe y por mejor pegamento y prolijidad...siempre será un cristal roto".

La **posvención** refiere a aquellas **acciones planificadas posteriores a la muerte por suicidio** que buscan **reducir los efectos traumáticos** en las personas, familias, grupos e instituciones que estuvieron relacionadas con la persona que se quitó la vida.

Sus objetivos principales son:

- Facilitar la expresión afectiva y el proceso de duelo a partir de la muerte repentina.
- Lograr una mejor comprensión de lo sucedido.
- Analizar las necesidades y distintas formas posibles de recibir ayuda
- Fortalecer las redes y los lazos comunitarios de los afectados.

El eje reside en **combatir el silencio por medio de la implementación de acciones concretas, inmediatas, oportunas y apropiadas para intervenir luego del suicidio.**

La muerte por suicidio se caracteriza por ser violenta, súbita, inesperada, muchas veces silenciada en un pacto que se transmite de generación en generación. El suicidio **no ocurre aisladamente**, sino dentro de familias, grupos de pertenencia, instituciones, sitios de trabajos, comunidades, etc.

Según la OMS por cada suicidio se estima que entre **15 a 20 personas se vean afectadas**. Algunos trabajos sugieren que este número puede ser mucho más amplio si se contemplan sectores más amplios que también sufren el impacto.

Andriessen (2009) los define como “aquellas personas que han perdido a un otro significativo (o un ser querido) por suicidio y cuya vida cambia debido a la pérdida, considerando también la calidad de la relación con este, pudiendo tratarse no sólo de relaciones de parentesco”.

Cada superviviente de alguien que se suicidó desarrollará su propio itinerario en el proceso de duelo y recuperación según sus recursos psíquicos personales y redes de sostén. Diversos estudios realizados plantean características singulares del duelo por suicidio (Acinas, 2012; Munera, 2013) el que desencadena procesos complejos y muy dolorosos.

El **estigma** asociado al suicidio muchas veces **recae sobre los familiares y allegados, interpela a los supervivientes**, en tanto sufren una **doble pérdida: la del ser querido y la de sostén social**. El hecho de que se evite hablar de lo sucedido lo convierte en un **tabú social del que no se pregunta**, aumentando la probabilidad de que los supervivientes tiendan a experimentar menor apoyo social, aun cuando tengan mayor necesidad de comprensión que en el caso de otras muertes.

Existen múltiples intervenciones de posvención que se ilustran en guías, manuales y protocolos (Gutin, 2018; Estrategia Euskadi, 2019; Jackson, 2013) y que generalmente son promovidas por asociaciones civiles. Muchos de los protocolos y guías son diseñados para ámbitos institucionales (liceos, escuelas, servicios de salud, policías, etc.), con el objetivo de orientar y pautar acciones sobre cómo abordar la muerte por suicidio de un padre, hijo, hermano, compañero de clase, de trabajo, etc.

Al abordar a la familia de quien se suicidó, se sugiere en primer lugar, tener en cuenta el grado de shock en el que se encuentran y cuáles son los recursos inmediatos que están a disposición para su apoyo emocional. Detectar los sentimientos de culpa y responsabilidad por lo ocurrido.

Detectar posibles pensamientos suicidas, amenazas y otras conductas afines entre los familiares.

Las recomendaciones generales sobre el trabajo y abordaje con este grupo de personas está dirigido a:

- **la contención emocional**
- **la búsqueda de sistemas de apoyo y**
- **la elaboración de la pérdida.**



Dentro de las **múltiple emociones que emergen tras la muerte por suicidio** una de las más comunes es la **CULPA**, la que se puede trabajar con allegados y familiares atendiendo las siguientes consideraciones:

La culpa es una fase habitual por la que todos pasamos cuando muere un ser querido, con independencia de la causa que la origine; esta **dura cierto tiempo** en el cual el individuo se cuestiona constantemente **qué hizo o qué dejó de hacer** para que los hechos ocurrieran y esto es muy normal. Los “¿por qué?” (“¿por qué lo hizo?, **¿por qué no lo vi venir?**, ¿por qué no me lo dijo?”) y los “**¿y si?**” (“¿y si hubiese cogido el teléfono?, **¿y si no lo hubiese dejado solo?**”).

