



Tipo de documento: Tesis de Doctorado

Título del documento: Creencias en torno al suicidio juvenil : intersecciones argumentativas entre religión y abordaje científico

Autores (en el caso de tesis y directores):

Elsa Viviana Barrón

Claudia Sandra Krmpotic, dir.

María Inés Palleiro, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis: 2015

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Elsa Viviana Barrón

CREENCIAS EN TORNO AL SUICIDIO JUVENIL.
Intersecciones argumentativas entre religión y abordaje científico

Tesis para optar por el título de
Doctor en Ciencias Sociales

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Sociales

Director: Dra. Claudia Sandra Krmpotic
Co-Director: Dra. María Inés Palleiro

Buenos Aires
Año 2015

RESUMEN

En la Argentina contemporánea el fenómeno del suicidio juvenil es creciente. Frente a la expectativa de que los jóvenes proyecten su vida para lograr el estatus de adulto y se integren al mercado productivo y laboral, su muerte genera controversias explicativas.

El suicidio se ha presentado como algo difícil de explicar. En los diferentes abordajes disciplinares que han construido explicaciones acerca del suicidio —algunas se han dedicado más específicamente al estudio del suicidio juvenil—, se articulan nociones que vinculan las maneras de entender la juventud, la muerte, la vida y el suicidio. Para comprenderlas, por tratarse de un tema que está vinculado tan directamente con la muerte, las creencias ocupan un lugar preponderante.

En la presente investigación hemos buscado comprender las creencias vigentes en torno al suicidio juvenil. La creencia es una modelización de la certeza y una modalidad cognitiva. Es resultado de una actividad mental que encuentra como vehículo de expresión la narración como modalidad cognitiva de organización de la experiencia. Expresa un posicionamiento del sujeto con respecto a un estado de cosas cuyo valor de verdad se sostiene a partir de una adhesión personal o interpersonal. Ciertos enunciados se aceptan como ciertos, por medio de operaciones subjetivas de aserción o afirmación.

Al conocerlas ha sido evidente que existen intersecciones argumentativas entre al menos dos tipos de disquisiciones: la explicación religiosa y el abordaje científico. Esto puede pensarse no solamente por la sacralización del tema de la muerte, sino por la misma interrelación de las ciencias con la religión si se reflexiona en torno a los límites del proceso de secularización del saber científico, teniendo en cuenta que las explicaciones científicas no se diferenciaban completamente de las explicaciones teológicas. (Löwith, 2007; Feyerabend, 1986; Agamben, 2003, 2008; Girard, René, 2006).

Partiendo de esta comprensión —de que los límites que separan lo secular y lo religioso son permeables—, es no sólo interesante sino necesario poder comprender el sistema de creencias en torno al suicidio juvenil destacando estas intersecciones argumentativas que hacen de los abordajes científicos y teológicos campos interrelacionados y que se influyen mutuamente.

La búsqueda de estas creencias se ha desarrollado en la tesis a partir de materiales publicados provenientes de cuatro grupos: los profesionales de la salud, los sociólogos, los filósofos existencialistas y los teólogos bautistas.

En la tesis nos enfocamos particularmente en las explicaciones religiosas entre las cuales las teológicas solo revelan las perspectivas de las elites religiosas y no necesariamente de la feligresía. Con el fin de ampliar la comprensión realizamos una acabada etnografía entre los bautistas. Este grupo surge de los anabaptistas de Inglaterra luego de la Reforma. Más adelante se detallan los fundamentos de la selección.

En esta oportunidad solo presentaremos un estudio de caso que se enmarca en la citada etnografía sobre las concepciones y la intervención sobre el suicidio.

Entre los hallazgos más sobresalientes se destacan algunas creencias principales por su frecuencia. *El suicidio es un proceso* que se inicia con una ideación. La muerte es premeditada, deliberada. El suicidio es un acto que rompe con la racionalidad. En el origen del suicidio hay una decisión de poner fin a algo que difícilmente es la propia existencia del sujeto que muere. Los *factores* que llevan al suicidio se dividen en dos grandes grupos: *predisponentes y desencadenantes*. Estos últimos son siempre sociales. Por la profundidad de su impacto precipitan el pasaje al acto del suicidio, sin ser completamente responsables del suicidio. Se cree que sin la presencia de elementos predisponentes, aun con los mismos episodios desencadenantes, no se daría el suicidio consumado.

En las argumentaciones científicas se nominan aspectos espirituales de las personas recurriendo a terminologías más propias del discurso religioso: *la culpa, el dolor, la falta de paz, la falta de perdón, el rechazo y el auto rechazo* son nociones ampliamente mencionadas. Si bien las implicancias de esos términos tienen variaciones son los mismos en el discurso científico y en el religioso. Estas y otras interrelaciones encuentran su máxima expresión en las palabras de los mismos jóvenes, de los cuales el relato de Antonella funciona como un caso testigo.

En los textos analizados y en los testimonios, *la familia tiene un rol protagónico* para el desencadenamiento del suicidio: familias inestables, abandonicas, violentas, extremadamente rígidas, ausentes. Fundamentalmente familias que no cuidan, que no integran.

Una creencia fundante hallada en los materiales es que *el suicidio puede evitarse, prevenirse*. La prevención se basa en la creencia de que en ningún caso la muerte es la solución para los problemas de la vida. Frente al suicidio consumado no hay nada que hacer salvo prevenir el efecto imitación y los efectos negativos en el entorno del joven fallecido. Es

por eso que las propuestas se organizan en torno a la prevención como única intervención posible.

Tanto en lo religioso como en lo científico se cree en la efectividad de la acción preventiva en el ámbito de la Escuela formal y de la enseñanza en otros espacios sociales. La atención de los jóvenes también debe estar orientada a la solución de los problemas vitales que hacen imposible seguir viviendo: revertir el fracaso escolar dando nuevas oportunidades; solucionar el desempleo, reducir las desigualdades, fortalecer a las familias, generar grupos de pertenencia.

A lo largo del trabajo es posible ver que no se podría delimitar muy marcadamente la diferencia entre los diversos campos analizados. Las intersecciones son múltiples en las explicaciones y las creencias que se ponen en evidencia.

ABSTRACT

In contemporary Argentina the phenomenon of youth suicide is increasing. Faced with the expectation for young people to project their lives to achieve adult status and integrate into the production and the labor market, the explanation of their deaths generates disputes.

Suicide has been presented as something difficult to explain. In the different disciplinary approaches that have built explanations regarding suicide –some of them have been devoted specifically to the study of youthful suicide- notions have been formulated linking together the ways we understand youth, death, life and suicide. In order to understand these, since this is a topic that is so directly linked to death, beliefs loom large.

In this research project we sought to understand the current beliefs about youth suicide. Belief is a modality of certainty and a cognitive mode. It results from mental activity that finds a vehicle of expression in narrative as a cognitive form of organization of experience. It expresses the subject's position in respect to a state of affairs whose truth value is sustained from personal or interpersonal adherence. Certain statements are accepted as true, by means of subjective operations of assertion or affirmation.

After getting to know various disquisitions related to this topic, it has become clear that there are argumentative intersections between at least two types of them: the religious explanation and the scientific approach. This can be thought of not only from the

sacralization of the issue of death, but from the same interrelationship between science and religion if one reflects on the limits of the secularization process of scientific knowledge, considering that scientific explanations did not completely differ from theological explanations. (Löwith, 2007; Feyerabend, 1986; Agamben, 2003, 2008; Girard, René, 2006).

Based on this understanding -that the boundaries between the secular and the religious are permeable-, it is not only interesting but necessary to understand the system of beliefs around youth suicide, highlighting these argumentative intersections that make scientific and theological approaches fields interrelated and mutually influential.

The pursuit of these beliefs has been developed in the thesis out of published materials from four groups: health professionals, sociologists, existentialist philosophers and Baptist theologians.

In the thesis we particularly focus on religious explanations among which the theological ones only reveal the religious elites' perspectives, and not necessarily those of parishioners. In order to broaden the understanding we conducted a thorough ethnographic study among Baptists. This group emerges from the Anabaptist movement in England after the Reformation. Selection criteria are listed later on.

At this time we will only present a case study that is part of the aforementioned ethnographic study on the conceptions of suicide and related interventions.

Among the most significant findings some core beliefs stand out because of their frequency. *Suicide is a process* that begins with ideation. Death is premeditated, deliberate. Suicide is an act that breaks with rationality. At the origin of suicide there is a decision to stop something that can hardly be the very existence of the subject who dies. The *factors* leading to suicide are divided into two groups: *predisposing* and *triggering* factors. The latter are always social. By the depth of their impact they precipitate the passage to the act of suicide, without full responsibility for the act of suicide. It is believed that without the presence of predisposing elements, even with the same trigger episodes, suicide would not be completed.

Guilt, pain, lack of peace, unforgiveness, rejection and self-rejection, all widely mentioned notions in scientific argumentation, are denominated as spiritual aspects by having recourse to terminologies that are more typical of religious discourse.. While the implications of these terms have variations, they are the same in scientific and religious

discourse. These and other relationships find their highest expression in the words of the young people themselves, of which Antonella's narrative bears witness.

In the analyzed texts and testimonies, *family has a leading role* in triggering suicide: unstable, extremely rigid, abandonic, violent, absent families. Fundamentally, families who do not care for, do not integrate [their children].

A foundational belief found in study materials is that suicide risk can be prevented. Prevention is based on the belief that in no case is death the solution to life's problems. In the face of consummated suicide, there is nothing to do except preventing a copycat effect and negative effects on the deceased young person's environment. That is why proposals are organized around prevention as the only possible intervention.

In both the religious and scientific approaches there is a belief in the effectiveness of preventive action in formal school settings as well as in education in other social spaces.

Caring for young people should also be directed at the solution of the vital problems that make it impossible for them to go on living: reversing school failure, giving second chances; finding a solution for unemployment, reducing inequality, strengthening families, creating groups young people feel they can identify with.

