

La vida breve. Suicidio, jóvenes y usuarios problemáticos de Drogas.

Si debiera, por mi parte, precisar y completar la definición del concepto de descualificación social, diría que remite al proceso de debilitamiento o de ruptura de los vínculos del individuo con la sociedad en el sentido de la doble pérdida de la protección y del reconocimiento social. El hombre socialmente descualificado es a la vez vulnerable frente al futuro y aplastado por el peso de la mirada negativa que los otros proyectan sobre él. (Serge Paugam 2012)

Víctor González
Pablo Hein

Recibido: 29/04/2016

Evaluado: 06/09/2016

Resumen

El artículo es producto de los diferentes trabajos que lleva el Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida. Describe y analiza las problemática del suicidio en usuarios problemáticos de drogas para los jóvenes montevideanos. La fuente de datos utilizada es el Sistema de Gestión de Seguridad Pública del Ministerio del Interior para los años 2002 – 2014.

Se inicia con el reconocimiento de que el suicidio no es simplemente un problema médico-psiquiátrico, constituyéndose, además en nuestra sociedad, como en otras, como un problema social, cultural y demográfico. Sitúa al suicidio de los montevideanos en un contexto nacional y luego se focaliza en el grupo de edad seleccionado, para realizar una descripción de su comportamiento. Luego centra su objetivo aproximándose a una primer mirada, sobre uso problemático de drogas – suicidio. Reflexiona con categorías que trascienden la mirada sociológica, como ser la antropología social, tendiendo líneas con la desintegración y desestructuración social.

Palabras clave: Suicidio – jóvenes – drogas

Abstract

The article is the result of a series of research projects that the Suicidal Behaviour Understanding and Prevention Group has carried out. It describes and analyzes the problematic cases of suicide and drug addiction among young people in Montevideo. The data used hereby comes from SGSP from the Ministry of Interior from 2002 to 2014.

To begins with, it claims that suicide is not only a psychiatric- medical issue but also a social, cultural and demographic problem in today's society. It places suicide in Montevideo as part of a national context and later focuses on the chosen age group in order to describe their behaviour.

At the same time, it outlines briefly the relationship between drug addiction and suicide. As well as this, it approaches the situation from different angles such as the anthropology's point of view, relating suicide to family and social disintegration.

Key words: Suicide – youth – drugs

El presente artículo es producto de los diferentes trabajos que viene llevando a cabo el Grupo de Comprensión y Prevención de Conducta Suicida¹. Esta vez desde la vertiente del Grupo “más cercana a la comprensión social” intentamos presentar una aproximación al suicidio en jóvenes adultos en el departamento de Montevideo para el período 2002 – 2014, entre estos los que presentaban la característica de ser usuarios problemáticos de drogas.

El número de suicidios e IAE se ha incrementado en las últimas décadas en todos los países, comenzando a generar preocupación en investigadores y responsables gubernamentales como problema prioritario a nivel social y sanitario. En la actualidad el suicidio se encuentra entre las 10 primeras causas de muerte y en la adolescencia, entre las cinco primeras. En el mundo se produce un suicidio cada 30 segundos, hecho o dato que golpea directamente todo sistema o estadísticas sean estas de integración, desarrollo y/o solidaridad.

Es importante tener presente que detrás de un dato, existen un sinfín de causas, sean estas psicológicas, médicas, económicas, religiosas, sociales, o aquellas que nos hablan de niveles de satisfacción afectiva, integración y cohesión social y tolerancia.

Según las proyecciones de la OMS para el año 2020 las cifras de muerte por suicidio habrán crecido a un millón y medio por año, hecho que nos llama a la reflexión colectiva. Es importante plantear en esta introducción que las estimaciones, en esta materia, sean a nivel nacional o mundial son por lo general a la baja, hecho alimentado entre otras causas por el subregistro médico².

La evolución de las tasas de suicidios de los últimos treinta años en Uruguay mostraron que; las tasas de suicidios de todos los grupos de edad crecen, las de suicidios de los jóvenes adultos son las que más crecen porcentualmente en comparación con los otros grupos de edad y que los adultos mayores presentan las tasas de suicidios más estables y altas con un crecimiento leve. (González, 2015)

De la evolución de la tasa de suicidios podríamos plantear su asociación con aspectos sociales, culturales, políticos y económicos con el fin de comprender su devenir hasta nuestros días. En el suicidio consumado los métodos de investigación posibles a utilizar son indirectos retrospectivos e inferenciales. Las fuentes posibles de investigación y estudio son las estadísticas oficiales, entrevistas a familiares, amigos y personas significativas del entorno del suicida y el análisis de las cartas y notas dejadas por las personas que se suicidaron.

El fenómeno del suicidio, definido como una conducta autolesiva, de carácter intencional y letal, es un fenómeno universal, que ha estado presente en todas las épocas históricas. Durkheim desde la sociología *“llama suicidio todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado”*. (Durkheim, 2004:11) En forma similar la Organización Mundial de la Salud unificó los criterios para su definición de modo que *“el suicidio es todo acto por el que el individuo se causa a sí mismo una lesión o daño, con un grado variable de intención de morir; cualquiera sea el grado de intención letal o de conocimiento del verdadero móvil”*. (Broke, 1976 en Ceballos- Espinosa,

¹ suicidioprevencion.cienciassociales.edu.uy

² Ver Informe final del Proyecto Semillero del Grupo de Comprensión y Prevención de conducta suicida 2015 EI UdelaR.

2013)

Cada grupo social responde hacia él de forma disímil según principios filosóficos, religiosos e intelectuales propios de cada cultura.

Por otro lado, a nuestro entender y como bien lo señalan algunos autores al reflexionar sobre el tema, se conjuga en el mismo momento socio cultural, otro fenómeno que nos ayuda a comprender la visión que pueden llegar tener las culturas y/o sociedades con respecto a este tema. En este sentido “... *los procesos culturales que llevaron a la progresiva y constante medicalización de la vida, y la marginación de la muerte – se expresa en cuatro prácticas sociales no siempre evidentes: la expropiación del proceso del morir, una radical escisión entre la vida y la muerte, la desacralización de la muerte y por último su negación....*” (Cohen, D. 2007)

El suicidio en el Uruguay y su evolución fue y es estudiado como un fenómeno con una alta predominancia cuantitativa. (Dajas, 2001; González, 2011; Vignolo, 2004; Robert, 1997). En los últimos años se ha evidenciado un conjunto importante de investigaciones, que plantean interpretaciones sociales y culturales con el fin de comprender su devenir. (Dajas, 1994, 1997; González, 2010, 2015; Filardo, Borrás, 2014; Hein, 2013, 2015) Esta tarea resulta un desafío a las interpretaciones desde las ciencias sociales y humanas dado que el suicidio es un tópico que ha sido poco estudiado por las mismas en el Uruguay.

Este artículo se desprende del estudio y exploración de la base de datos del Sistema de Gestión de Seguridad Pública (SGSP) del Ministerio del Interior para el departamento de Montevideo, en el período 2002 a 2014.

El SGSP³ es un sistema informático de gestión y servicios de información de seguridad pública a nivel nacional administrado por el Ministerio del Interior que tiene por objetivo:

1. Gestionar los recursos de información de Seguridad Pública a nivel nacional.
2. Gestionar trámites vinculados a la Seguridad Pública para todos los habitantes del país.
3. Generar los informes oficiales de Actuación de Seguridad Pública para el Poder Judicial.
4. Brindar información de personas, objetos y eventos de Seguridad Pública en reportes o mapa geográfico.

El análisis documental de registros de suicidios consumados en el SGSP se llevó a cabo en dos momentos, primero se realizó un análisis documental de los registros con el fin de extraer las variables que compondrán el banco de datos (sexo, edad, ocupación, lugar del hecho, barrio de residencia, método utilizado, estado civil, etc...). Los registros de suicidios detallan la actuación tanto de los policías recogiendo pruebas y testimonios, la acción de la policía científica (policía técnica), la participación del médico forense y por último la resolución del juez penal.

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

En esta dimensión de la estadística descriptiva, se trabajó con la distribución de frecuencias con el interés de conocer el comportamiento del fenómeno del suicidio en jóvenes en donde aparezcan

³http://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/1857/1/agesic/nueva_tecnologia:_sistema_de_gestion_de_seguridad_publica.html

referencias de que fueron usuarios problemáticos de drogas, analizando su ocurrencia para el período de 2002 a 2014.