Más difícil se hace el manejo cuando la culpa se basa en hechos reales, como por ejemplo, que haya familiares con intento suicida previo al del ser querido.

En casos como esos no es prudente intentar eliminar toda la culpabilidad, pues eso puede ser percibido como un engaño o que se le trata de consolar sin las razones suficientes para ello (Adaptado de Pérez Barrero, 2011).

Por último es pertinente señalar que en nuestro País, el **Plan de Implementación de Prestaciones en Salud Mental en el Sistema Nacional Integrado de Salud**, instalado a partir de setiembre de 2011, con **carácter obligatorio** para todos los prestadores integrales, prevé en el modo 1, **la atención a usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar** (suicidio, accidente, muerte en la infancia o adolescencia temprana) y usuarios que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado intento con **hasta 16 sesiones gratuitas**.

En el caso de **niñas, niños y adolescentes dicho plan incluye, en el Modo 2**, la atención psicoterapéutica individual, grupal o familiar frente a pérdida de un familiar cercano o referente afectivo (antes de los 30 días).

¿QUÉ DERECHOS TENEMOS?

Políticas y programas disponibles vinculados con la conducta suicida

Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025

1. Mejorar la atención en el SNIS para personas con riesgo de suicidio y sus familiares.
2. Fortalecer el abordaje intersectorial de la prevención del suicidio.
3. Profundizar en las actividades de sensibilización y educación con la comunidad, la promoción de la salud mental y la prevención del suicidio.
4. Capacitar al personal técnico y no-técnico para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.
5. Lograr una participación activa y responsable de los medios de comunicación (MC) en la prevención del suicidio.
6. Restringir el acceso a medios letales.
7. Mejorar el sistema nacional de vigilancia, evaluación e investigación de alta calidad relacionado con la conducta suicida.

Ordenanza N° 801/12. Formulario de Registro Obligatorio de IAE.

- Debe ser llenado por quien recibe al paciente y luego por el equipo de Salud Mental que realice el seguimiento.
- Baja calidad del registro.
- Digitalización e inclusión en la Historia Clínica Electrónica por el MSP.

Ordenanza N°384/17. Protocolo de Atención y Seguimiento del paciente con IAE

- Orienta y regula la atención en casos de IAE.
- Todo paciente con IAE debe ser evaluado por psiquiatra. De no estar disponible, por un profesional de salud.
- Si existen dudas del riesgo: mantener en observación.
- Si es dado de alta o manejo ambulatorio: consulta con equipo de Salud Mental en un plazo de 7 días.
- El seguimiento por equipo de SM debe ser por un plazo de 6 meses.

PLAN DE PRESTACIONES EN SALUD MENTAL (SNIS) DECRETO PE 465/008 Y 305/011

En mayores Adultos /mayores de 14 años

MODO 1. Intervenciones grupales a Usuarios que hayan sufrido la muerte inesperada de un familiar (suicidio,..), o que tengan un familiar o un vínculo cercano, que haya realizado IAE en el último año o Personas en situación de violencia doméstica libremente o por derivación(en los primeros 15 días de la demanda), con carácter gratuito y hasta 16 sesiones anuales para cada usuario.

MODO 2. Atención **psicoterapéutica individual, de pareja, familia o grupal a usuarios con IAE.** (antes de las 48 horas) Hasta 48 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido. Se amplía a Depresión, Enfermedades crónicas dolorosas, discapacitantes y/o terminales (factores de riesgo suicida).

En niños y adolescentes

MODO 2 Atención **psicoterapéutica individual, grupal o de familia a Niños y adolescentes con IAE** (antes de las 48 hs.) Hasta 24 sesiones anuales para cada usuario y con un copago preestablecido. Niños y adolescentes con problemas de pérdida de un familiar cercano o referente afectivo (antes de los 30 días).