Throughout the work we can see that the difference between the various fields under analysis cannot be very distinctly defined. Intersections are multiple between explanations and the beliefs that become evident.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	11
a. Consideraciones iniciales.....	11
b. El problema de investigación y modo de abordarlo.....	12
c. Objetivos de la investigación 17	
Objetivo general.....	17
Objetivos específicos.....	17
d. Estructura del trabajo.....	17
CAPÍTULO 1 LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA Y SU ABORDAJE EMPÍRICO..	23
1.1- Lineamientos generales.....	23
1.2- Sobre la estrategia de triangulación.....	27
1.3- Sobre la técnica de análisis de contenido y la búsqueda de patrones de argumentación.....	30
1.3.a- Secuencia del análisis de contenido.....	32
1.3.b- Tipos de diseño del análisis de contenido.....	34
1.4- Acerca de una etnografía de la experiencia.....	36
1.5- Sobre la categoría creencias.....	39
1.5.a- Creencia y saber.....	39
1.5.b- Lo social y las creencias.....	40
1.5.c- La presencia de creencias en la ciencia y el desafío de identificar retóricas del creer.....	41
1.6- “Iglesias Bautistas” como caso de estudio representativo de la fe religiosa.....	43
1.6.a- Renovación carismática.....	46
1.6.b- Ministerio de Sanidad Interior y Liberación.....	47
CAPÍTULO 2 MUERTE JOVEN. PROYECTO VITAL, CREENCIAS Y REGISTROS.....	52
2.1- La juventud y su función social.....	53
2.2- La juventud y el proyecto vital.....	57
2.3- La juventud y la muerte.....	64
2.3.a- ¿Una problemática masculina?.....	66
2.3.b- ¿Una problemática federal?.....	67
2.3.c- ¿Una problemática evitable?.....	71
2.3.d- Registro y sub-registro.....	73
2.3.e- Las causas externas en los años analizados.....	76

CAPÍTULO 3 LÍNEAS ARGUMENTATIVAS Y REDES DE SENTIDO EN EL SUICIDIO JUVENIL: FACTORES DE RIESGO, ENFERMEDAD MENTAL Y MUERTE	81
3.1- Panorama general de las fuentes analizadas	82
3.2- Las creencias sobre los factores de riesgo	84
3.3- Las creencias sobre la enfermedad mental.....	93
3.3.a- Del suicidio como pecado al suicidio como enfermedad.....	94
3.3.b- La enfermedad mental y la biopolítica	95
3.3.c- La enfermedad vista desde la mirada desde los profesionales de la salud.....	97
3.3.d- Visiones religiosas: los testimonios.....	101
3.4- Las creencias sobre la muerte	108
3.4.a- La muerte de los jóvenes	108
Mortalidad masculina.....	110
3.4.b- La muerte censurada	112
3.4.c- La muerte temida.....	116
3.4.d- La muerte en las explicaciones teológicas de los bautistas	118
La muerte como pasaje a una nueva vida	118
El espíritu de muerte: del texto a los testimonios	119
CAPÍTULO 4 LA URDIMBRE SOCIAL: FACTORES SOCIALES VINCULADOS AL SUICIDIO	122
4.1- El suicidio como interpelación a la sociedad	123
4.2- Los factores sociales	125
4.3- Los ‘tipos sociales’ de suicidio.....	126
4.3.a- El suicidio egoísta: la individuación desintegrada.....	126
El suicidio egoísta en los materiales analizados.....	129
El suicidio egoísta en la Teología bautista	132
4.3.b- El suicidio anómico: socialización y conflicto.....	134
El suicidio anómico en los textos analizados.....	136
Anomia en los discursos bautistas.....	139
4.3.c- El suicidio diádico: violencia y comunicación.....	144
Presencia en los discursos bautistas	146
<i>Recapitulando</i>	146
CAPÍTULO 5 TEXTURAS DE LA INTERVENCIÓN. MODOS DE ABORDAJE DEL SUICIDIO JUVENIL.....	148
5.1- El énfasis en la medición: la mirada de la Salud Pública	149
5.2- El énfasis en la prevención	161
5.2.a- Prevención básica.....	161
5.2.b- Prevención secundaria.....	165
Pastoral del intento de suicidio	167
5.2.c- Prevención terciaria	168

5.3. El énfasis en el deber ser	169
5.3.a- Sociedades inclusivas.....	170
5.3.b- Familias estables.....	173
5.3.c- Jóvenes con proyectos de futuro	174
Jóvenes libres.....	175
Jóvenes victoriosos.....	175
Jóvenes que viven al máximo su vida.....	176
Jóvenes que viven en santidad.....	177
5.4. Síntesis de las propuestas de intervención	179
CAPÍTULO 6 IDEACIÓN SUICIDA E INTERVENCIÓN RELIGIOSA EN EL ESPÍRITU	
SUFRIENTE. EL CASO DE ANTONELLA	
6.1- La llegada a la iglesia.....	183
6.2- La voz del pastor: contrapunto de voces	186
6.3- Primera etapa: liberación	187
6.4- Segunda etapa: Sanidad Interior.....	189
6.5- Tercer etapa: liderazgo.....	190
<i>Recapitulando</i>	193
CAPÍTULO 7 NÚCLEOS CONCEPTUALES Y BASES ARGUMENTATIVAS DE LAS	
CONVICIONES. PRINCIPALES HALLAZGOS	
CONSIDERACIONES FINALES	201
a- Balance de lo realizado	201
b- Nuevas aperturas.....	204
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	207
a- Bibliografía general	207
b- Bibliografía específica.....	222
ANEXOS.....	228
Anexo 1: Distribución de la mortalidad juvenil, total país (2000 a 2007)	229
Anexo 2: Gráfico de distribución de las tasas de mortalidad juvenil por localidad de cada uno de los años analizados	231
Anexo 3: Lista de mortalidad según causas seleccionadas	235
Anexo 4: Cuadro de Causas de Muerte detalladas (15 a 24 años) Total País.....	237
Causas de muerte (15 a 24 años) en porcentajes.....	239
Anexo 5: Comportamiento de las causas externas en el total del país.....	240
Causas externas por localidad	241
Anexo 6: Tasas de mortalidad por Causas Externas República Argentina (tasas por 100.000 personas 15 a 24 años).....	242
Anexo 7: Perfil de informantes de estudio etnográfico.....	243
Anexo 8: Cuadro de trabajo de fuentes analizadas	245

“... hay muertes de todo tipo y valor. Hay muertes de primera, de segunda y hay muertes que no valen nada, ni una línea en algún diario pueblerino...”¹

Agradecimientos

A Claudia Krmpotic. Le debo a tu paciencia, tu acompañamiento constante y tus preguntas incisivas una buena parte de la tesis.

A María Inés Palleiro. Sumaste a la tarea un gran aporte. Tu paciencia y guía fueron claves para volver a ponerme a trabajar.

A Anátilde Idoyaga Molina. Tus ideas y sugerencias le dieron un giro al texto que lo hizo más interesante.

A Jorge Olivares, mi esposo y compañero de vida. ¡Sería imposible sin vos!

A Joaquín, que se bancó mis ausencias aun sin entender bien qué estaba pasando.

A los profesionales que entrevisté que compartieron de lo que viven y conocen.

A Stella Maris Mariano, tu compañía fue más que importante para terminar.

A los autores que cito, por la generosidad de compartir sus ideas.

Y en memoria de los jóvenes que perdieron su vida anticipadamente en este siglo. Ojalá que sus sufrimientos nos sirvan al menos para pensar en lo que nos pasa como nación.

¹ Feinmann en Página 12, 27 de mayo de 2007

INTRODUCCIÓN

a. Consideraciones iniciales

Entrar en el campo de estudio de la muerte joven es pisar un terreno árido. La pérdida de la vida de alguien cercano ha sido y es una de las experiencias más dolorosas e impactantes que alguien puede atravesar. Nos deja perplejos e impotentes.

¿Por qué entrar en este terreno entonces? Mi experiencia como Trabajadora Social en intervención con jóvenes de barrios críticos, fue dejándome ver que muchos no vivían para contarlo. Y una inquietud fue creciendo en mí por saber qué pasaba con estos jóvenes que no sobrevivían a su propia juventud. Por otro lado, investigo sobre juventud desde 1998 —en mi primer trabajo de tesis de licenciatura— y luego gracias al apoyo del sistema de becas doctorales del CONICET, y sus resultados formaron parte de la Tesis de Maestría en Metodología de la Investigación Social (UBA) que defendí en 2008 y desarrollé en torno de “Los jóvenes y la desigualdad: pasado, presente y futuro de una experiencia”, y redunda en un conjunto de publicaciones en congresos, dictado de talleres, capítulos de libro y un libro. Mis tareas de investigación que enriquecieron los proyectos de investigación acreditados en UBA, UNLaM y CONICET, de los que participé junto a mi directora de tesis.

El tema es complejo y presenta muchas aristas. Si mis intereses de investigación en los últimos años se orientaron mayormente a la cuestión del proyecto vital, adentrarme en el estudio de la muerte ha sido una ruptura en mi propia manera de mirar la cuestión juvenil, para ahora prestar atención al joven que muere. En ese extraño mecanismo de ver pero no ver que tienen las comunidades, la muerte de cada joven sigue apareciendo como una desgracia aislada, como un hecho puntual más o menos resonante para quienes están cerca. A veces se mira la muerte como un alivio porque quien murió era considerado un peligro para los demás. Otras veces como una injusticia. Otras como algo fortuito.

El hecho es que muchos jóvenes argentinos mueren y podría evitarse. Nadie puede negar esas muertes, pero los niveles de sensibilidad son bajos. Como causas de muerte entran en la categoría conceptual de “muertes evitables”. No obstante, ¿a qué se debe la inacción que observamos?, ¿por qué aun no llega a configurarse como un problema que ingrese en la agenda de las políticas públicas? En definitiva ¿cuáles son las condiciones

necesarias para pasar de la enunciación a la acción en la mortalidad juvenil? retomando la reflexión de Krmpotic (2005), ¿será acaso que en los propios argumentos disciplinarios se hallan los límites para la acción?, ¿será que algunas disciplinas son más eficaces que otras, o que la ayuda espiritual y la presencia religiosa con un factor clave de integración social, como Durkheim lo señalara en su estudio sobre el suicidio?

b. El problema de investigación y modo de abordarlo

Los estudios sobre el suicidio han ocupado a profesionales de diferentes disciplinas, desde las ciencias de la salud hasta la filosofía y la teología. Sin embargo una obra como *El Suicidio* de Emile Durkheim (1897), fundacional para la sociología, ha sido y es frecuentemente citado por autores de diversos países y áreas de trabajo, y ha colocado el problema en esa visión que entiende a la sociedad como una entidad supra individual, que estructura las opciones de vida, a veces de modo coercitivo en la medida que se impone, pero que no anula a los individuos pues precisa de ellos para su reproducción y metamorfosis.

Se basa, —tal como describen los trabajos de Giddens (1965) y Douglas (1966) — en investigaciones sobre el suicidio realizadas con anterioridad al trabajo del propio Durkheim. Al respecto, en 1773 se había publicado un *Traité du Suicide* en el que se llamaba la atención sobre el crecimiento del número de suicidios en la sociedad moderna. En la primera mitad del XIX la literatura romántica puso al suicidio en el centro de sus historias y desde el nuevo Estado burocrático-nacional se fueron proporcionando los datos estadísticos con los que hacer un traspaso desde la presentación literaria del tema a la constatación y la posibilidad de cuantificación del fenómeno. La existencia de esta información estadística creó las condiciones para una nueva aproximación al estudio del suicidio. En ese contexto es que surge la escuela de los Estadísticos Morales, formada por estudiosos de cuyos trabajos Durkheim obtuvo gran parte de la información para sus propias indagaciones.