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

De esta forma el artículo presentará una breve descripción del total de suicidios (2488 suicidios) para el período de tiempo analizado en Montevideo, después un análisis para el grupo de edad de jóvenes adultos (15 a 35 años), que hayan presentado ser usuarios problemáticos de drogas (175 suicidios).

Suicidios en Montevideo. 2002 – 2014.

La evolución del suicidio tiene la característica de ser un problema estructural en el Uruguay que responde a líneas de larga duración, dejando al descubierto los signos de una “sociedad anómica”. (González, 2010; 2015)

En el siguiente cuadro se puede observar que se analizaron 2488 novedades en donde 746 corresponden al grupo de edad de 15 a 35 años.

Cuadro 1. Suicidios. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
10 a 14	1	0	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1	0	15
15 a 35	61	46	47	58	52	57	60	57	73	55	64	57	59	746
36 a 59	83	59	60	63	64	69	79	70	79	69	81	62	76	914
59 y más	98	62	52	58	71	66	67	54	65	54	45	44	44	780
Sin dato	0	0	0	1	1	0	0	2	1	8	6	9	5	33
Total	243	167	160	181	190	193	207	185	219	189	197	173	184	2488

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

En el cuadro 2 se presenta un resumen del período, en donde se puede observar el promedio, mínimo, máximo y porcentaje del período analizado (2002 – 2014).

Del mismo puede observarse que el promedio de suicidios para el grupo de 10 a 14 años fue de 1 suicidio anual, en los años 2003 y 2014 no se registraron suicidios para este grupo de edad, dándose un máximo de 3 suicidios en el año 2011 representando proporcionalmente el 0,6% del total de suicidios del período.

El grupo de edad de 15 a 35 años presentó un promedio anual de 57 suicidios, con un mínimo de 46 en el año 2003 y un máximo de 73 en el 2010, siendo el 30% la proporción de suicidios del período.

El tercer grupo de edad (36 a 59 años) para los años relevados presentó un promedio anual de 70 suicidios, con un mínimo de 59 en el año 2003, un máximo de 83 en el 2002 y su peso para el período represento el 36,7%.

Para el último grupo de 59 y más años el promedio fue de 60 suicidios, con un mínimo de 44 en 2013 y 2014, un máximo de 98 en el 2002 y su peso fue de 31,4%.

Estas cifras muestran que cada 6 días se suicidó un joven adulto (15 a 35 años) y un mayor de 59 años en el período 2002 a 2014 y los adultos (36 a 59 años) cada 5 días presentaron un suicidio.

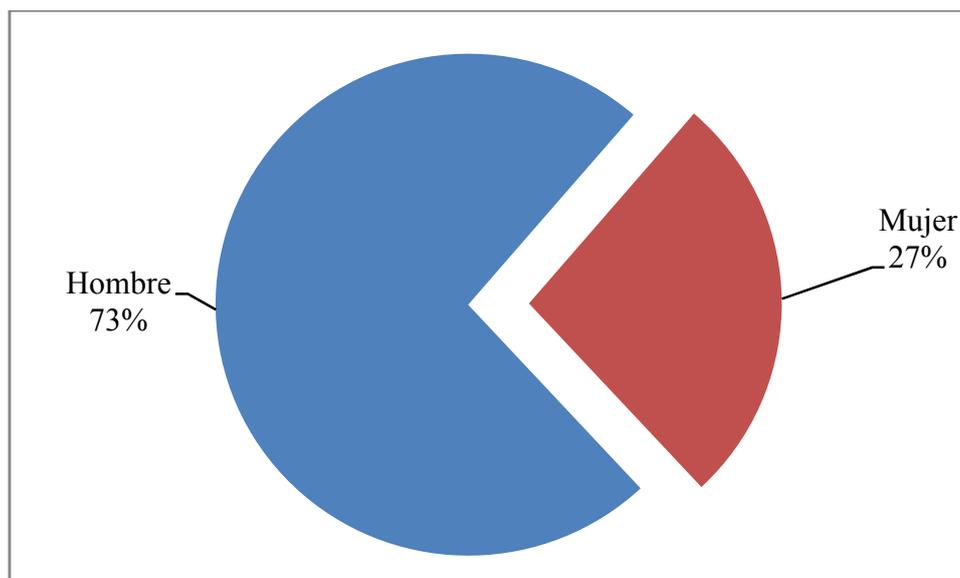
Cuadro 2. Suicidios. Montevideo. 2002 – 2014. Promedio, mínimo, máximo y porcentajes.

	Promedio	Mínimo	Máximo	Porcentaje
10 a 14	1	0	3	0,6
15 a 35	57	46	73	30,0
36 a 59	70	59	83	36,7
59 y más	60	44	98	31,4
Sin dato	3	0	9	1,3
Total	191	160	243	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Tal como aparece en diversos estudios e informes de investigación el suicidio consumado es un fenómeno típicamente masculino. (Dajas, 2001; Robett, 1997; Vignolo, 2004) El presente estudio que abarcó el período 2002 – 2014 para el departamento de Montevideo presentó un porcentaje del 73% del suicidio masculino frente al 27% del femenino. En valores absolutos representó 1823 casos masculinos frente a 665 casos femeninos. A diferencia con las tentativas de suicidio, que en su mayoría son realizadas por mujeres y las mismas en edades jóvenes.

Gráfica 1. Suicidios según sexo. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.



Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

En el cuadro 3 puede observarse que el método que predomina para el total de suicidios es el de ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación con un 46,4%, seguido de las armas de fuego en un 33,2%, en tercer lugar aparece el salto desde un lugar elevado en un 9,3% y las sustancias en cuarto lugar con un 5,1%.

En cuanto al método “armas de fuego”, se pueden observar las mismas características que las relevadas por González (2015) en donde aumentan su proporción a medida que aumenta la edad.

En los jóvenes adultos puede observarse como el método ahorcamiento está presente en el 65% de los suicidios. Sólo en el grupo de mayores de 60 años este método no se presenta como el principal, siendo las armas de fuego el principal método con un 44%.

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

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

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

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

Cuadro 3. Suicidios según grupos de edad y método. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos y porcentajes.

	Hasta 14	15 a 35	36 a 59	Mayor a 60	Sin dato	Total
Arma de fuego	53,3	22,4	32,1	44,0	42,4	33,2
Arma blanca	0,0	0,7	1,1	1,4	0	1,0
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	33,3	65,4	45,2	30,1	39,4	46,4
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	0,0	0,1	1,5	1,0	0	0,9
Ahogamiento y sumersión	0,0	0,3	0,9	1,4	0	0,8
Salto desde un lugar elevado	0,0	6,4	8,3	13,3	12,1	9,3
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	13,3	3,5	7,3	4,1	3	5,1
Otros métodos	0,0	0,7	3,0	4,0	0	2,5
Sin datos	0,0	0,5	0,7	0,6	3	0,6
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Como puede observarse en el cuadro 4 el 91,4% de los suicidios en donde se usó un arma de fuego (733 suicidios) la misma fue corta, frente a un 8,6% de las armas largas (69 suicidios). Cuando se desagrega por tipo de arma específica es el revólver (589 suicidios) con un 73,4% el arma que predomina, seguida de pistola (144 suicidios) en un 18% y en un 3,7 y 4,7 los rifles (30 suicidios) y escopetas (38 suicidios) respectivamente.

Cuadro 4. Suicidios según tipos de arma. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos y porcentajes.

	Cantidad	Porcentaje
Corta	733	91,4
Revolver	589	73,4
Pistola	144	18,0
Larga	69	8,6
Rifle	30	3,7
Escopeta	38	4,7
Otro	1	0,1
Total general	802	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Al estudiar el estado civil se puede observar que aparecen primero en proporción los casados o en unión de hecho (938 suicidios) con un 37,7, seguidos de los solteros (685 suicidios) con un 27,5%, en tercer lugar los divorciados (524 suicidios) con un 21% y por último los viudos (254 suicidios) con un 10,2%.