Marzo 2024

- Ampliación de la **cobertura de los abordajes psicoterapéuticos de 25 años a los 30** inclusive.
- En casos de intento de autoeliminación **disminución de la tasa moderadora** en el acceso a la terapia.
- **Eliminación de costo** para acceder a dos antidepresivos de uso común, así como un valor tope para un tercer medicamento psicotrópico.

Más información en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/salud-mental>

Denuncia sobre atención en Salud Mental. Comisión de contralor de la Atención en Salud Mental

Enlace web: <https://www.gub.uy/tramites/denuncia-atencion-salud-mental>

Consultas Técnicas:

Correo electrónico: **comisioncontralorsaludmental@msp.gub.uy**

Teléfono: **1934 int 6291 en horario de 9:15 a 14:30**

TELÉFONOS QUE DEBES RECORDAR

LÍNEA DE PREVENCIÓN DE SUICIDIO:	08000767 O *0767
LÍNEA DE APOYO EMOCIONAL :	08001920

- **Contención en uso problemático de drogas :** *1020 / 2309 1020
- **Orientación y derivación de mujeres en situación de violencia doméstica:**
*4141 / 0800 4141
- **Helpers** (línea de apoyo emocional): 099 711 611
- **Línea apoyo consumo problemático de sustancias** 24 horas *1020
- **Narcóticos Anónimos.** Atención telefónica 24hs. 29013282
- **Alcohólicos Anónimos.** Atención telefónica 24hs. 2400 35 01
- **Servicio No estás sola** (VBG) 099 019 500

*Gratuitas, atención las 24 horas, todos los días.

- **Línea Azul** (Maltrato Niños, Niñas y Adolescentes) 0800 5050
- **Línea de Atención Adultos Mayores Víctimas de abuso o maltrato** 2400 0302
interno 5609

Mapa de servicios

Con el objetivo de garantizar una respuesta oportuna y eficiente ante cualquier situación de emergencia, se ha elaborado un detallado inventario de los recursos disponibles. Los siguientes enlaces brindan información específica sobre la cantidad, tipo y ubicación de estos recursos, lo que permitirá optimizar su utilización en caso de ser necesario.

Mapa de servicios: <https://mapas.mides.gub.uy/>

Prestaciones en salud mental :

<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/salud-mental>

Prestadores integrales de salud mental del país:

<https://www.bps.gub.uy/bps/file/15250/1/prestadores-integrales-de-salud.pdf>

Equipos Salud Mental ASSE (4 Regiones Area Metropolitana e Interior):

<https://www.asse.com.uy/contenido/Equipos-de-Salud-Mental-en-las-4-Regiones-de-ASSE-5231>

Guía de Recursos

Lugar	Nombre	Información	Datos Contacto
En todo el territorio	HOLA TE VEO MAÑANA	Movimiento de voluntarios. Comunicamos sobre salud mental y la prevención del suicidio	@holatvm
Todo el país	Psicointegra	Asistencia en Situaciones Judicializadas *	www.psicointegra.com.uy/#asistencia info@psicointegra.com.uy 2901 7549 - 95 320 091
Todo el país	Encuentro	Atención psicológica con Arancel Social *	Tel. 2.708.43.86 info@gestalturuguay.com
Todo el país	Centro Atención Situaciones Críticas (CENASC)	Atención directa, orientación, diagnóstico y -cuando amerita- la contención y abordaje de las personas que se acercan al MIDES a plantear diversas demandas en relación a su situación o la de otra persona.	2400 0302 int. 1060 -1061 0800 7263 aten_publico@mides.gub.uy
San José	Siembra Valores	Grupo multidisciplinario, de profesionales y técnicos al servicio de la comunidad.	099 858 657 siembraserviciovalores@gmail.com @siembra_valores
Maldonado	Resistiré	Agrupación de supervivientes del suicidio	ONG Resistiré
San Carlos	Asociación de Familiares y amigos del enfermo psiquiátrico	En esta asociación se intercambian experiencias, trabajan y colaboran por el bienestar del enfermo psiquiátrico severo crónico.	4266 6455 https://www.mapeosociedadcivil.uy/organizaciones/asociacion-de-familiares-y-amigos-del-enfermo-psiquiatrico-maldonado