Un esfuerzo central de su trabajo fue definir el acto suicida que lleva al individuo a quitarse la vida, procurando construir una “definición objetiva del suicidio y permanecer fiel a ella” (Durkheim: 2006, 344). Llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, cumplido por la propia víctima y que ella sabía que iba a producir ese resultado.

Le interesa la tasa social de suicidios, más que el suicidio, considerado como acto individual incorporando así la dimensión social. Su objetivo es mostrar de qué manera lo aparentemente más personal, íntimo, psicológico, es un hecho socio estadístico que puede estudiarse y explicarse sociológicamente. Su trabajo se fundamenta en datos cuantitativos, comparando diferentes países. Observa que la cantidad de suicidios ha crecido en los tres períodos para cada país, pero a pesar del crecimiento de suicidios cada país ha guardado sus respectivas distancias —el número de orden en cada período es aproximadamente el mismo—. Concluye que cada sociedad está predispuesta a producir un contingente determinado de suicidios. Le sorprende pues, que un fenómeno de carácter singular se presente en cada conjunto social con tanta constancia y, a la vez, tan variable entre sociedades distintas.

Sin invalidar los estudios psicológicos del fenómeno, se aparta de esas consideraciones porque considerando el conjunto de los suicidios cometidos en una sociedad dada, durante una unidad de tiempo determinada, “se comprueba que el total así obtenido, no es una simple adición de unidades independientes, o una colección, sino que constituye por sí mismo un hecho nuevo (... de naturaleza) eminentemente social”. (Durkheim: 2006, 18). Cada sociedad tiene, en cada momento de su historia, una aptitud definida para el suicidio.

En consecuencia, su concepto “tasa social de suicidio” expresa el número de casos de suicidios que se registran en una sociedad determinada, por período y por habitante. Para medir la intensidad relativa de aquella actitud definida para el suicidio hay que hallar la razón entre la cifra global de muertes voluntarias y la población de cualquier edad y sexo. Se trata de un índice característico de cada grupo social, incluso en lo que haya en ellos de fundamento constitutivo de cada temperamento nacional.

La tasa social de suicidios es el resultado de factores que actúan sobre el grupo y no sobre individuos considerados aisladamente. A los factores o causas que determinan la tasa social de suicidio, los clasifica en extrasociales y sociales. Los factores extrasociales (como las disposiciones órgano - psíquicas que le permiten considerar diversos estados psicopáticos y aún estados psicológicos normales vinculados a la raza y la herencia, junto a características del medio físico como el clima, geografía, temperatura, estaciones del año, momentos del día) no pueden dar cuenta de la tasa social de suicidio y, por tanto, deben quedar fuera de consideración. Identifica como fundamentales a los factores

sociales. El suicidio depende necesariamente de causas sociales y es un fenómeno colectivo. Cada sociedad predispone, en mayor o menor medida, a sus miembros al suicidio, aunque éste sea un acto voluntario y con frecuencia individual. Su hipótesis general es que el grado de cohesión social de una sociedad está en relación inversa a la tasa social de suicidios. Asimismo, ese grado de cohesión o de desintegración social puede ser analizado en los siguientes grupos sociales: las confesiones religiosas, la familia, la sociedad política y los grupos profesionales. El proyecto de Durkheim sigue el hilo conductor del suicidio entendido desde sus factores sociales. Los estudios más recientes recuperan términos y nociones de este trabajo que es fundante sobre el tema y deja planteada por primera vez al suicidio como un problema social.

Esta contribución se retoma cuando en las últimas décadas del siglo XX emerge la categoría juventud como objeto de estudio (considerando en general el rango de 15 a 24 años), se desarrollan estudios sobre juventud y se plantea la categoría de suicidio juvenil.

Por su parte, en la Argentina contemporánea el fenómeno del suicidio juvenil es creciente. Así lo demuestran las estadísticas nacionales y algunas tendencias compartidas con otros países de América Latina. Sin embargo, a pesar de este diagnóstico no se ha constituido en un tema de agenda. En todo caso, se observa una focalización del problema en la cuestión laboral, dejando en la oscuridad otras dimensiones del ser joven que producen malestar y frustraciones.

Asimismo, el suicidio nos sumerge en el problema de la muerte, concepto que merece una atención particular. En el mundo judeo-cristiano, la muerte fue entendida a partir de argumentaciones religiosas y de la mano de la idea de trascendencia, lo sobrenatural; el mismo sentido de la vida era tratado como una cuestión sagrada bajo el dominio de la soberanía divina. En cambio en la modernidad, la vida pasa a ser considerada el bien supremo del hombre, la muerte, en contrapartida, se vuelve objeto de censura. Los moribundos dejan de estar en su casas rodeados de sus allegados para esperar a su último suspiro, para ir siendo confinados a los hospitales, como una manera de ir separando la muerte del mundo de los vivos. Los cementerios dejan de estar dentro de las ciudades, para ubicarse lejos de las áreas residenciales. La muerte es negada, aislada, domesticada (Aries, 2007).

En este marco, la tesis procura problematizar las redes conceptuales y sus formas argumentativas en torno de la muerte joven mediante una práctica como el suicidio,

analizando un conjunto de discursos. Dos hipótesis de trabajo acompañaron el trabajo de tesis: una se refiere a las relaciones entre explicación religiosa y abordaje científico a partir del proceso de secularización de los modos de pensar y de vivir; y la otra encuentra asidero en lo que Gusfield (2014) llamara “ciencia artificiosa” identificando puntos de intersección entre retórica y ciencia. Así encuentra que la ciencia -al igual que otras prácticas- buscan proveer de argumentos convincentes hasta forzar su legitimidad, y reclamar de alguna manera la autoridad para establecer definiciones y líneas de acción. Es en este sentido que los discursos analizados serán estudiados como creencias en torno al suicidio juvenil, pues, sea que me esfuerce por persuadir por medio del lenguaje o por medio de la lógica en cualquier caso procuro convencer, es decir, presentar con fuerza una argumentación sustentada en un uso científico pero también literario del lenguaje (Palleiro, 2008). Lejos de pensar en la posibilidad de un uso neutro del lenguaje, sea por parte de los científicos o de los religiosos para el caso, en el análisis de contenidos que precisaremos se incluyen tanto problemas técnicos como retóricos.

En cuanto a la interrelación de las ciencias con la religión retomamos el debate que a partir de la segunda mitad del Siglo XX, se instala en Alemania especialmente acerca de las particularidades del proceso de secularización² concebido como un signo propio de la modernidad (Agamben, 2008). El debate se había iniciado en la ciencia política —en torno a la discusión sobre las doctrinas del Estado— y se profundiza expandiéndose a otras cuestiones. El supuesto de que las explicaciones científicas se diferenciaban completamente de las explicaciones teológicas comienza a ser cuestionado. Löwith (2007) busca dar cuenta de esto presentando la idea de la “religión moderna del progreso” que asume los patrones explicativos de la cosmovisión judeo cristiana en torno a la salvación y la escatología.

Partiendo de la comprensión de que los límites que separan lo secular y lo religioso son permeables, es entonces no solo interesante sino necesario poder comprender el sistema de creencias en torno al suicidio juvenil destacando –si es que las hubiera- estas

² La propia idea de secularización se nutre del sentido de la ‘profecía’ como Bauman (1996) prefiere enunciar, sosteniendo un camino ‘de ida’, sin retorno, caracterizado por un avance de lo primitivo a lo más complejo, una sociedad más racionalizada, diferenciada y fragmentada tras el declinio de la cosmovisión religiosa, y una autonomización de los individuos del control tanto del sentido religioso como de sus instituciones. Tan difícil le resulta al pensamiento moderno despojarse de sus ‘creencias’ que hasta el debate sobre la secularización incorpora metáforas de la muerte (Dutton, 2008). Con una fundada argumentación Löwith (2007) analiza los fundamentos teológicos de la perspectiva histórica moderna, generalmente ignorados o negados por la racionalidad occidental.

intersecciones argumentativas que hacen de los abordajes científicos y teológicos campos interrelacionados y que se influyen mutuamente.

La búsqueda de estas creencias se ha desarrollado en la tesis a partir de materiales publicados provenientes de cuatro grupos de expertos: los profesionales de la salud, los sociólogos, los filósofos existencialistas y los teólogos. Un trabajo que resulta interesante en este enfoque de articulación de campos diversos es el Bianchi (2013) en el cual se presentan las relaciones entre Psiquiatría, Psicología y Espiritualidad en un abordaje que vincula miradas desde las diversas disciplinas y contempla la dimensión espiritual del hombre y las expresiones religiosas en diálogo con las explicaciones científicas.

Para este estudio se eligió trabajar con Iglesias Evangélicas dada la posibilidad de acceso a fuentes que garantizaban el trabajo de campo. Por su parte, se seleccionaron Iglesias Bautistas las que por su trayectoria y antecedentes aceptan e incorporan argumentos científicos, a diferencias de otros grupos evangélicos para quienes la intervención a través de prácticas de cura no debe tener ninguna relación con lo científico. Nos enfocamos particularmente en las explicaciones religiosas entre las cuales las teológicas solo revelan las perspectivas de las elites y no necesariamente de la feligresía. Con el fin de ampliar la comprensión realizamos una acabada etnografía entre los bautistas. El detalle del trabajo e identificación de las fuentes puede observarse en el Anexo 1.

En cuanto al análisis de los argumentos científicos, se abordaron las producciones de profesionales de la salud, sociólogos y filósofos. Se procedió a una lectura intensiva, selección de emergentes y elementos significativos a partir de los cuales es posible responder a los objetivos de la investigación.

Las *preguntas generales* que nos guiaron en el proceso de investigación fueron:

¿Cuáles son las intersecciones argumentativas entre religión y abordaje científico que aparecen en las creencias en torno al suicidio? ¿Qué particularidades presentan las explicaciones sobre el suicidio juvenil? ¿Qué explicaciones construyen los profesionales de la salud? ¿Cómo lo explican los sociólogos? ¿Qué argumentaciones sostienen los filósofos existencialistas? ¿Qué posiciones asumen los teólogos?

Entre las *preguntas derivadas* nos planteamos las siguientes:

¿Qué nociones se asocian para elaborar las explicaciones del suicidio?

¿Qué características tienen las definiciones del suicidio juvenil en los diferentes grupos?

¿Cuáles son los factores socioeconómicos y culturales del suicidio juvenil que se identifican?

¿De qué maneras los grupos estudiados abordan la investigación y las propuestas de intervención que plantean sobre el suicidio juvenil?