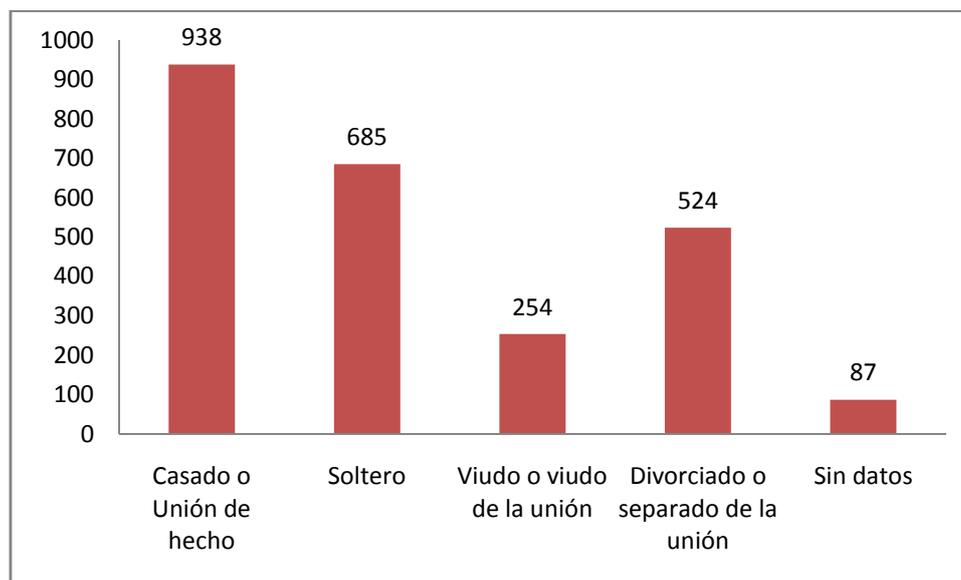
Cuadro 5. Suicidios según estado civil. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos y porcentajes

	Cantidad	Porcentaje
Casado o Unión de hecho	938	37,7
Soltero	685	27,5
Viudo o viudo de la unión	254	10,2
Divorciado o separado de la unión	524	21,0
Sin datos	87	3,5
Total general	2488	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

El gráfico 2 ratifica lo expresado en el cuadro 5, pudiéndose ver en valores absolutos que son los casados con 938 suicidios el estado que presenta la mayor frecuencia, seguido por los solteros con 685 suicidios, en tercer lugar los divorciados o separados de la unión con 524 suicidios, y en último lugar los viudos con 254 suicidios.

Gráfico 2. Suicidios según estado civil. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos.



Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Suicidios en los jóvenes adultos montevideanos. (15 a 35 años)⁴

Este grupo de edad es el que ha presentado el mayor crecimiento porcentual en los últimos años tal como se expresó. (González; Hein, 2015). El período de tiempo (2002 – 2014) que abarca el artículo comienza con una de las crisis socioeconómicas más importantes que haya sufrido el Uruguay desde comienzos del siglo XX hasta hoy, 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, culturales y sociales.

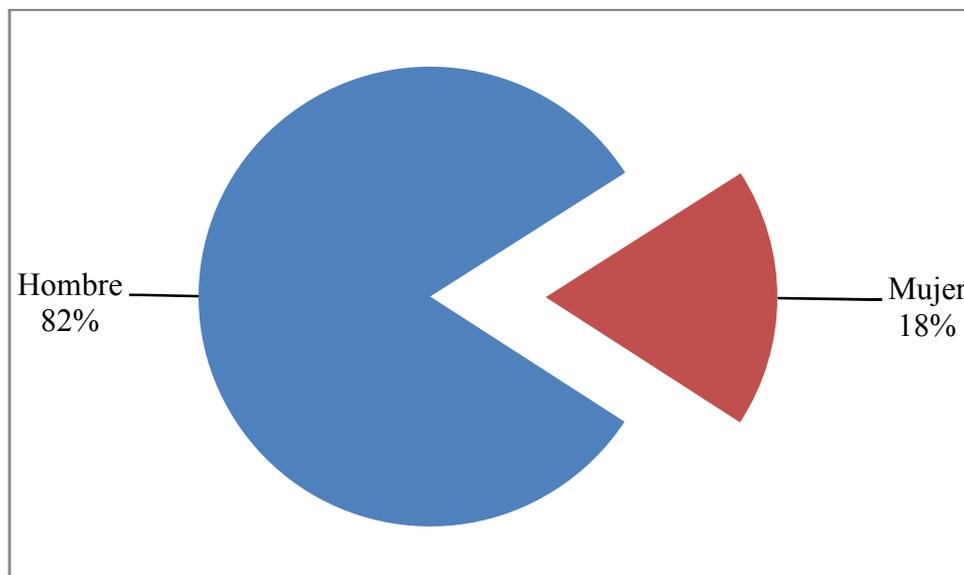
Estos años se caracterizan por la precariedad, inestabilidad y vulnerabilidad. En donde predomina en los individuos “*la experiencia combinada de inseguridad (de nuestra posición, de nuestros derechos y medios de subsistencia), de incertidumbre (de nuestra continuidad y futura estabilidad) y de desprotección (del propio cuerpo, del propio ser y de sus extensiones: posesiones, vecindario, comunidad).*” (Bauman, 2009, p.171).

En el siguiente gráfico puede observarse como la proporción de hombres es del 82% frente a las mujeres que representan el 18%. Al igual que para la población en general y como revela la literatura especializada existe en el suicidio consumado una predominancia masculina, que se acentúa para la población objeto de estudio. Recuérdese que en la población total de suicidios la

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

relación fue 73% para los hombres y del 27% para las mujeres. O sea que el suicidio en este rango de edad se encuentra fuertemente masculinizado, con respecto al total de suicidios.

Gráfico 3. Suicidios en jóvenes adultos según sexo. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.



Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Al analizar el método seleccionado por los jóvenes adultos se puede observar que el 65,4% de los mismos eligió el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, seguido por las armas de fuego con un 22,4%; en tercer lugar el salto de altura en un 6,4% y en cuarto lugar las sustancias (medicamentos, drogas, sedantes, etc..) con un 3,5%.

Al comparar con el total de la población se puede comprobar como los jóvenes adultos presentan un porcentaje mayor en el método ahorcamiento con un 65,4% frente a un 46,4% del total de suicidios. Disminuyendo la presencia de armas de fuego de 33,2% en el total de la población a 22,4% en los jóvenes adultos para Montevideo entre 2002 y 2014. O sea que 6 de cada diez jóvenes se ahorcan y 2 de cada 10 usan armas de fuego como método de consumar el suicidio.

Cuadro 6. Suicidios según método. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos y porcentajes.

	Cantidad	Porcentaje
Arma de fuego	167	22,4
Arma blanca	5	0,7
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	488	65,4
Envenenamiento, plaguicidas, sustancias biológicas	1	0,1
Ahogamiento y sumersión	2	0,3
Salto desde un lugar elevado	48	6,4
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc..)	26	3,5
Otros métodos	5	0,7
Sin datos	4	0,5
Total	746	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Al igual que para la totalidad de los suicidios del período en tipo de arma no varía sustancialmente, presentándose diferencias leves. La tendencia de los jóvenes adultos que eligen como método el uso de un arma de fuego es prácticamente idéntica a la totalidad de suicidios de Montevideo para el período analizado. Predominan las armas cortas (149 suicidios en jóvenes adultos) en un 93,1% frente a las largas (11 suicidios) en un 6,9%. Cuando se realiza una mayor desagregación los porcentajes son similares con pequeñas diferencias, en donde puede observarse que predomina el uso del revolver con un 71,9%, seguido de la pistola con un 21,3%, en las armas largas aparece la escopeta con un 4,4% y por último el rifle en un 2,5%.

Cuadro 7. Suicidios en jóvenes adultos según tipos de arma. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos y porcentajes.

	Cantidad	Porcentaje
Corta	149	93,1
Revolver	115	71,9
Pistola	34	21,3
Larga	11	6,9
Rifle	4	2,5
Escopeta	7	4,4
Total general	160	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Al analizar el estado civil en jóvenes adultos existe una predominancia de los solteros con un 58,8%, seguido de los casados con un 23,2%, en tercer lugar los divorciados con un 15,8% y en último lugar con prácticamente el 1% los viudos.

Es importante ver los aportes de la literatura en cuanto a las transiciones diferenciales a la adultez para poder pensar hipótesis explicativas que asocien los diferentes estados civiles con el suicidio⁵.