* Servicio arancelado

Guía de Recursos

Lugar	Nombre	Información	Datos Contacto
Tacuarembó	Proyecto Puente	Prevención del Suicidio y Promoción de la Vida	091302483 ernestosantana1996@gmail.com
Florida	Centro de Salud Mental Dra. Nélida Giacoya	El centro promueve distintos tipos de actividades como factores para la salud mental. En este centro de salud se realizan talleres laborales, manualidades, expresión corporal, teatro y música.	Independencia y Rambla Costanera 4352 6004 09938764 centrodesaludmentalng@gmail.com
Paysandú	Ayudame a Crecer	Espacio grupal en la Ciudad de Paysandú, que se dedica a la prevención del suicidio y tiene como objetivo principal ofrecer un espacio de escucha y apoyo emocional a aquellos que lo necesiten.	Todos los viernes de 18:30 a 20:00 hs Basílica Nuestra Señora del Rosario 092 543 614 sandalacuesta1974@gmail.com
Durazno	Asociación de Familias y Amigos de Pacientes Psiquiátricos	En la asociación los familiares y amigos de enfermos psiquiátricos intercambian experiencias, trabajan y colaboran por el bienestar del enfermo psiquiátrico severo crónico.	4362 7567 099258180 afapdurazno@gmail.com
Fray Bentos	Comisión de Apoyo al enfermo mental	Actividades para la promoción de la salud mental y el apoyo a personas con trastornos mentales, con el fomento de actividades y talleres de rehabilitación.	4562 3728

Guía de Recursos

Lugar	Nombre	Información	Datos Contacto
Montevideo	Grupo de Apoyo a Superviviente por SUICIDIO (GASS)	Proyecto, GASS Uruguay, brinda apoyo a aquellos que están lidiando con la pérdida de un ser querido por suicidio o que han experimentado un intento de autoeliminación (IAE).	095 753 955 / 099 451 44 https://sites.google.com/view/gassuruguay/inicio gassuruguay@gmail.com
Montevideo	Caminantes	Asociación civil que agrupa a organizaciones de familiares de personas con trastornos mentales severos.	caminantes@vera.com.uy www.facebook.com/federacioncaminantes Av. 18 de Julio 2175, P.1
Montevideo	Programa de salud mental del HC-FCS-FPSICO	El PSMHC propone un abordaje en salud mental de carácter integral e interdisciplinario, orientado desde una perspectiva comunitaria de salud mental y de derechos. Se ofrece una respuesta asistencial organizada en distintos niveles de atención de complejidad decreciente, contemplando la atención en urgencia e internación de corta estadía, hospital de día, abordajes ambulatorios, así como actividades de sensibilización, promoción, prevención en salud mental.	Atención a partir de marzo 2025. psaludmental@hc.edu.uy Planta baja del Hospital de Clínicas. Av. Italia s/n- Montevideo. Tel (598) 1953
Montevideo	Clínica Universitaria de la Salud / Universidad Católica del Uruguay.	Atención psicológica para niños, adultos y familias. ✱	Estero Bellaco 2717 2487 27 17/ int: 6577 int: 6549 https://www.ucu.edu.uy/Institucionales/Psicologia-uc697
Montevideo	ORGANIZACIÓN DE USUARIOS DE SALUD DEL OESTE (OUSO).	Atención Comunitaria en prevención de la conducta suicida.	Centro Comunal Zonal 17, Haiti 1606, Cerro
Montevideo	ESPACIO CONTÁS	Dirigido a jóvenes de entre 15 y 20 años y con atención gratuita, se integra a la red de servicios de salud mental que brinda la Intendencia de Montevideo.	whastapp: 099 019 500 – seleccionando “Contas” contas@imm.gub.uy https://montevideo.gub.uy/espacio-contas