La *Hipótesis de trabajo* que nos ha guiado en esta empresa puede bosquejarse de la siguiente manera: tanto el saber científico a través de diversas disciplinas, como el conocimiento desde la fe, estructuran un sistema de creencias en la medida que su argumentación y retórica, revelan una dimensión subjetiva de adhesión a unos enunciados —los que a su vez— presentan un conjunto de aspectos comunes a la hora de explicar el suicidio juvenil.

c. Objetivos de la investigación

Objetivo general

Comprender las creencias en torno al suicidio juvenil y su construcción destacando las intersecciones argumentativas entre religión y abordaje científico.

Objetivos específicos

1. Identificar los patrones de argumentación presentes en las explicaciones del suicidio juvenil de los profesionales de la salud y los sociólogos.
2. Distinguir los patrones de argumentación presentes en las explicaciones del suicidio de los filósofos existencialistas.
3. Diferenciar los patrones de argumentación de las explicaciones religiosas elaboradas por teólogos y creyentes que trabajan en ministerios de Sanidad Interior de Iglesias Bautistas Argentinas.

A partir de estos objetivos se ha estructurado el presente trabajo, dividiéndolo en tres partes.

d. Estructura del trabajo

El trabajo se inicia con los elementos que presentan la construcción del problema. Se exponen aquellos aspectos centrales a la enunciación del problema de investigación, detallando tanto las decisiones tomadas en lo que respecta a la conceptualización del

suicidio juvenil como a los aspectos que hacen a la metodología de investigación. Se tomaron en cuenta las indicaciones de la evaluación del plan de tesis (29-07-2010).

En el Capítulo 1 se explican las decisiones metodológicas del trabajo, presentando los conceptos teóricos que sostienen las opciones tomadas para la investigación. Su objetivo es presentar los diferentes aspectos de la perspectiva teórico-metodológica con la que se trabaja. Se parte de la selección de la estrategia de triangulación entendida como el uso de múltiples métodos para el estudio de un mismo objeto lo que posibilita realizar un abordaje complejo en relación con el tema estudiado. Luego se define la relevancia de la búsqueda de patrones de argumentación en las publicaciones estudiadas y se describe la técnica de análisis de contenido realizado, a los fines de reconocer las redes de sentido sobre el suicidio articulando diferentes obras: artículos, tesis doctorales y capítulos de libros producidos entre 1990 y 2011.

El Capítulo 2 trata sobre la cuestión de la Juventud: entre la individualización y la socialización. Parte de la inquietud de que para comprender las creencias sobre el suicidio juvenil se hace necesario revisar los modos en los que se entiende a la juventud.

La función social de la juventud se organiza en torno al establecimiento de planes futuros que se considera el más importante desafío evolutivo característico de la misma. Los jóvenes han de tomar decisiones que implican imaginarse a sí mismos como futuros adultos: lograr metas educativas, adquirir una identidad laboral y formar una familia son los marcadores tradicionales del logro de un estatus adulto. Esta tarea se ha hecho más compleja porque se ha de realizar una doble transición hasta la adultez: la primera entre la adolescencia y la “adultez emergente” (Arnett, 2000) y la segunda entre ésta y la adultez completa. En las sociedades occidentales complejas estas transiciones se producen de manera progresiva, fragmentada y con escaso apoyo comunitario.

En diversos estudios se describe que los jóvenes ya no pueden plantearse el recorrido del paso por el sistema educativo primero y la inserción laboral luego en un trabajo calificado, como camino para la integración a la sociedad y para un mejoramiento progresivo de las condiciones de vida. Cuando se destaca lo irreversible del proceso de exclusión se va perfilando una imagen de los jóvenes que se relaciona con la inutilidad. Los jóvenes han perdido la posibilidad de cumplir su función social. Hay una solapada culpabilización hacia ellos. El joven inútil no se proyecta, cree que no logrará nada y tiene la conciencia de que no hará jamás nada que valga la pena. Es que en la

modernidad tardía, la impredecibilidad del futuro por los rápidos cambios (Giddens, 1995), acentúa la demanda de flexibilidad que se espera de los jóvenes para que construyan su proyecto de vida.

Esta es una noción propia del sueño de clase media, pero que permea diferentes miradas hacia los jóvenes en las cuales se espera que como parte del proceso de socialización, que se apoya en la individualización, los jóvenes construyan un proyecto vital. Lo particular del modo de entender este proyecto es que en lugar de orientarse a la busca de un solo destino cerrado de por vida —la salida como adulto—, unívocamente garantizado de una vez por todas, ahora deberá construirse como una juventud abierta de antemano a toda la múltiple variedad de destinos que plantea la impredecibilidad. Esta diversidad de futuros posibles requiere una mayor autodisciplina para manejarse en relación con uno mismo y con los demás, a menudo en la ausencia de apoyos colectivos. El proceso de individualización se torna cada vez más obligatorio y cada sujeto debe afrontarlo desde desiguales capacidades y preparación. (Coté y Levine, 2002)

En el tercer apartado del capítulo se presenta una descripción de la cuestión de la mortalidad juvenil³ y dentro de ella del suicidio juvenil en Argentina. Se plantean preguntas a partir de las cuales se estructura la presentación de los datos elaborados a partir de las Estadísticas Vitales oficiales y disponibles de los años 2000 a 2007.

A partir del Capítulo 3, las intersecciones se ordenan por componentes analíticos poniendo a prueba el alcance y la capacidad explicativa de los diferentes abordajes analizados: el de los profesionales de la salud, los sociólogos, los filósofos y los teólogos.

El lector podrá encontrar en el cuadro de fuentes que se presenta en el Anexo 8 un esquema de los conceptos trabajados en esta tesis con sus contextos bibliográficos y de producción, lo cual podrá dar una idea de las intersecciones argumentativas entre disciplinas. Para simplificar la lectura, en el desarrollo está indicada esta remisión a las fuentes del cuadro con la paginación respectiva.

En el Capítulo 3 se presentan conceptos que se asocian a las explicaciones del suicidio juvenil, dando cuenta de su utilización en los cuatro grupos analizados.

³ Definida como la muerte de personas de entre 15 y 24 años, de acuerdo con la clasificación empleada por el Ministerio de Salud de la Nación

El concepto de factores de riesgo, propio de la epidemiología, ha sido uno de los que más se menciona para explicar el suicidio. Se presentan sus variaciones a partir de los cambios propios de la epidemiología.

La cuestión de la enfermedad mental es vista como un requisito previo y necesario para el suicidio. Esta es una noción que está presente en la comprensión de los factores desencadenantes del suicidio y se atribuye a razones genéticas, neurobiológicas o espirituales siendo una temática permeada claramente por las creencias y con el peso de conceptualizaciones que estigmatizan y buscan controlar a quien pueda ser considerado como enfermo mental. Nombres como “trastornos adaptativos” o “trastornos de conducta” (Kaplan, 1999; Harris, 1997; Beautrais, 1996) son frecuentes en la construcción de factores de riesgo de suicidio. El enfermo mental definido como “endemoniado” o “bajo opresión demoníaca” (Deiros, 2009) dan cuenta de atribuciones negativas que ponen en el enfermo la culpabilidad por sus pecados y su inmadurez personal y demonizan la enfermedad mental. El control del enfermo mental y las maneras que asume su dominación han sido objeto de diversos estudios y debates que se exponen en este capítulo.

Tematizar la muerte y los últimos días es una tarea difícil. La muerte es ‘lo innombrable’. Se torna imposible sostener su enunciación por lo que se la niega o enmascara, como ‘lo reprimido’; por ello vuelve a través de lenguajes considerados exóticos: el del pasado, el del psicoanálisis, las religiones, las tradiciones, la astrología, la hechicería, todas subculturas minoritarias en las modernas sociedades del progreso. En principio la muerte fue dominio absoluto de la religión. La religión ha sido y sigue siendo un elemento fundamental respecto de los problemas de reproducción y regulación: muerte y sexualidad básicamente, en torno del cuerpo individual como del cuerpo social.

La muerte de los jóvenes es vista por la Teología como la expresión más clara del juicio de Dios. Esto se apoya en diferentes interpretaciones del texto bíblico —tanto del Antiguo como del Nuevo Testamento— en los cuales se describen contexto de juicio divino y la muerte de los jóvenes es siempre un indicio del mismo.

En el Capítulo 4 se exponen los factores sociales que se vinculan al suicidio que son variados y su relación causal con el tema tiene patrones argumentativos propios del ámbito de las creencias. Se presentan las diferentes definiciones del suicidio que componen los argumentos analizados, presentándolas en su relación con tres tipos de

suicidio: anómico, egoísta y diádico. A partir de esta tipología se presentan los distintos sentidos que se otorga a la cuestión en diversos contextos explicativos y justificativos.

En el Capítulo 5 se presentan los modos en los que se aborda el tema del suicidio juvenil con dos ejes: por un lado en la investigación de la cuestión y por otro en las maneras que asumen las propuestas de intervención —ligadas fundamentalmente a la prevención—

Las investigaciones sobre el suicidio tienen un componente estadístico importante. Esto es bien claro en la aproximación de la sociología de “El Suicidio” (Durkheim, 1897) y también en la epidemiología clásica.

En los trabajos realizados tanto desde los profesionales de la salud como desde la filosofía, hay un marcado interés por comprender el sentido que tiene el acto del suicidio y se busca reflexionar y recurrir a explicaciones del mismo.

La teología por su parte pone el acento en el deber ser —comprendido como los mandatos absolutos que delinean qué hacer frente al suicidio y para prevenirlo—. Este deber ser alcanza a los mismos jóvenes, a sus familias, a las comunidades y a los profesionales.

En la comprensión de los profesionales de la salud también aparecen creencias sobre cómo deben ser los diferentes actores involucrados, poniendo un énfasis especial en demandas hacia el sistema educativo y en especial hacia los docentes.

Las diferentes estrategias de prevención que se proponen destacan la Educación dirigida tanto al público en general como a los profesionales del ámbito de la asistencia primaria; el tratamiento de las enfermedades mentales; la restricción de los medios disponibles para suicidarse, relaciones sociales ricas, el apoyo social, una relación estable de pareja y las creencias religiosas o espirituales.

Este conjunto de propuestas de intervención están presentes en los diferentes materiales analizados así como en los registros etnográficos recopilados. Las hemos reunido, descrito en detalle y organizado en una matriz de datos cualitativos que pone en evidencia una gran diversidad de aspectos sobre los cuales es posible la intervención.