Daniel Ciganda (2008) incursiona sobre la transición de los jóvenes hacia la vida adulta mostrando cómo existen situaciones heterogéneas y sus posibles explicaciones y consecuencias. Una posible síntesis de lo expuesto tanto por Filgueira (2002) como por Ciganda (2008) podría resumirse en que las clases populares realizan una transición temprana hacia la adultez y por lo tanto hipotecan activos y recursos para su futuro y en consecuencia quedan expuestos a las diversas dimensiones de precariedad. (González, 2010, 2015)

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

Al comparar con la totalidad de los suicidios se puede observar como los solteros jóvenes adultos (58,8%) aparecen con un porcentaje importante en comparación con la totalidad (28,8%), los casados o en unión de hecho bajan de 37,7% en la totalidad a 23,2% en los jóvenes adultos.

⁵ Los trabajos de Carlos Filgueira (2002) y más recientemente de Daniel Ciganda (2008) resultan muy enriquecedores al momento de pensar las diferentes transiciones a la adultez asociándolo con el suicidio.

El estado civil de viudo para el total de suicidios cae en forma importante, como era de esperar, pasando de un 10,2% a prácticamente 1% en los jóvenes adultos. Por último los divorciados también presentan una proporción menor comparándolos con la población, siendo de 15,8% en los jóvenes adultos frente a un 21,1% en la población.

Al discriminar por sexo encontramos que tanto en hombres como en mujeres la situación que predomina es el de estar solteros en un 60,8% y en menor proporción las mujeres con un 50% pero igualmente siendo la situación civil que predomina.

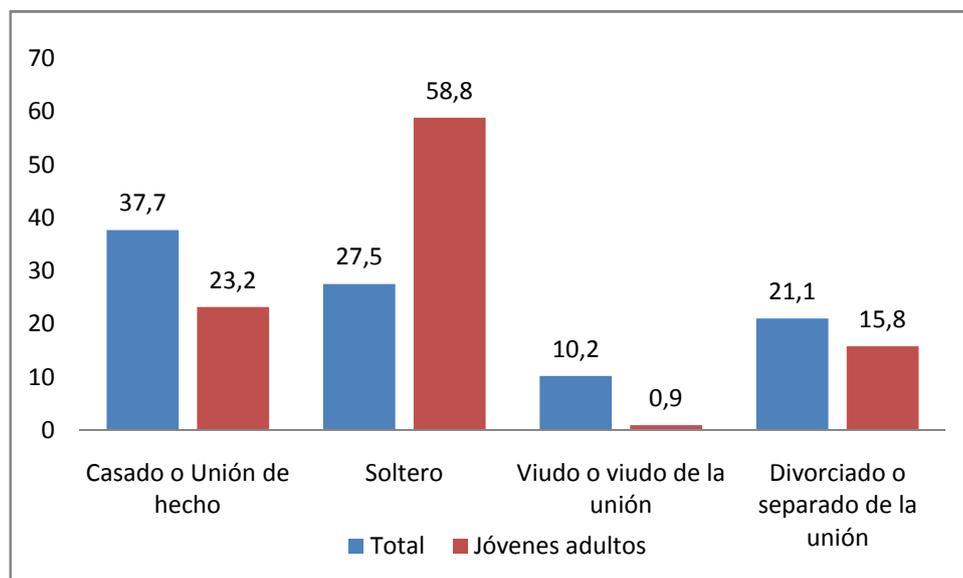
En segundo lugar aparece el estar casado o en unión de hecho con un 21,6 de los hombres frente al 30,1% de las mujeres. La tercer situación civil que se observa es la de divorciado o separado con proporciones similares de un 16,1% para los hombres y un 14,7% para las mujeres; en último lugar aparece la situación de viudo en donde las mujeres muestran un porcentaje levemente mayor al de los hombres con un 2,9% frente al 0,5%.

Cuadro 8. Suicidios en jóvenes adultos según estado civil y sexo. Montevideo. 2002 – 2014.
 Valores absolutos y porcentajes

	Hombre	Mujer	Total
Casado o Unión de hecho	21,6	30,1	23,2
Soltero	60,8	50,0	58,8
Viudo o viudo de la unión	0,5	2,9	0,9
Divorciado o separado de la unión	16,1	14,7	15,8
Sin datos	1,0	2,2	1,2
Total general	100	100	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Gráfico 4. Total de suicidios y en jóvenes adultos según estado civil. Montevideo. 2002 – 2014.
 Porcentajes.



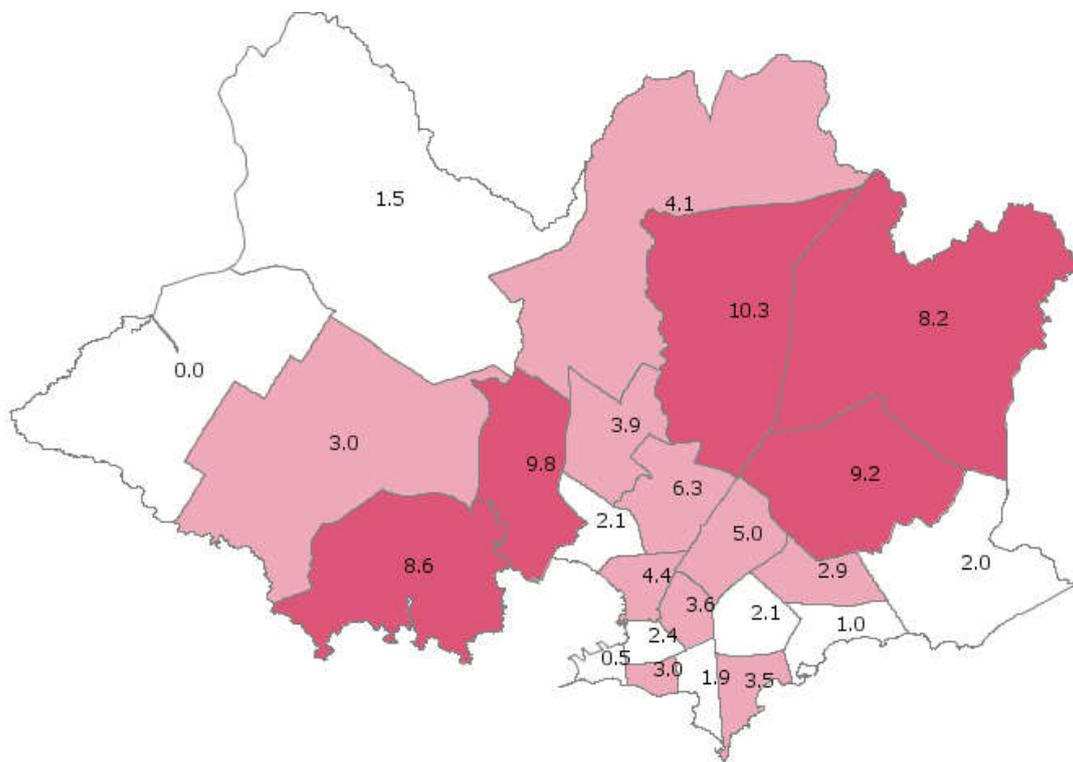
Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

En el mapa 1 puede observarse tres agrupaciones según el porcentaje que representa el total de suicidios de jóvenes adultos según las seccionales policiales.

De esta forma son las seccionales policiales N° 16, 17, 18, 19 y 24, las que presentan el mayor peso de los suicidios en jóvenes adultos en Montevideo. En el anexo pueden observarse los barrios que comprenden las seccionales en donde aparecen los mayores porcentajes de suicidios.

En concordancia con González (2015) en cuanto a que“(…) *la presencia de dimensiones de la Precariedad Vital en los casos de suicidio investigados, se puede destacar que son los hombres pertenecientes a los estratos socioeconómicos “muy bajos” y “bajos” las principales víctimas ante la precariedad económica objetiva tanto como subjetiva. Estos hombres estarían interpelados bajo los mandatos o moralidades del “consumo” y la “provisión”. De esta forma, la dimensión socioeconómica expresa una asociación bastante clara con los hombres, en donde la relación se da que a mejor situación socioeconómica menor la tasa de suicidios. Tal como planteamos la situación tanto objetiva como subjetiva de privación genera un agravio hacia los hombres, especialmente jóvenes montevideanos. A pesar de mejorar los distintos indicadores socioeconómicos desde 2004 hasta hoy en día las tasas no descienden y las mismas crecen. Retomando la idea de privación relativa nos resulta que serían estos jóvenes de sectores pobres o muy pobres (los perdedores del sistema) que presionados por la moralidad de la provisión o del consumo al compararse con otros sectores de la sociedad sufrirían su mayor frustración al no cumplir con estos imperativos. Nos hemos transformado según Bayce en psicoculturalmente pobres.*” (González, Víctor. 2015)

Mapa 1. Total de suicidios en jóvenes adultos. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.



Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Suicidios en jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas.

En primer lugar resulta necesario definir qué se entiende como usuario problemático de drogas. De

esta forma se considera problemático el uso de drogas cuando una persona afecta negativamente -en forma ocasional o crónica- a una o más áreas de su persona, a saber: su salud física o mental; sus relaciones sociales primarias (familia, pareja, amigos); sus relaciones sociales secundarias (trabajo, estudio); sus relaciones con la ley.

Para Montevideo en el período 2002 a 2014 se halló que el 8,6% de los suicidas eran consumidores problemáticos de drogas. En los 2488 casos de suicidios registrados 215 presentaron un uso problemático. La mayor cantidad de usuarios problemáticos se concentró en el grupo de edad de 15 a 35 años con 175 casos, seguido del grupo de edad de 36 a 59 años.

Para este artículo se hará foco en el grupo de usuarios problemáticos de drogas que presentaron la edad de 15 a 35 años representando el 81,4% (175 casos) y el grupo de 36 a 59 años un 18,1% (39 casos).

Cuadro 9. Suicidios según grupos de edad y usuarios problemáticos de drogas. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos.

	No usuarios	Si usuarios	Total
Hasta 14 años	15	0	15
15 a 35 años	571	175	746
36 a 59 años	875	39	914
Mayor a 60 años	780	0	780
Sin dato	32	1	33
Total general	2273	215	2488

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Se puede constatar que en un alto porcentaje de los suicidios de personas menores de 35 años hay una porción importante de usuarios de drogas (23,5% presentó un uso problemático de drogas en los suicidas menores de 35 años, especialmente pasta base de cocaína; de igual forma, se detecta un aumento en la tasa de suicidios de jóvenes en el país (171% y 107,9 en jóvenes de 15 a 24 y de 25 a 34 años del 1983-1987 comparado con 2008-2010, siendo de un 117,7% el crecimiento de la tasa global), lo cual impacta en la tasa total de suicidios. (González, Víctor. 2015:62). El otro grupo de edad que presenta usuarios problemáticos es el de 36 a 59 años con un porcentaje del 4,3%.

Cuadro 10. Suicidios según grupos de edad y usuarios problemáticos de drogas. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.

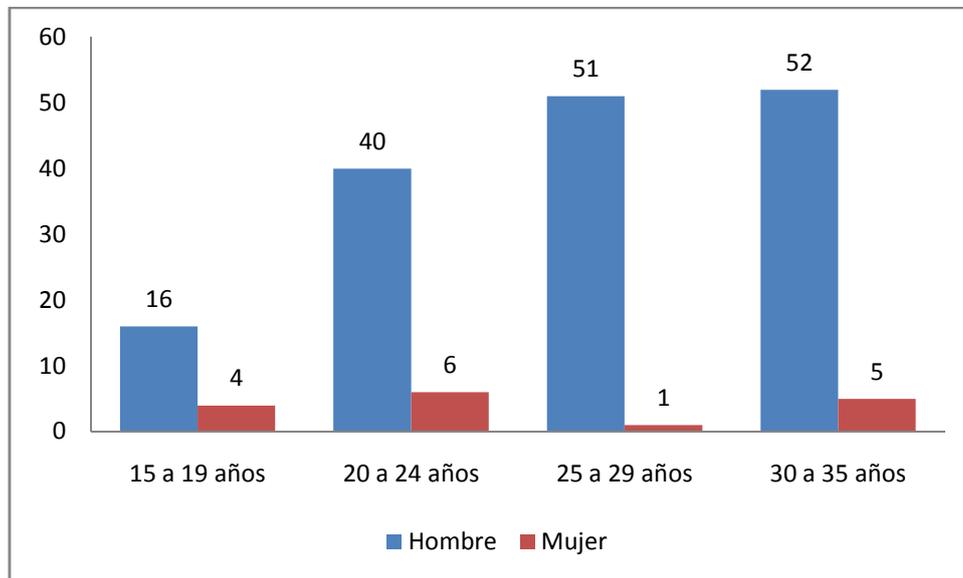
	No usuarios	Si usuarios	Total
Hasta 14 años	100	0	100
15 a 35 años	76,5	23,5	100
36 a 59 años	95,7	4,3	100
Mayor a 60 años	100,0	0,0	100
Sin dato	97,0	3,0	100
Total general	91,4	8,6	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

En el gráfico 5 se puede apreciar una fuerte masculinización de los suicidios en usuarios problemáticos de drogas dándose en el grupo más joven la cantidad de 16 suicidios masculinos frente a 4 de mujeres. Al pasar al siguiente grupo de edad (20 a 24 años) los suicidios se multiplican en los hombres pasando a 40, en el tercer grupo de 25 a 29 años vuelve a crecer a 51 suicidios masculinos para en el grupo de edad de 30 a 35 años aumentar a 52.

El comportamiento de las mujeres presenta cantidades inferiores en comparación con los hombres oscilando en un rango de 1 a 6 suicidios según el grupo de edad.

Gráfico 5. Suicidios de jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas según grupos de edad. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos.



Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Es de resaltar que en su mayoría los usuarios problemáticos de drogas son usuarios de pasta base de cocaína. De estos usuarios de drogas un porcentaje importante presentó en la novedad policial la referencia a que eran usuarios de PBC, “*respecto al perfil de los consumidores de pasta base, se encuentra que ocho de cada diez son hombres, tres de cada cuatro son menores de treinta años y siete de cada diez residen en la capital del país. En lo que refiere a las pautas de consumo, se observa que prácticamente la totalidad son poli consumidores y la mayoría inicia el consumo con otras sustancias*”. (Rossal, Suárez, 2014.p. 16)

Por lo tanto, a la profunda crisis socioeconómica sufrida en 2002 se le suma el consumo de pasta base de cocaína, constituyéndose en un serio problema en el Uruguay desde el año 2002 —cuando aparece marcadamente asociado a la crisis económica que transcurre ese año en nuestro país— aunque su presencia en la región es previa: fueron países como Chile y Perú los primeros en registrar este consumo ya hace más de treinta años.

Su silenciosa y rápida penetración en Uruguay hizo que los clínicos se enfrentaran a una nueva situación de diagnóstico, con la consecuente aparición de varias incógnitas acerca de la sustancia, entre ellas el desconocimiento de las acciones farmacológicas sobre el sistema nervioso central, a la vez que involucró a los consumidores en una situación sanitaria de alto riesgo que las instituciones no estaban preparadas para enfrentar. (Rossal, Suárez, 2014)

En uno de los primeros estudios sobre el uso de pasta base de cocaína en el país (Pascale, A. Negrín, A. y Laborde, A. 2010) se detectó la importancia, más de un 17 %, de los intentos de suicidio como factor de consulta en el Sistema de Salud.

En el prefacio de Fisuras (2014) se expresa que: “(...) una sociedad consumista e inmediateísta ofrece también las sustancias que mejoran e incrementan las posibilidades de esta lógica hedonista.

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

En el cuadro 11 y gráfico 6 puede observarse claramente como el uso problemático de drogas aparece como una conducta típicamente masculina, en donde una mayoritaria proporción es de hombres (90,9%) en comparación a las mujeres (9,1%). Estos datos nos permiten poder afirmar en la necesidad de un cambio cultural en donde se puedan construir nuevas formas de ser hombre y ser joven en nuestra sociedad.

En valores absolutos surgen de las novedades analizadas del SGSP que los hombres usuarios problemáticos de drogas fueron 159 frente a 16 mujeres entre 15 y 35 años de edad para el período 2002 a 2014 en la ciudad de Montevideo.

Cuadro 11. Suicidios de jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas según sexo. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos y porcentajes.