Guía de Recursos

Lugar	Nombre	Información	Datos Contacto
Montevideo	Clínica Psicoanalítica de la Unión	Servicio psicológico ofrecido preferencialmente a personas del barrio La Unión.	WhatsApp 091 856 350 de 12 a 18 hs. Joanicó 3815
Montevideo	Facultad de Psicología Universidad de la República	Servicios psicológicos gratuitos como parte de las prácticas en las que participan estudiantes avanzados de la Licenciatura en Psicología, con el apoyo de docentes de la Facultad.	https://psico.edu.uy/servicios-a-la-comunidad
Montevideo	CRAM	Centro de Referencia Amigable de consulta, orientación y atención psicológica de la Facultad de Psicología (UDELAR) y el Ministerio de Desarrollo Social. Dirigido a Personas LGTBI y familiares; actores educativos de enseñanza formal y no formal.	https://cram.psico.edu.uy/dispositivos-de-atenci%C3%B3n/dispositivos-grupales-no-terap%C3%A9uticos
Montevideo	Claramente UY	Web y aplicación sobre información, prevención, promoción, educación y capacitación sobre salud mental	https://claramente.com.uy
Montevideo	Red Psicofeminista	Psicoterapia desde diversas corrientes con perspectiva de género. ✱	psicoterapiarpf@gmail.com @psicofeministasuy
Montevideo	Comuna Mujer	La Intendencia de Montevideo brinda un servicio de atención psicosocial y asesoramiento jurídico gratuito en las ComunaMujer a mujeres que viven o vivieron situaciones de violencia basada en género. ✱	0800 4141 Desde celulares *4141
Montevideo	Fundación Cazabajones	Atención psicológica con arancel social	Whatsapp: 096 428 133 o 2403 45 62