En el capítulo 6 se presenta el caso de Antonella, una joven con ideación suicida que llega a la iglesia bautista y es atendida desde diferentes dispositivos de intervención dentro de la iglesia y derivada luego para su atención por profesionales de la salud. En su recorrido y en el modo en que construye su relato sobre su experiencia las nociones

teóricas y las creencias se entrelazan permitiéndole dar nombre a sus vivencias y construir un sentido empleando categorías que provienen de los diferentes campos que se analizan en este estudio. Al formar su propio sistema de creencias sobre el suicidio, Antonella recurre a elementos propiamente religiosos, pero también científicos y se apropia de ellos para explicar lo que le sucedía y por qué no se suicidó. La intervención multidisciplinar que recibe evita su muerte. Ella misma reconoce los elementos que fueron eficaces para prevenir su propio suicidio, los factores predisponentes en su historia familiar y los que podrían haber sido factores desencadenantes. En este caso los sentidos se entrelazan y entrecruzan desdibujándose las divisiones de campos de estudio o de reflexión y siendo herramientas útiles para que la joven comprenda su historia y sobreviva.

En el último capítulo de la tesis se vinculan los temas analizados para dar respuesta a los interrogantes de la investigación, y se sintetizan allí los principales hallazgos.

Las consideraciones finales aluden a un balance de lo realizado y a nuevas aperturas que se proyectan a partir del trabajo de tesis.

Luego de las referencias bibliográficas, se presentan un conjunto de anexos de los cuales el séptimo y el octavo adquieren particular relevancia pues exhiben cabalmente el trabajo realizado con las fuentes. Se sugiere la lectura del cuadro del Anexo 8 para encontrar la fuente de los argumentos presentados, y ver los diferentes contextos de producción de los materiales.

CAPÍTULO 1

LA CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA Y SU ABORDAJE EMPÍRICO

1.1- Lineamientos generales

En este capítulo expondremos las principales decisiones teórico-metodológicas adoptadas, así como los rasgos de los casos de estudio seleccionados.

El estudio se ha realizado a partir de un diseño flexible, entendido como la disposición de elementos que gobiernan el funcionamiento de un estudio que producirá datos cualitativos, así como también la estructura subyacente e interconexión de componentes de un estudio y la implicación de cada elemento sobre los otros. Esta manera de encarar la tarea de investigación requiere una articulación móvil y no lineal entre los elementos que forman el diseño de investigación, que le permita sufrir modificaciones paulatinamente a lo largo del proceso.

El encuadre a partir del cual se lleva adelante este estudio se inscribe en los supuestos del paradigma hermenéutico, perspectiva que resulta apropiada para el reconocimiento de conceptos-clave como el de creencias, el proceso de construcción social y su integración con distintos tipos de saberes.

De esta manera, la interpretación se ha realizado a partir del análisis de las *creencias* y la noción de *intersecciones argumentativas*, empleando metafóricamente una noción propia de la geometría que refiere al encuentro de dos líneas o superficies que se afectan recíprocamente.

A modo exploratorio se realizaron inicialmente entrevistas a profesionales de la ciudad de Buenos Aires de diferentes disciplinas y prácticas (Psiquiatría, Psicología, Sociología, Trabajo Social, Medicina, Ciencias de la Comunicación, Teología) de manera de tener un panorama más amplio y claro en torno de las posiciones sobre el suicidio en jóvenes. Sin embargo, en el marco de estas entrevistas iniciales surgió una primera limitación. Los profesionales referenciaron que es difícil hablar sobre el suicidio de los jóvenes, lo que en algunos sentidos continúa siendo un tema tabú⁴. Especialmente para aquellos que trabajan en los servicios públicos de salud, el riesgo de ser acusados de mala praxis médica o de ser responsables por tener suicidios de personas hospitalizadas, hace de la cuestión algo sobre lo que en cierta medida es mejor no hablar. Como plantea Foucault

⁴ Se utiliza el término para referenciar que existe una especie de prohibición implícita para hablar del tema.

(2005) el procedimiento de exclusión que determina lo prohibido, hace que las personas sepan que no tienen derecho a decirlo todo, que no se puede hablar de todo en cualquier circunstancia, que cualquiera, no puede hablar de cualquier cosa. “Tabú del objeto, ritual de la circunstancia, derecho exclusivo o privilegiado del sujeto que habla” (Foucault: 2005, 14).

A partir de estos primeros reconocimientos, se decidió enfocar la investigación y definir el corpus de materiales en base a documentos escritos.

Se seleccionaron publicaciones (en soporte electrónico y en soporte papel) que presentaban argumentaciones vigentes sobre el suicidio en general y el suicidio juvenil en particular. Se trata de artículos, tesis doctorales y capítulos de libros producidos entre 1990 y 2011, que fueron relevados en bases de datos on-line⁵, en librerías y en bibliotecas de la Ciudad de Buenos Aires. El corpus se conformó con 68 materiales y 3712 páginas los que dan cuenta de la realidad nacional y americana, procurando ver reflejadas en ellos las creencias que circulan localmente. Al respecto se presenta la sistematización de dicho materiales en el anexo 8⁶ con un detalle de información básica como analítica de cada material, con fines de meta-análisis. Lo específico del tema acota los materiales disponibles y en función de integrar mejor el corpus de materiales se trabajó con algunos artículos que abordan temáticas que en los materiales analizados aparecen fuertemente ligadas al suicidio juvenil: enfermedades mentales juveniles, mortalidad juvenil, violencia relacionada con adolescentes y jóvenes, masculinidad y salud pública.

Si bien el trabajo con las fuentes bibliográficas no asume el carácter de un exhaustivo estado del arte, parte de ello puede inferirse a partir de los autores y obras referenciadas. Efectivamente, las publicaciones referencian un total de 2467 trabajos. Al dividirlos por su lugar de publicación encontramos que el 34,98% provienen de América Latina y puede sumarse a ellos un 6,61% de trabajos argentinos. El 26,55% tiene su origen en los Estados Unidos, un 25,35 % en Europa (de ellos el 45,58% en España).

Los demás contextos de origen se distribuyen con menores porcentajes como puede verse en el siguiente cuadro:

⁵ Redalyc, Scielo, UNAM, ALAP, WHO, OPS.

⁶ Se sugiere tener presente dicho cuadro de trabajo a lo largo de la lectura de la tesis dada su relevancia en términos de un panorama general de las fuentes analizadas y de las redes de sentido que sobre el suicidio articulan las diferentes obras.

Origen de obras de referencia	Frecuencia	Porcentaje
EE UU	655	26,55
OMS/OPS	130	5,27
Canadá	4	0,16
Europa (no España)	340	13,8
España	285	11,55
América Latina	863	34,98
Argentina	163	6,61
Australia	2	0,08
CEPAL	24	0,96
UNICEF	1	0,04
TOTAL	2467	100

Elaboración propia a partir de Anexo 8

En la selección de documentos, se empleó el criterio de muestreo teórico⁷, teniendo en cuenta la información que cada material aporta a la comprensión del suicidio juvenil, desde las diferentes disciplinas investigadas. El muestreo se realizó a partir de su contenido como así también considerando la frecuencia con la que son citados en otros materiales. Para el trabajo con los textos, se ha optado por la técnica de análisis de contenido, el que se orientó hacia la búsqueda de patrones de argumentación sobre el suicidio en los cuatro grupos determinados: los profesionales de la salud, los sociólogos, los filósofos y los teólogos. A lo largo del texto de la tesis se transcriben algunos párrafos alusivos del vasto material a partir de su recurrencia, y siguiendo la pauta de saturación a los fines de evitar repeticiones innecesarias. A partir de un análisis de contenido transversal seleccionamos muestras textuales del corpus en las que se expresan las creencias acerca del suicidio, para luego analizarlas.

Conjuntamente se realizó un estudio etnográfico de las Iglesias Evangélicas Bautistas agrupadas en la Confederación Evangélica Bautista Argentina, de raíces cercanas al protestantismo. Estas iglesias presentan un rasgo de particular interés para la indagación: los creyentes tienen acceso directo al texto bíblico y fundamentan en él su sistema de creencias⁸. Al respecto se trabajó en relación con los llamados Ministerios de Sanidad Interior. Los pastores y líderes de estos ministerios son quienes intervienen frente a una

⁷ En el muestreo teórico el número de casos estudiados carece relativamente de importancia. Lo importante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador en el desarrollo de comprensiones teóricas sobre el área estudiada de la vida social (Taylor y Bogdan, 1986: 108)

⁸ “El protestante es el autor de su creencia. La Biblia es puesta en sus manos y ninguna interpretación le es impuesta” (Durkheim, 2006:248)

tentativa de suicidio o en el acompañamiento de familiares o amigos de alguien que se ha suicidado. La etnografía de este ‘quehacer’ incorpora nueva información para reconocer las intersecciones que aparecen en las fundamentaciones de las creencias acerca del suicidio y entre los componentes de sus argumentos teológicos como científicos.

Este aspecto del trabajo de campo comenzó a principios de 2005 en una Iglesia del Partido de La Matanza y concluyó a fines de 2009 con la inclusión de otros espacios de observación como otras congregaciones, el Seminario Internacional Teológico Bautista y eventos de nivel nacional. Las técnicas de recolección de información utilizadas fueron la entrevista abierta y la observación participante. Se realizaron observaciones en un congreso nacional organizado por JEBA (Juventud Evangélica Bautista Argentina) así como en el retiro nacional de líderes realizado en Villa Giardino (Provincia de Córdoba) del 14 al 17 de Enero de 2010, bajo el mismo lema.

En segundo lugar, se trabajó en una congregación de la zona oeste del conurbano bonaerense caracterizada por su trabajo con adolescentes y jóvenes. En el transcurso del estudio etnográfico participaron de las actividades unos 150 adolescentes y jóvenes. Dicha congregación contaba además con un ministerio de sanidad interior en expansión dedicado a la atención de personas de diferentes edades, pero en especial jóvenes, por lo que se consideró de especial interés a los fines de esta investigación. En este caso se realizaron reiteradas observaciones en los cultos dominicales. En los mismos participaba un número variable de personas de alrededor de 200, asistiendo a los tres momentos principales en que se ordena el culto: el tiempo de adoración, con canciones, lectura de textos bíblicos, ofrenda y oración; el momento de bienvenida, donde todos los asistentes se saludan y conversan por unos minutos mientras suena música; y el momento del mensaje, donde los pastores predicán durante alrededor de una hora. Durante los cultos y en especial durante las predicaciones es posible percibir las perspectivas teológicas de diferentes temáticas que son tratadas por los pastores y los modos de relación que se establecen entre las personas de la comunidad.