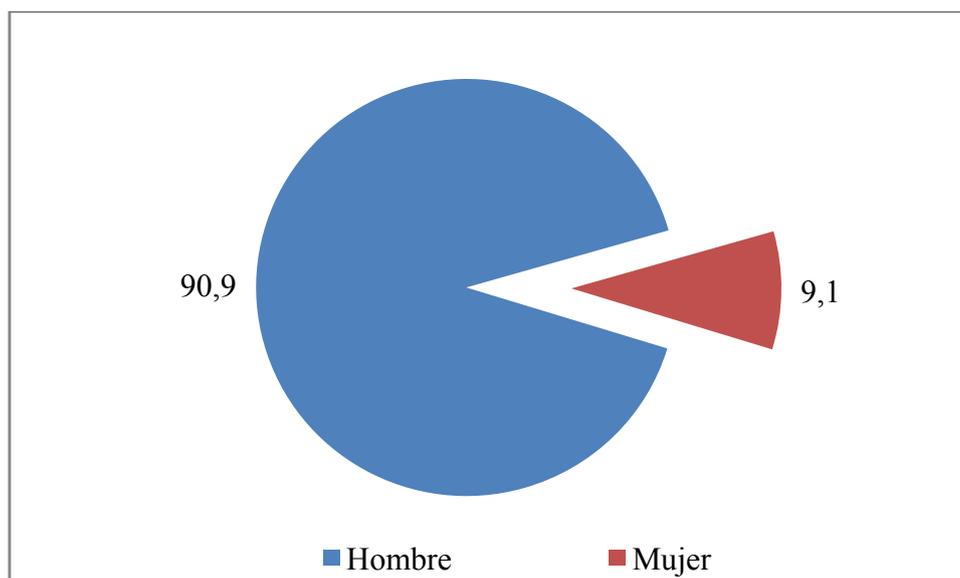
	Cantidad	Porcentaje
Hombre	159	90,9
Mujer	16	9,1
Total	175	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

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)

Por lo tanto, y considerando “la bibliografía internacional como en la nacional consultada, las variables de consumo de sustancias psicoactivas y los IAE son citados como elementos considerados relevantes a la predisposición de conductas auto y heteroagresivas. Varios de los trabajos destacan que los sujetos consumidores conforman una población de riesgo.”(Larrobla, C. Pouy; 2007)

Gráfico 6. Suicidios de jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas según sexo. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.



Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

En el siguiente cuadro puede observarse como crece el porcentaje de hombres usuarios problemáticos de drogas a medida que pasamos de un grupo de edad a otro. En donde los hombres de 15 a 19 años presentan un porcentaje del 10,1%, para pasar a 25,2% en el grupo de 20 a 24 años y estabilizarse en un 32% en los dos grupos de edad siguientes. Para las mujeres debido a la pequeña cantidad de casos (16) se dificulta el poder realizar conclusiones basándonos en estos porcentajes.

Cuadro 12. . Suicidios de jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas según sexo y grupos de edad. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
15 a 19 años	10,1	25,0	11,4
20 a 24 años	25,2	37,5	26,3
25 a 29 años	32,1	6,3	29,7
30 a 35 años	32,7	31,3	32,6
Total	100	100	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

En el cuadro 13 puede observarse como ya se ha podido apreciar en cuadros anteriores como el fenómeno del suicidio en usuarios problemáticos de drogas está fuertemente masculinizado, siendo para el grupo de edad de 15 a 35 años del 90,9% hombres.

Al desagregar dentro de los jóvenes adultos en grupos de edad encontramos que el grupo de 25 a 29 años se presenta prácticamente en su mayoría de hombres, con un 98,1%. Seguido del grupo de 30 a 35 años de edad en un 91,2% de hombres, seguido del grupo de 20 a 24 años con 87% y por último el grupo de los más jóvenes de 15 a 19 años en donde la proporción de las mujeres alcanza su máximo con un 20% frente al 80% de los hombres.

Cuadro 13. . Suicidios de jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas según sexo y grupos de edad. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.

	Hombre	Mujer	Total
15 a 19 años	80,0	20,0	100
20 a 24 años	87,0	13,0	100
25 a 29 años	98,1	1,9	100
30 a 35 años	91,2	8,8	100
Total	90,9	9,1	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Fraiman y Rossal (2009) encontraron en su trabajo etnográfico que:

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

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

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

Se ha asociado el aumento de los delitos en el país al impacto del uso de la pasta base de cocaína entre jóvenes pobres, pero en verdad esto no puede afirmarse con claridad, lo que sí puede afirmarse es que el mercado de la pasta base de cocaína (Rossal, M. 2013), al igual que el del crack en otras partes (Bourgois, Ph. 2010), ha significado un aumento de la violencia, especialmente contra los propios usuarios (Rossal, M. y Suárez, H. 2014).

Analizando los métodos, en el siguiente cuadro puede observarse claramente como el ahorcamiento representa el 83,4% para el total de suicidios en jóvenes adultos usuarios de drogas. Cuando se observa por este indicador por grupo de edades más reducidas, aparece que en los más jóvenes (15 a 19 años) el ahorcamiento representa el 70%, seguido de las armas de fuego en un 25% y por último los saltos desde un lugar elevado en un 5%.

En el siguiente grupo el ahorcamiento aumenta en su proporción llegando a representar el 85% prácticamente, pero surge la novedad que cae el método arma de fuego y presenta porcentajes similares a salto desde un lugar elevado y el uso de sustancias, con un 6,5%, y 4,3% respectivamente.

En el grupo de 25 a 29 años nuevamente crece la proporción del ahorcamiento llegando al 94,2% y disminuye pasando al tercer lugar las armas de fuego con un 1,9%, y el salto desde lugar elevado llega al 3,8%.

En el último grupo de edad (30 a 35 años) disminuye la proporción de ahorcamientos (77,2%), vuelve a situarse en segundo lugar el arma de fuego (12,3%), en tercer lugar el salto desde un lugar elevado con un 7% y por último el uso de sustancias en un 1,8%. Estas variaciones señaladas

pueden obedecer al escaso número de casos en cada celda, hecho que determina que a pequeñas variaciones represente porcentajes importantes.

Cuadro 13. Suicidios de jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas según grupos de edad y método. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.

	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 35 años	Total
Arma de fuego	25,0	6,5	1,9	12,3	9,1
Ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación	70,0	84,8	94,2	77,2	83,4
Salto desde un lugar elevado	5,0	4,3	3,8	7,0	5,1
Sustancias (Medicamentos, Drogas, Sedantes, etc.)	0,0	4,3	0,0	1,8	1,7
Sin datos	0,0	0,0	0,0	1,8	0,6
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

En el siguiente cuadro puede observarse como tanto para hombres como para mujeres la situación civil que predomina, como era de esperar, es el de solteros, con un 66,7% y 62,5% hombres y mujeres respectivamente.

Las mujeres presentan después la situación de casadas o en unión de hecho con un 31,3% frente a los hombres con un 17,6%.

En cuanto a la situación de divorciado o separado de la unión los hombres presentan un mayor porcentaje con un 15,1% frente a un 6,3% de las mujeres.

Cuadro 14. Suicidios de jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas según sexo y estado civil. Montevideo. 2002 – 2014. Valores absolutos.

	Hombres	Mujeres	Total
Casado o Unión de hecho	17,6	31,3	18,9
Soltero	66,7	62,5	66,3
Viudo o Viudo de la unión	0,0	0,0	0,0
Divorciado o separado de la unión	15,1	6,3	14,3
Sin Datos	0,6	0,0	0,6
Total	100	100	100

Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

La precariedad explota a nuestra vista con respecto a los usuarios problemáticos de PBC, en donde *“Hurgar en la basura en busca de alimentos y objetos para reciclar, cuidar coches de manera fija o temporal, realizar «changas» a conocidos del barrio, cometer delitos contra la propiedad o ejercer la prostitución forman parte de los distintos modos cotidianos de subsistencia de muchos de los consumidores de pasta base de cocaína.*

Estando en situaciones problemáticas de consumo de pbc, los usuarios suelen pasar buena parte del tiempo procurando, es decir, recorriendo distintos lugares buscando la manera de conseguir la droga. Viviendo en la calle muchos de ellos se rebuscan volqueteando, hurgando en contenedores de basura en búsqueda de alimento y objetos que puedan vender, principalmente botellas de

plástico y metales, lo que supone amplios recorridos por distintos espacios de la ciudad". (Rossal, Suárez, 2014.p.105).

En el gráfico 7 pueden verse ciertas situaciones específicas como ser el estar en situación de calle, el haber dejado una carta o nota suicida, el tener avisos previos de autoeliminación, los IAE y por último la situación de vivir solo.

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

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

En los jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas sólo los varones presentaron la situación de estar en situación de calle, representando en los mismos el 4,4%.