✱ Servicio Arancelado

Guía de Recursos

Lugar	Nombre	Información	Datos Contacto
Montevideo	Centro Diurno "Unión"	Centro diurno especializado en tratamiento de conductas suicidas.	Juan Antonio Cabrera 3696 de 9.00 a 16.30 hs.
Montevideo	Centro psicosocial Palermo Sur	Centro de Rehabilitación Psicosocial Integral para personas con trastornos mentales severos y persistentes (TMSP) con graves problemas en su socialización y reinserción ocupacional. *	29085147 - 29024350 https://surpalermo.com.uy/ Santiago de Chile 906
Montevideo	Centro Montevideo	Apoyo psicosocial, cultural y laboral a personas con discapacidad intelectual, trastornos psíquicos y en situación de vulnerabilidad. Ser mayor de 18 años y tener tratamiento psiquiátrico *	2201 6511 Entre Ríos 1132 contacto@centromontevideo.uy https://centromontevideo.uy
Montevideo	Centro de referencia de salud mental comunitaria	Atención grupal e individual a personas en situación de vulnerabilidad social	Gabriel Pereira 2965
Montevideo	Casa Comunitaria de Promoción de la Salud Mental de Colón	Prevención de suicidio y promoción de la salud mental. Se realizan talleres, espacios de apoyo y seguimiento a trayectorias singulares, grupos de trabajo temáticos y actividades de formación e intercambio.	martes y jueves de 9 a 12 hs casa.comunitaria.colon@imm.gub.uy 092 412 571
Presencial Montevideo Virtual: todo el territorio UY	Renacer	Grupo Apoyo a Padres que Enfrentan la Partida de Hijos	<u>Avda. Libertador 1464 Esq. Mercedes. 1er Piso (Oficina del Banco de Seguros del Estado).</u> <u>Contactos: 091 066 674 – 095 789 060 – 099 058 460</u>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Asociación Internacional de Prevención de Suicidio [IASP] (2022) Directrices lingüísticas.. Disponible en <https://www.iasp.info/wp-content/uploads/IASP-Language-Guidelines-2022-1.pdf>
- Andriessen, K. (2009). Can postvention be prevention? Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 30(1), pp. 43-4
- Acinas, P. (2012). Duelo en situaciones especiales: suicidio, desaparecidos, muerte traumática. Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 2(1). Disponible en: <https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Duelo_en_situaciones_especiales.pdf>.
- Bradbury, M. (2012). Representations of death: A social psychological perspective. Routledge.
- Cabodevilla I (2003) Las reacciones de duelo, en María Die Trill, Psicooncología, Ades ediciones. Madrid 2003.
- De Ventós, X. R. (1982). De la modernidad. Barcelona: Península. Pp 13-14
- Estrategia de prevención del suicidio en Euskadi País: España https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/estrategia_preencion_suicidio/es_def/adjuntos/plan_preencion_suicidio_cast.pdf
- ----- (2007). Las pérdidas y sus duelos. In Anales del sistema sanitario de Navarra (Vol. 30, pp. 163-176). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Gutin, N. (2018). Helping survivors in the aftermath of suicide loss. Current Psychiatry, 17(8).
- Hein P, Larrobla C, Novoa G, Canetti A, Heuguerot C, González V, Caligaris A, Torterolo MJ. Enigmas y estigmas del Suicidio en Uruguay. Estrategias para su comprensión y prevención. Montevideo: Imprenta Rojo SRL Cofinanciada por el Fondo COVID-19-CSIC-Udelar
- Jackson, J. (2003). A SOS Handbook for Survivors of Suicide. Asociación Americana de Suicidología. Disponible en: <https://suicidology.org/wp-content/uploads/2019/07/SOS_handbook.pdf>.
- Larrobla, C., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., ... & Rodríguez, L. (2017). 70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros. CSIC, Colección Artículo 2. Universidad de la República Uruguay. Disponible en <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9489>
- López-Vega, D.J, de Quesada, M., Morell, M. F., Martínez-Vallier, C., Córdoba-Santos, G., Tornero, D., Sánchez-Alegre, Serra Olives, N. (2022). En mis zapatos. Guía de recomendaciones para comunicar sobre el suicidio. Sevilla: Papageno, La Niña Amarilla & AFASIB . Disponible en <https://papageno.es/en-mis-zapatos-guia-de-recomendaciones-para-comunicar-sobre-el-suicidio-descarga-gratuita>
- Meléndez, N. D. R., & Rivera, K. C. (2014). El manejo del duelo en casos de homicidios y asesinatos en Puerto Rico. Voces desde el Trabajo Social, 96-114
- Meyers, Karen; Golden, Robert N.; Peterson, Fred. The truth about death and dying. Infobase Publishing, 2009.
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Estadísticas vitales. <https://uins.msp.gub.uy/>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Munera, P. (2013). El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y de profesionales de salud mental. Granada: Editorial de la Universidad de Granada.
- Murakami, H. (2000). Después del terremoto. Tusquets.
- Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud Uruguay: Mitos acerca del suicidio Disponible en <https://www.paho.org/es/campanas/uruguay-mitos-acerca-suicidio>
- Papageno Asociación de Profesionales en Prevención y Postvención del Suicidio (2019). Los factores de riesgo del suicidio: ¡combátelos y aprende a afrontarlos! Disponible en <https://papageno.es/factores-riesgo-prevencion-suicidio>
- Pérez Barrero, Sergio A. (2005) Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 3, julio-septiembre, 2005, pp. 386-394 Asociación Colombiana de Psiquiatría Bogotá, D.C., Colombia
- Pérez Barrero, Sergio A. (2011). Manejo de la familia de un suicida. Disponible en: http://www.wpanet.org/uploads/Education/Contributions_from_ELN_Members/manejo-de-la-famil-ia.pdf.
- Shneidman, E. S. (1993). Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Jason Aronson.

LA ÚLTIMA FOTO