En cuanto a entrevistas personales se realizaron en estos espacios del Ministerio, al Pastor principal (Horacio, de 50 años), al Pastor Asociado, quien dirigía el Ministerio de Sanidad Interior (Ignacio de 40 años), a la esposa del pastor principal (Celeste, 45 años), a una coordinadora de grupos de mujeres (Rosa, 45 años), a una intercesora —persona dedicada al ministerio de oración— (Fiona, 55 años). Ambos pastores tienen formación

teológica formal recibida en el Seminario Internacional Teológico Bautista y son “ordenados” al ministerio pastoral. Vale la pena comentar en este punto que el procedimiento de ordenación entre los bautistas consiste en la evaluación del candidato al pastorado por parte de un presbiterio compuesto por pastores bautistas ya ordenados, en el marco de una ceremonia formal donde el presbiterio dedica al nuevo pastor al ministerio frente a la congregación, realizando imposición de manos. Se realizaron reiteradas observaciones en los cultos dominicales ya que durante ellos, en especial en las predicaciones, es posible conocer las perspectivas teológicas de diferentes temáticas. Se observó el desarrollo de cinco retiros del Ministerio de Sanidad Interior y se realizaron entrevistas personales a pastores, líderes y jóvenes. Se seleccionó como caso ilustrativo el de Antonella (20 años) quien al momento de su incorporación a la iglesia atravesaba frecuentes ataques de pánico, alucinaciones y un cuadro de ideación suicida. En este caso se ponen en juego los dispositivos de cuidado frente al riesgo de suicidio que organizan la intervención. Se analiza la trayectoria de Antonella desde su llegada a la iglesia hasta su incorporación como líder de una célula.

La particularidad del trabajo realizado está dada por la lectura cruzada de las fuentes, las que serán recuperadas en el desarrollo de los capítulos y expuestas sintéticamente en el cuadro de trabajo que se incorpora como apartado en el Anexo 8. Así, el buceo bibliográfico colaboró en orientar mejor el estudio de las creencias a través de la etnografía de experiencias, en particular las religiosas, y ello -en un ida y vuelta- nos permitió volver a analizar y resignificar los materiales escritos.

A continuación se amplían los principales conceptos teórico-metodológicos centrales y sus efectos al momento de su operacionalización.

1.2- Sobre la estrategia de triangulación

Adoptar la estrategia de la triangulación implica el uso de múltiples métodos para el estudio de un mismo objeto. A partir de esta definición amplia, hay una compleja construcción de las maneras en que puede tomar forma esta estrategia que permita vincular datos, investigadores, nociones teóricas y diversas decisiones metodológicas.

Este modo permite al investigador ubicarse no centralmente sino en una posición equidistante entre diversos puntos de referencia con distintos tipos de materiales para observarlos y analizarlos críticamente, testarlos, identificar sus debilidades y establecer

dónde hay que realizar un testeo adicional. La triangulación posibilita al investigador incrementar la confianza en sus propios hallazgos y comunicarlos mejor evitando la pretensión de tener una visión privilegiada (Fielding, 1986 en Vasilachis, 1993: 69). Sin embargo, no significa que la triangulación garantice la validez del estudio.

El término procede del campo de la topografía: marinos, estrategias militares y geómetras lo utilizan con el fin de poder ubicarse en el espacio (Mendicoa, 2003: 74). El término refiere a la actividad de tomar múltiples puntos de referencia para localizar una posición desconocida. Campbell y Fiske son señalados como los primeros que aplicaron en 1959 la noción de triangulación en la investigación (Arias, 2000).

En una de sus primeras definiciones, Denzin (1978) define la triangulación como la combinación de metodologías para el estudio del mismo fenómeno. Se trata un plan de acción que le permite al investigador superar los sesgos propios de una determinada metodología. Un proceso de múltiple triangulación se da cuando los investigadores combinan en una misma investigación diversas observaciones, perspectivas teóricas, fuentes de datos y metodologías (Vasilachis, 1993: 65).

Otros refieren también a esta estrategia como una “convergencia metodológica”, “método múltiple” y “validación convergente”. En estas diferentes definiciones subyace el supuesto de que las particularidades de los métodos cualitativos y cuantitativos deben considerarse no como campos rivales sino como complementarios. Su efectividad se basa en la premisa de que “las debilidades de cada método individual van a ser compensadas por la fortaleza contra-balanceadora del otro” (Vasilachis, 1993: 66).

No se trata entonces de elegir entre técnicas individuales sino de realizar una operacionalización múltiple, una combinación que permita un abordaje más enriquecedor del objeto de estudio.

De acuerdo con la propuesta de Brewer y Hunter (1990) la estrategia fundamental del “abordaje multimétodo” es trabajar el problema a investigar viéndolo desde distintas perspectivas.

Por su parte, la concepción de los métodos cualitativos y cuantitativos como complementarios toma en consideración el hecho de que cada uno provee información que no sólo es diferente de la provista por el otro, sino que, además, es esencial para interpretar a la otra. Esta concepción, puede entenderse en el marco del post-empirismo

(Schuster, 2002) que sostiene una visión amplia de la ciencia, una idea sub-determinista de la relación con los datos y una teoría de la interpretación. En este sentido, toda ciencia es hermenéutica (Giddens 1987) porque exige una dimensión de interpretación. Al mismo tiempo, las teorías sociales soportan una doble hermenéutica, porque interpretan una realidad que ya está interpretada por los propios sujetos que la producen y reproducen (Schuster, 2002:51 -52).

La complejidad de los objetos de estudio deja en evidencia que no hay una oposición fundamental entre los propósitos y las capacidades de los métodos y datos cualitativos y cuantitativos, y que los distintos datos son necesarios: no los cuantitativos para probar a los cualitativos sino ambos usados como suplementarios en tanto distintos tipos de datos sobre el mismo fenómeno que pueden generar reflexiones teóricas.

Hay cuatro tipos básicos de triangulación —siguiendo la clasificación propuesta por Vasilachis (1993) y Mendicoa (2003) —: triangulación de datos, triangulación de investigadores, triangulación teórica y triangulación metodológica.

Dentro de este último tipo se encuentra la *intrametodológica*, o dentro del método, que es la que se ha empleado en este trabajo. El mismo método o distintas estrategias pertenecientes a éste son utilizadas en diferentes ocasiones. La triangulación dentro de métodos es la combinación de dos o más recolecciones de datos, con similares aproximaciones en el mismo estudio para medir una misma variable. El uso de dos o más medidas cuantitativas del mismo fenómeno en un estudio, es un ejemplo. La inclusión de dos o más aproximaciones cualitativas como la observación y la entrevista abierta para evaluar el mismo fenómeno, también se considera triangulación dentro de métodos.

Como plantean Vera y Villalón (2005: 85), todo proceso de investigación es complejo y, por su misma complejidad supone creatividad e innovación en el desarrollo del uso de nuevas aproximaciones metodológicas y la integración de diversos marcos teóricos, conceptuales y metodológicos. En este contexto es que la triangulación cobra sentido.

1.3- Sobre la técnica de análisis de contenido y la búsqueda de patrones de argumentación

Para llegar a la interpretación de los productos comunicativos es posible utilizar diferentes técnicas. En el caso del presente trabajo, se ha optado por la técnica de análisis de contenido, entendido como el conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados. Basado en técnicas cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tiene por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido los textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

Desde finales del siglo XX, el análisis de contenido se ha convertido en una de las técnicas de uso más frecuente en las ciencias sociales⁹.

Su objetivo es lograr la emergencia del sentido latente que procede de las prácticas sociales y cognitivas que recurren a la comunicación para facilitar la interacción que subyace a los actos comunicativos concretos y a la superficie material del texto.

El análisis de contenido se convierte en la búsqueda de la desocultación de la expresión, donde ante todo interesa indagar sobre lo escondido, lo latente, lo no aparente, lo potencial, lo inédito (lo no dicho) de todo mensaje (Piñuel Raigada, 1995). Esta perspectiva amplía el campo de estudio del análisis de contenido hacia la dimensión no manifiesta del texto que requiere de una mirada a las condiciones contextuales del producto comunicativo, al proceso de comunicación en el que se inscribe, y por tanto a las circunstancias de su producción y recepción.

Los textos remiten a un universo de prácticas sociales y cognitivas donde cualquier interacción comunicativa cobra unos límites particulares que son mediados y mediadores de aquellas prácticas a las que sirven. Ello no implica que debamos sustraernos a los

⁹ Varios hitos en la evolución del análisis de contenido permiten comprender su desarrollo en el ámbito sociológico; son los siguientes hitos de la investigación, reproducidos por López Aranguren (Piñuel & Gaitán, 1995: 516):

1. *Décadas de 1920 y 1930*. Análisis sobre el concepto de 'estereotipo social' sugerido por Lippmann (1922) y sobre el concepto de 'actitud', de reciente aparición en psicología.
2. *Segunda Guerra Mundial*. Análisis de Lasswell y colaboradores, sistematizados más tarde por George (1959): conceptualización de objetivos y procesos de comunicación.
3. *Décadas de 1950 y 1960*. Codificación manual. Obras de Pool (1959), Lasswell et al (1965) y Holsti (1969).
4. *Aplicación de la informática*, codificación electrónica automatizada, a partir de la obra de Stone y colaboradores (1966) sobre el sistema GeneralInquirer para el análisis contenido de mensajes por medio de ordenador. (Ver García Ferrando, M., Ibáñez, J. y Alvira, F., 1986).

supuestos teóricos de los que se parte. Si en cambio, la técnica del análisis de contenido no producirá interpretaciones relevantes de los datos si éstos mismos no son relevantes para conocer condiciones de comunicación; y estas condiciones son de naturaleza sociocognitiva.

Los actores de una interacción comunicativa poseen un determinado conocimiento acerca de la significatividad de ciertas expresiones y acerca de las pautas de acción y coordinación de acciones y operaciones que regulan una clase de interacciones comunicativas. El ‘saber hacer’ acerca de la comunicación es un patrimonio cognitivo, es decir, es un producto de la práctica comunicativa, que se almacena en la memoria de los sujetos y que se activa cuando estos entran a tomar parte de una interacción comunicacional en forma de esquemas previos (auto-referencia), que guían la construcción recursiva de las “representaciones e inferencias”. Los esquemas que el sujeto posee acerca de los demás (esquemas sociales), contienen datos que no sólo se refieren a las propiedades identitarias del sujeto (su edad, su sexo, su aspecto físico, su personalidad, su familiaridad –si es conocido o desconocido– su nivel de conocimientos, etc.), sino también a la posición que ocupan (estatus) y a la función que desempeñan (rol) dentro de los grupos y organizaciones sociales, es decir, en su calidad de agentes de un sistema social. Esos datos van delineando las formas de comportamiento del sujeto al comunicarse.

Para describir ese patrimonio cognitivo es necesario recurrir, a un nuevo concepto: el concepto de socio-esquema. Este concepto es una síntesis emergente entre el concepto de modelos de representación y el concepto de esquema cognitivo. Por esta razón, en el concepto sintético de *socio-esquema* se salva la idea de *modelo* en el sentido de que se pueden descubrir los límites de los esquemas cognitivos disponibles para un grupo social. Si el acuerdo que los sujetos construyen deja de ser contingente a cada situación, y se torna en trascendente (Ibáñez, 1986) —común al grupo y a una comunidad— esto se debe a que las “prácticas sociales y cognitivas se reproducen según patrones de sentido, que son los que están en la base del discurso social” (Piñuel & Gaitán, 1995: 520).