El haber dejado una nota suicida presentó una mayor proporción entre las mujeres con un 37,5% frente a los varones que esta situación representó el 15,1%. Los avisos previos emitidos de la intención de auto eliminarse, que no constituyen un IAE propiamente dicho, en las mujeres tuvo una proporción del 37,5% frente al 22,6% de los hombres.

Los IAE, estos encierran situaciones o acciones más determinadas o intencionadas frente a los avisos previos, mostraron un porcentaje del 31,25% para las mujeres frente a un 24,5% para los hombres.

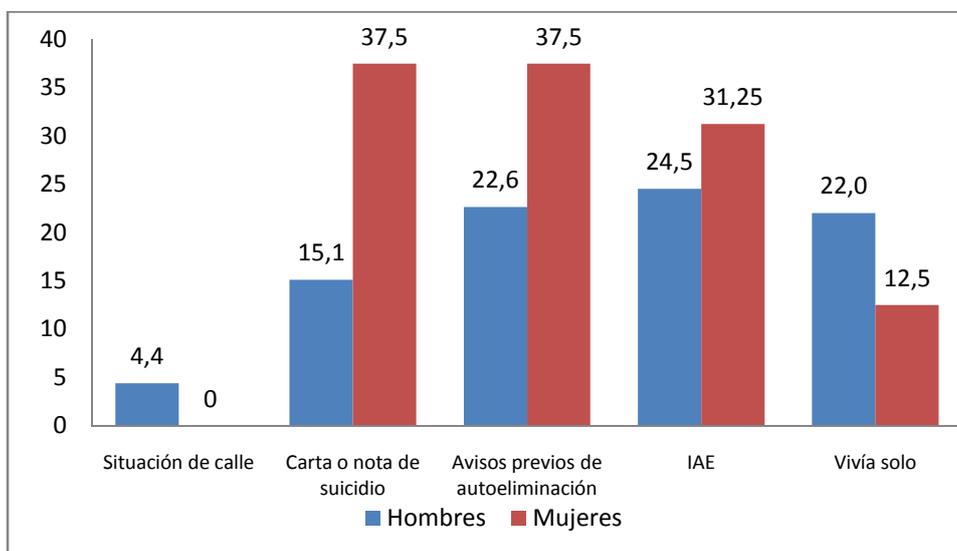
"(...) el consumo de pasta base es vivenciado siempre como problemático, aun en estos contextos (y en los propios usuarios); se consideran como devastadoras las consecuencias de este consumo que, según sus propios testimonios, destruye al individuo, a la familia y a todo su entorno inmediato, lo que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

Por último la situación de vivir solo para los hombres fue del 22% frente al 12,5% de las mujeres.

En los usuarios problemáticos de drogas y en especial los usuarios de pasta base de cocaína "*los aspectos psicológicos y las condiciones de salud en general, ya afectados por el consumo problemático de sustancias psicoactivas, refuerzan una situación de marginalidad y de profunda debilidad cuando la posición social del sujeto, previa al consumo, ya muestra aspectos de vulnerabilidad*". (Rossal, Suárez, 2014.p. 16)

Todas estas situaciones son consideradas como factores de riesgo a tener en cuenta ya que están altamente asociadas algunas de ellas con los suicidios consumados.

Gráfico 7. Suicidios de jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas según sexo y situaciones específicas. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.

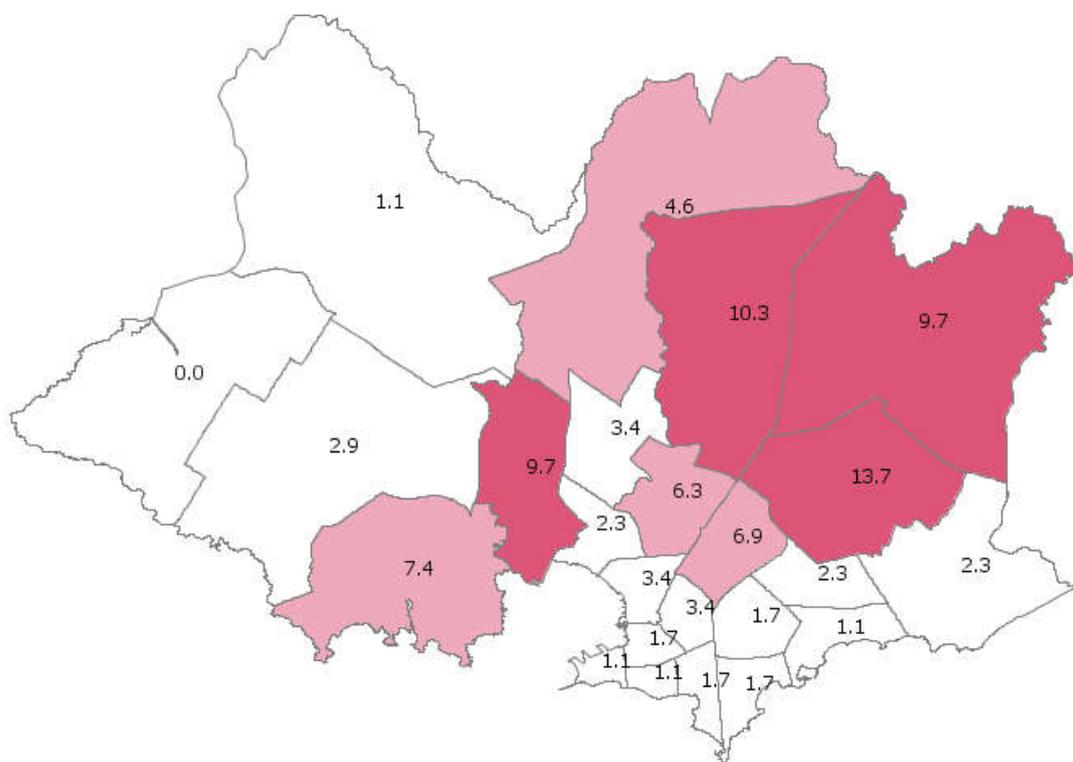


Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

Ante la ausencia de reconocimiento social, es en el “pegue” del PBC donde procuran un refugio provisorio, una fuga de la realidad, del contexto estigmatizante de su mundo de vida y la precariedad diaria. Mientras que las condiciones de vida reproducen, radicalizándola, la desigualdad social. (Rossal, Suárez, 2014).

Por último en el mapa 2, al igual que para la totalidad de suicidios de jóvenes en los usuarios problemáticos de drogas son prácticamente las mismas seccionales.

Mapa 2. Suicidios en jóvenes adultos usuarios problemáticos de drogas. Montevideo. 2002 – 2014. Porcentajes.



Fuente: Ministerio del Interior. Elaboración Grupo de Prevención y Comprensión de conducta suicida.

De todos modos, la percepción de que los usuarios de pasta base de cocaína atentarían contra la “sociedad” es parte de un extendido discurso social. Sin embargo, lo que podemos apreciar en los distintos estudios, es que son estos usuarios de pasta base de cocaína víctimas sistémicas de distintas violencias y penurias, incluidas la precariedad vital más total expresada en el suicidio.

Breves conclusiones

Como es sabido, el suicidio es uno de los pocos temas nacionales, en los cuales existe un velo que lo transforma en tema tabú y que “solo” es plausible de ser interpretado desde y para las ciencias médicas. Este hecho es socialmente construido, aceptado y por ende legitimado, y pasa a constituir el sentido común. Por otro lado y en forma paralela ciertos poderes visibles e invisibles toman para sí el tema, desestimando sus connotaciones sociales y culturales, más allá de la distribución de los métodos y la participación por sexos. Estos hechos no hacen más que; primero, continuar con las políticas homogéneas y estructuradas en visiones clínicas y en segundo lugar, justificar la elevada tasa que registra nuestro país, tanto para el contexto latinoamericano, como para el nivel mundial. El tema usuarios de sustancias, juventud y suicidio, no es más que otra de las aristas “limadas” o ocultas, con este gran velo social. Nos alarmamos cuando en Singapur se registra el suicidio de un joven menor a 10 años, o cuando las tasas se elevan en Groenlandia, pero seguimos con oídos sordos y ojos cerrados a nuestra realidad cotidiana.

El artículo introduce una mirada rápida y descriptiva de dicho problema. En primera instancia se plantea una necesaria contextualización del tema, tanto para nuestra región, como en nuestro país. Luego se analiza y describe, mediante los datos aportados por el SGSP, para Montevideo en un período concreto y por último se introduce la descripción para la franja etaria definida como joven adulto.

Por otro lado se describe y plantea mediante una georeferenciación de Montevideo, que el uso de sustancias y suicidios, tienen una distribución espacial homogénea, ya que se sitúa con mayores porcentajes, en las secciones policiales que presentan índices de desarrollo humano más crítico, niveles de pobreza importantes y por ende desestructuración social, económica y cultural, con pérdidas de identidad y anclaje individuales y colectivos.

Estos niveles críticos de pobreza y marginación conllevan necesariamente a procesos de ruptura y pérdidas de identidad, que nuestra sociedad no percibe (o no quiere percibir) etiquetando y estigmatizando a los jóvenes entre problemas psicológicos y psiquiátricos.

Hoy nuestras ciencias sociales tienen motivos y teorías de sobras para reenfocar el tema y trascender desde el tema netamente médico-clínico a un tema social cultural e integrarlo a nuestra agenda de temas nacionales. Nuestra sociedad se alarma, por un día, no más, ante el hecho de una anciana que salta al vacío. Se hace fértil el video en las redes sociales, se reflexiona en los medios de comunicación se banaliza el hecho, se reflexiona sobre las causas psicológicas o psiquiátricas y se excusa en ellas, para así sentirse, en parte libre de culpas, para luego volver a la normalidad, el estado social de silencio vedado.

El artículo, no plantea o hipotetiza cuales o que vínculos sociales, culturales, económicos se rompieron o fragmentaron en este grupo para desencadenar el suicidio. Deja un manto de duda y una puerta entreabierta para posteriores reflexiones o trabajos, que sin lugar dudas, deberá afrontar la academia y la sociedad toda.

Lo que el lector encuentra, es tan solo datos e hipótesis ocultas, que no emergerán hasta encontrar un campo efectivo y fértil de teorías sociales y culturales en el cual el tema deje o comience a abandonar el enfoque terapéutico y psiquiátrico (modelo dominador desde la década de los 50 en

nuestro país) y se comiencen a reconstruir el telar, para volver a tejer las “explicaciones” o “comprensiones”, sociales y culturales que hace 119 años, tejió minuciosamente aquel sociólogo francés.

Como se plantea en texto de Serge Paugam, los conceptos y estructuración teórica que encierra la sociología de los vínculos sociales, al plantear entre otras cuestiones, los procesos de rupturas sociales que pueden y deben ser entendidas como procesos o trayectorias biográficas*Pero dado que los vínculos pueden romperse y se entrecruzan de manera específica en cada persona (Simmel, 1908), se puede analizar, a partir de trayectorias biográficas, el riesgo de que una ruptura genere otra, como cuando un hilo suelto lleva a un deterioro irremediable del tejido. Se pueden distinguir dos tipos de rupturas acumulativas: el aprendizaje fallido y la degradación estatutaria. El primero remite a los casos de individuos que han conocido desde su infancia numerosas dificultades ligadas a la pobreza o a las carencias de su entorno familiar y social y para los que la vida no ha sido sino una sucesión de rupturas. El segundo corresponde, por el contrario, a casos de hombres y mujeres golpeados en un momento de su vida por una prueba que les ha precipitado a una espiral de fracasos y de ruptura de vínculos sociales. Pero, al final de esta discusión, parece sobre todo posible afirmar que si la noción de exclusión conoce desde los años noventa tal éxito en las sociedades modernas es, en gran parte, porque los dos fundamentos de los vínculos sociales que son la protección y el reconocimiento se encuentran hoy a la vez fragilizados de manera global y amenazados, incluso cuestionados constantemente, por parte de importantes sectores de la población (Paugum S 2012).*

Es así que bien podría llegar a hipotetizarse, que estos jóvenes montevideanos nos interrogan sobre qué protección y reconocimiento social les estamos brindado como sociedad toda, más allá de políticas sanitarias sobre los temas de uso de sustancias y suicidio. Los datos son poco alentadores para seguir pensando, desarrollando y apoyando políticas homogéneas y con un fuerte énfasis en determinantes clínicas. Es hora de pensar, de repensar (y de escuchar) a aquel sociólogo francés que nos indicaba y describía que en el suicidio, existe una sociedad que “empuja” o frena a cometer determinados hechos (que se presentan como individuales. En definitiva el suicidio fue, es y será un hecho individual pero factible de ser interpretado como colectivo.

Para culminar citemos a Paugam cuando nos escribe *La fragilidad de los vínculos sociales se sostiene esencialmente en el riesgo, hoy nada despreciable, de que esos vínculos se rompan. Estudiar el vínculo social implica entonces analizar no ya sólo la multiplicidad y la intensidad de los vínculos sociales, sino también sus fragilidades, en el sentido de sus eventuales rupturas. La fragilidad de los vínculos sociales remite a las dos fuentes del vínculo social, la protección y el reconocimiento (Paugum S 2012).*

Bibliografía.

Bauman, Zygmunt. Modernidad líquida. Fondo de Cultura Económica. Bs.As. Argentina. 2009.

Ceballos-Espinoza. F. El suicidio en Chile: Una aproximación al perfil suicida a partir del análisis de notas suicidas. Estudios policiales, vol. 10. Núm. 1, 20013, pp. 77-92. 2013.

Ciganda, Daniel. 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). Montevideo. Uruguay. 2008.

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

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

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

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

Durkheim, Emile. El suicidio. Ediciones Libertador. 1ª.ed. Bs. As. Argentina. 2004.

Filardo, Verónica; Borrás, Víctor. Conductas suicidas y salud mental en adolescentes y jóvenes del Uruguay. En el Uruguay desde la Sociología XIII. Departamento de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. 2014.

Filgueira, Carlos. 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. Uruguay. 2002.

González, Víctor Hugo. Ni siquiera las Flores: El suicidio en el Uruguay. Monografía de grado. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay. 2010.

González, Víctor Hugo. Historia y suicidio en el Uruguay. Revista Encuentros Uruguayos. Volumen V, Número 1, Diciembre 2012, pp. 57-73. 2011.

González, Víctor Hugo. Suicidio y precariedad en el Uruguay. En Uruguay. Inseguridad, Delito y Estado. Paternain, Rafael; Rico, Álvaro. (Coordinadores). (pp.230-242).Trilce. Montevideo. Uruguay. 2012.

González, Víctor Hugo. Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002 – 2010. Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay. 2015.

Hein, Pablo; González, Víctor Hugo. Las grietas en el muro: Suicidio en Uruguay. En Derechos Humanos en el Uruguay. Informe 2015. Servicio Paz y Justicia. Uruguay. 2015.

IELSUR- Observatorio de impacto de armas de fuego en la vida cotidiana. Instituto de Estudios Legales y Sociales del Uruguay. 20013.

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

Paugam, S., 2012, “Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales”, en Papeles del CEIC, vol. 2012/2, nº 82, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco, <http://www.identidadcolectiva.es/pdf/82.pdf>

Pascale, A, Negrín, A y Laborde, A., (2010) Pasta base de cocaína: experienciadel Centro de Información y Asesoramiento Toxicológico. Adicciones, vol. 22,núm. 3, 2010, pp. 227-231.

Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122897006>

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

Rossal, Marcelo; Suárez, Héctor. (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. Montevideo. Uruguay. 2014.

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

Anexo

Seccional 16^a: Bañados de Carrasco, Castro, P. Castellanos, Flor de Maroñas, Ituzaingo, Jardines
del Hipódromo, Las Acacias, Las Canteras, Maroñas, Parque Guaraní, Unión, Villa Española.

Seccional 17^a: Casavalle, Colon Sureste, Abayuba, Jardines del Hipódromo, Las Acacias, Manga,
Manga, Toledo Chico, Peñarol, Lavalleja, Piedras Blancas.

Seccional 18^a: Bañados de Carrasco, Jardines del Hipódromo, Las Acacias, Manga, Manga, Toledo
Chico, Piedras Blancas, Pta. Rieles, Bella Italia, Villa García, Manga Rural.

Seccional 19^a: Belvedere, Cerro, Colon Centro y Noroeste, Conciliación, La Paloma, Tomkinson,
La Teja, Lezica, Melilla, Nuevo Paris, Paso de la Arena, Prado, Nueva Savona, Sayago, Tres
Ombúes, Victoria.

Seccional 24^a: Casabo, Pajas Blancas, Cerro, La Paloma, Tomkinson, La Teja, Nuevo Paris, Tres
Ombúes, Victoria