Para que el conjunto de procedimientos interpretativos que se emplean en el análisis de contenido pueda sostenerse como estrategias y técnicas de investigación científica, se requiere la elaboración de un repertorio de categorías derivadas de un marco metodológico en que se fija como objeto de estudio la comunicación.

El análisis de contenido ha de entenderse como un meta-texto en tanto resultado de la transformación de un texto —o conjunto de textos— de acuerdo a unas reglas de procedimiento, de análisis y de refutación justificadas metodológicamente.

1.3.a- Secuencia del análisis de contenido

El análisis de contenido incluye los siguientes momentos que se han desarrollado en el trabajo de la presente tesis:

- *Selección de las comunicaciones que se estudiarán*

No puede plantearse de la misma forma un análisis de contenido del discurso producido por un grupo de discusión, en el cual las personas conversan sobre un tema, que un análisis de contenido de la correspondencia entre dos personas, o que un análisis de contenido de relatos mediáticos o textos académicos. Estos discursos tienen formatos y situaciones de comunicación muy diversas. Según los objetivos de la investigación aplicada a esos formatos y situaciones de comunicación, puede diferenciarse análisis de contenido de carácter exploratorio, descriptivo, verificativo y explicativo.

Los análisis exploratorios sólo tienen por objeto una aproximación al diseño definitivo de una investigación en la que el análisis de contenido sea una técnica elegida para elaborar, registrar y tratar datos sobre documentos. Estos análisis exploratorios generalmente se desarrollan para determinar la elección del corpus de documentos de que se dispone para plantearse un problema de análisis en torno a situaciones que han producido aquellos textos, la señalización de categorías relevantes para aquel estudio de procesos comunicativos y la prueba de los indicadores de medida y de criterios más adecuados al corpus.

Los análisis descriptivos tienen por objeto la identificación y catalogación de la realidad empírica de los textos o documentos, mediante la definición de categorías o clases de sus elementos. Como uno de los análisis de contenido descriptivos más específico puede citarse el análisis documental (o de recuperación de información) con muchas variantes. Aparte de la identificación intra-textual de la estructura que adopta el producto comunicativo, lo más interesante es partir de los contextos donde se inscribe el material de análisis, es decir, de su estructura de producción o de recepción comunicativa, social y culturalmente integrada: así, por ejemplo, descripción de las características de las

situaciones, entornos y contextos implicados en su producción y recepción (desde los históricos a los personales, desde los públicos a los privados), o también descripción de los aspectos sociológicos y psicológicos de los individuos, grupos o instituciones emisoras y receptoras en los procesos de comunicación que dieron origen a esos productos.

Los análisis verificativos y explicativos pueden dar cuenta de inferencias sobre el origen, naturaleza, funcionamiento y efectos de los productos comunicativos.

- *Construcción de las categorías de análisis que se emplearán*

Las categorías de análisis tienen una función central. La selección de la comunicación a estudiar permite enmarcar fenomenológicamente el objeto material de análisis —y también las fuentes del material que haya de configurar el corpus de estudio—, pero la selección de categorías construye la “mirada” sobre el objeto. Las categorías siempre derivan de las miradas, o lo que es más preciso, de las representaciones que permiten la mirada del objeto de análisis. La construcción de categorías pone en juego el bagaje teórico del investigador y debe estar vinculada directamente con los objetivos de conocimiento del estudio planteados.

- *Selección de unidades de análisis*

De acuerdo con el diseño de la investigación, se seleccionan productos singulares de comunicación. No todos los datos que pueden ser elaborados, registrados y tratados, a partir de productos comunicativos o textos, resultarán adecuados, y serán significativos y suficientes para el trabajo de investigación.

La pertinencia de la elaboración de datos mediante el análisis de productos singulares de comunicación procede de someter a prueba que las operaciones de análisis de un texto y la elaboración, registro y tratamiento de los datos referidos a éste, resulten “adecuados, significativos y suficientes” para mostrar su singularidad respecto a la situación de comunicación que constituye el campo de estudio (Piñuel & Gaitán, 1995: 524).

- *Selección de parámetros de medición y evaluación*

Según los parámetros de medición y evaluación puede diferenciarse análisis de contenido cuantitativo y cualitativo. Esta distinción sin embargo es débil, porque los aspectos cualitativos se encuentran en toda investigación que parta de una teoría que sirve para construir el objeto científico de estudio, y los análisis de contenido no pasan a la cuantificación de las unidades de análisis hasta que no se ha definido previamente un

repertorio de categorías o ítems provistos por el marco teórico, el planteamiento del problema y por los objetivos del estudio aplicado a un objeto, siempre construido a priori. En este sentido en este trabajo se ha realizado básicamente análisis cualitativo.

1.3.b- Tipos de diseño del análisis de contenido

Siguiendo la clasificación presentada por Piñuel Raigada (2002), según el diseño de análisis del objeto de estudio, es decir, del proceso singular de comunicación donde tienen su origen los productos comunicativos, pueden diferenciarse análisis de contenido horizontales, verticales, transversales, longitudinales y triangulares. A continuación se presenta una síntesis de sus características:

- *Análisis de contenido horizontales*: se valen de un corpus documental extenso, típicos en el análisis de contenido de carácter cuantitativo. Suelen ser objeto de un tratamiento estadístico a partir de una construcción muestral.
- *Análisis de contenido verticales*: se caracterizan por trabajar con un corpus muy reducido o de un solo caso. Su desarrollo —a diferencia del que es propio de diseños horizontales— es mucho más amplio que el texto analizado. Se trata de análisis no cuantitativos, que no recurren a procedimientos de muestreo, en los que el significado deriva más de las relaciones, las oposiciones y el contexto, que de medidas cuantitativas.
- *Análisis de contenido transversales*: consiste en seleccionar muestras de corpus textuales que difieren, por ejemplo, en cuanto a una toma de postura ante un tema, para formar con ellos grupos independientes que se analizan en el mismo momento histórico crucial reflejado en esos corpus.
- *Análisis de contenido longitudinales*: consiste en analizar un corpus en diferentes momentos de su trayectoria, ya sea aplicando medidas repetidas o sirviéndose de muestras independientes.
- *Análisis de contenido triangulares*: se caracteriza por la recolección y comparación de distintas perspectivas sobre la misma situación de comunicación y se basa en la contrastación de la descripción, explicación y evaluación de los contenidos analizados en una investigación, con otras descripciones, explicaciones o evaluaciones de otras investigaciones realizadas sobre el mismo objeto.

Al respecto, en la presente investigación se ha realizado un análisis de contenido transversal para el estudio de los productos comunicativos (mensajes, textos o discursos), considerando válido aquel supuesto señalado por Foucault:

En toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por un cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad (Foucault, 2005: 14).

En la búsqueda de estos procedimientos, resulta útil el concepto de patrones de argumentación (Marafioti, 2005). Se trata de una noción amplia. Involucra diferentes elementos que están supuestos en el discurso. Por un lado, todo texto supone un modelo —que le permite constituirse como tal— y un dueño. Ambos son sus patrones. También el discurso implica un soporte que le da forma y poder, lo que permite su reconocimiento. Esta forma se individualiza y se recorta en el conjunto de cosas dichas. Ese discurso está dotado entonces de un poder que “oscila entre la institución que lo cobija y quien lo profiere”. Lleva implícito un patrón de reconocimiento que es el que posibilita que al reiterarse los mecanismos, se repitan las operaciones que tendrán como resultado un mayor o menor éxito. Por otra parte hay también sujetos que se apropian de esas formas y les dan un estilo singular. Ellos también son los patrones de su propio discurso. “Estos patrones de la argumentación tienen éxito si consiguen el objetivo de ganar las conciencias de los interlocutores.”(Marafioti, 2005: 11)

La noción de patrones de argumentación, tomada como categoría como categoría para el análisis de contenido, facilita la búsqueda de elementos que nos ayudan a dilucidar las funciones sociales de los discursos analizados porque proveen reglas sobre las que descansan los discursos, y en este sentido posibilitan reconocer en ellos un determinado campo argumentativo que tiene propios mecanismos. Estos campos en los que se inscriben las condiciones de posibilidad de producción de los productos comunicativos, pueden definirse como campos de fuerzas, “cuya necesidad se impone a los agentes que se han adentrado en él, y como un campo de luchas dentro del cual los agentes se enfrentan, con medios y fines diferenciados según su posición en la estructura” (Bourdieu, 1997: 49). Los campos funcionan con verdadera independencia y operan como un sistema estructurado de fuerzas objetivas. Según la esfera en la que esta configuración relacional de individuos e instituciones se desenvuelve, podemos hablar de campo político, intelectual, económico, religioso, etcétera. Asimismo, los campos son

universos sociales relativamente autónomos. Es en esos campos, campos de fuerzas, en los que se desarrollan los conflictos específicos entre los agentes involucrados. La educación, la burocracia, los intelectuales, el religioso, el científico, el del arte, etc. son campos específicos, es decir, estructurados conforme a esos conflictos característicos en los que se enfrentan diversas visiones que luchan por imponerse.

En el desarrollo de la investigación se analizarán las relaciones que se establecen entre diferentes campos —partiendo del criterio de que no son campos aislados y que se integran en los modos de comprender el mundo de los sujetos— a través de la construcción de las explicaciones del suicidio juvenil, y las creencias que entran en juego en las mismas.

1.4- Acerca de una etnografía de la experiencia

Para conocer los motivos, significados, experiencias y creencias que son objeto de esta investigación, y producir datos descriptivos habremos de considerar las propias palabras de las personas y la conducta observable. También es necesario tomar en cuenta que el investigador en sí mismo es una insustituible herramienta de recolección de datos y parte del encuadre relacional necesario para dicha captación (Robson, 2002). Queda implicada una perspectiva holística en la que las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. A su vez, la conducta humana, lo que la gente dice y hace, es producto del modo en que define su mundo. La tarea del investigador es advertir ese proceso de interpretación procurando ver las cosas desde el punto de vista de otras personas (Taylor y Bodgan, 1996:23).

Asimismo, y en la medida que como investigadores somos sensibles a los efectos que causamos sobre las personas que son objetos de estudio, intentamos suspender nuestras propias creencias y valoraciones. Se trata de comprender a las personas en sus marcos de referencia por cuanto todas las perspectivas son valiosas (Taylor y Bodgan, 1986).

Las ventajas del método fenomenológico en la descripción y comprensión de vivencias, conceptos, creencias, representaciones, emociones, acciones, en suma, contenidos de conciencia, son ampliamente reconocidas (Husserl, 1949; Landgrebe, 1968; Silazi, 1973). En el campo de las ciencias sociales es crecientemente utilizado destacándose diversos autores (Schütz, 1972; Merleau Ponty, 1969; Garfinkel, 1967) y enfoques, como la

antropología fenomenológica (por ejemplo, Good, 1994; Kleinman, 1991), el interaccionismo simbólico (por ejemplo, Blumer, 1969, Kuhn, 1964) y la etnometodología (Zimmerman y Wieder, 1970).

El método fenomenológico supone un primer momento, que podríamos denominar negativo, en cuanto implica la reducción o puesta entre paréntesis de conocimientos previos tanto teóricos como tradicionales y disposiciones pragmáticas y afectivas (Husserl, 1949; Merleau Ponty, 1969). Supone reducir lo que Schütz (1972) denominó el mundo del sentido común, vale decir el conjunto de vivencias, experiencias y sentidos que son inmediatos para el investigador en su calidad de sujeto que es parte de una sociedad determinada. El sentido de la puesta entre paréntesis radica en acceder sin prejuicios previos a los significados que las acciones y fenómenos tienen para los actores sociales, en tanto contenidos de conciencia, esto es percepciones, creencias, representaciones, conocimientos y emociones.

En nuestro caso buscamos alcanzar un acabado fenomenismo de los significados, acciones y emociones que los actores sociales vivencian en relación con el suicidio de los jóvenes, aplicando este abordaje en grupos evangélicos seleccionados para comprender los sistemas de creencias vinculadas al problema en cuestión. Al respecto, la descripción fenoménica requiere del relevamiento de todos los aspectos que se asocian al proceso de construcción de explicaciones sobre el suicidio en cuanto fenómeno social y cultural

En su segundo momento, el enfoque fenomenológico recurre nuevamente a la reducción o puesta entre paréntesis, esta vez para alcanzar la esencia del fenómeno (Husserl, 1949; Landgrebe, 1968; Szilasi, 1973). Para ello, es necesario reducir todos aquellos aspectos de lo dado que sean secundarios o accesorios o que hagan a la existencia histórica del fenómeno, procedimiento que permite descubrir y comprender la esencia, la cual es una estructura de significación de carácter general. Por ello, y para dar cuenta de las creencias, no se puede sólo considerar los aspectos objetivos emergentes de las producciones literarias de teólogos o intelectuales de los grupos estudiados –lo cual será analizado desde el análisis de contenido- sino que resulta necesario enfocar la experiencia subjetiva (Good, 1994); lo que Kleinman (1991) ha llamado una etnografía de la experiencia.

Congruente con los supuestos fenomenológicos, el trabajo de campo se ha concentrado en el estudio de caso. La unidad de análisis ha sido la Iglesia Evangélica Bautista que

describiremos más adelante, aunque anticipando su oportunidad dada la cercanía que plantea entre fe y ciencia, como por la diversidad de producciones que dan cuenta de esta interrelación. En ella observamos e interactuamos -a través de entrevistas abiertas, extensas y recurrentes con informantes calificados y grupos naturales (Coreil, 1995), y de la observación (Griaule, 1969; Robson, 2002; Taylor y Bodgan, 1996)- con: a) individuos que han vivenciado alguna situación vinculada al suicidio juvenil en su entorno familiar, b) pastores que atienden en los “ministerios de sanidad interior” a las personas del primer grupo, c) teólogos bautistas que construyen explicaciones sobre el suicidio.

Consideramos como informantes calificados a: jóvenes que han pasado por ideación suicida, sobrevivientes de intentos de suicidio, familiares de jóvenes que han estado afectados por alguna situación ligada al suicidio, pastores que trabajan en ministerios de sanidad interior y otros especialistas religiosos, miembros de grupos de oración, participantes asiduos de cultos y aquellos teólogos que el grupo de referencia señala como expertos en el tema. Las entrevistas a especialistas permitieron describir y comprender el perfil de los especialistas evangélicos.

Las entrevistas extensas, abiertas y recurrentes han permitido que los individuos se expresen libremente sobre la base de sus asociaciones y reflexiones sobre los significados de hechos y acciones, sin ser presionados por las inducciones, preconcepciones y recortes previos del campo a investigar. Se realizó observación y observación participante en eventos de capacitación sobre sanidad interior y en actividades cúllicas de iglesias bautistas.

En las entrevistas cada informante fue entrevistado recurrentemente, volviendo a los temas tratados con el objeto de captar las significaciones y comportamientos referidos en toda su amplitud, su campo de asociaciones y los sistemas valorativos en los que se inscriben.

En el gabinete se procedió a la transcripción del material de entrevistas y posteriormente a su clasificación y sistematización. Se sistematizó el material proveniente de la observación, para luego proceder a su confrontación con el material proveniente de entrevistas. El análisis de los datos apunta a develar los significados de las vivencias, nociones y creencias de estos actores sociales.

1.5- Sobre la categoría creencias

1.5.a- Creencia y saber

La creencia ha estado presente como categoría fundante de los modos de entender el conocimiento en relación con el suicidio juvenil. Pero veamos más detenidamente el concepto de creencia.

Platón sostiene en Teetetos¹⁰ que existen tres requisitos o condiciones que se deben exigir para que pueda decirse que una proposición P expresa un conocimiento, a saber, las condiciones de creencia, verdad y prueba. Así, en primer lugar, quien formula la afirmación P debe creer en ella; además, el conocimiento expresado por P debe ser verdadero; y finalmente, deben ofrecerse pruebas de que P es una afirmación verdadera. Si no hay creencia, aun cuando existan verdad y prueba, no podemos hablar de conocimiento (Klimovsky, 1994: 21, 55).

Por su parte y en muchos casos, la noción de creencia se utiliza indistintamente con la noción de fe. Es más común, sin embargo, usar creencia en un sentido más general y fe circunscripta a la creencia religiosa. Durante la Edad Media, cuando por creer se entendía tener fe, se debatió con frecuencia la relación entre creencia y ciencia, creencia y saber, creencia y razón. En aquellos debates algunos autores entendieron que la razón es una preparación para la creencia, viendo a ambos elementos conjugarse sin demasiado conflicto. Otros estimaron que solamente si se cree se puede comprender. La creencia requiere comprensión, como indica la frase de San Anselmo “Fides quarens intellectum”. Es él quien desarrolla el tema de “creo para comprender”. Sin embargo, otros autores medievales plantearon que puede haber conflictos entre creencia y razón, y que podrían resolverse si se parte de la creencia para fundamentar los razonamientos sobre lo creído. Otros asumieron que el conflicto entre creencia y razón era irreconciliable, de modo que solamente sería posible la creencia abandonando la razón. Esta posición sostendrá que hay dos tipos de verdades: las de la creencia y las racionales; interpretación llamada “verdad doble”.

Algunas veces se ha usado creencia en un sentido más ligado a la experiencia subjetiva. Esto se observa en algunos textos de Santo Tomás y de Hugo de San Víctor al hablar de que la creencia se halla “por encima de la opinión y por debajo de la ciencia”.

¹⁰ Dialogo de Platón que habría sido escrito en el 369/368 a.C.

Posiblemente sea el período conocido como inicio de la secularización en el que más se buscó distinguir el saber científico de la creencia, estableciendo una jerarquización. Sin embargo, con el paso del tiempo y en el marco de la crisis del empirismo moderno, el supuesto de que las explicaciones científicas se diferenciaban completamente de las explicaciones teológicas basadas más en creencias que en evidencias, comenzó a ser cuestionado. Un punto álgido en este sentido lo constituye la idea de la “religión moderna del progreso” que incorpora y entrelaza los patrones explicativos de la cosmovisión judeo cristiana en torno a la salvación y la escatología (Löwith, 2007). La propia idea de secularización se nutre del sentido de la ‘profecía’ como Bauman (1996) prefiere enunciar, sosteniendo un camino ‘de ida’, sin retorno, caracterizado por un avance de lo primitivo a lo más complejo, una sociedad más racionalizada, diferenciada y fragmentada tras un declive de la cosmovisión religiosa, y una autonomización de los individuos del control tanto del sentido religioso como de sus instituciones. Tan difícil le resultó al pensamiento moderno despojarse de sus ‘creencias’ que hasta el debate sobre la secularización incorpora metáforas de la muerte (Dutton, 2008). Con una fundada argumentación Löwith (2007) analiza los fundamentos teológicos de la perspectiva histórica moderna, generalmente ignorados o negados por la racionalidad occidental.

En su uso más frecuente, la creencia aparece como un concepto opuesto al de saber y también al de opinión o sentido común. Sin embargo la creencia no es opuesto al saber, al conocimiento, pues incluye además de un criterio de verdad, un conjunto de enunciados con elementos descriptivos, valorativos y prescriptivos (Lyotard, 1987). La creencia es una modalidad cognitiva. Es resultado de una actividad mental que encuentra como vehículo de expresión el discurso narrativo, entendiendo a la narración como modalidad cognitiva de organización de la experiencia (Palleiro, 2008: 222-223).

1.5.b- Lo social y las creencias

Las creencias pueden ser entendidas como constituyentes de formas de solidaridad, en tanto significados compartidos en una estructura de lazos sociales, relaciones sociales y experiencias de poder y autoridad. Poder que se relaciona con el hecho de que “las creencias y prácticas religiosas, como otras actividades tradicionales, tienden a fundir moralidad y emoción. Como pone de manifiesto Weber, tienen una base motivacional adecuada y visible” (Giddens: 1997, 90).

Su construcción es un proceso social. En el enfoque propio de la sociología bourdieuana, desde nociones como habitus, sentido práctico, violencia simbólica, illusio, collusio, nomos, aparece constantemente la referencia a los procesos de reproducción y generación de creencias, visceralmente incorporadas, con su carga productiva y a la vez fundante del mundo social.

Por su parte, en las reglas que articulan los espacios sociales se conforma una base de certezas que hacen posible tanto la cohesión como los conflictos en el espacio social.

“Son en buena medida las creencias socialmente construidas las que hacen presente en los agentes toda la historia del campo en cuestión y constituyen la mediación entre un estado dado de relaciones, producto de unas posiciones en un momento particular, y las tomas de posición, es decir, los discursos y las prácticas, de esos agentes en el mismo momento” (Martínez en Bourdieu: 2009, 11)

Entre los agentes formadores de creencias, y en relación con diversos temas entre otros la cuestión de la muerte, la Iglesia es reconocida como una fuente de poder simbólico importante en la construcción de creencias sociales. Sin embargo su poder sólo puede ser eficaz en relación con ciertas disposiciones preexistentes, que son producidas, propiamente hablando, por la Iglesia misma (Bourdieu: 2009, 46). Así, la consolidación de las creencias es un proceso que se retroalimenta por el poder simbólico de quien las promueve.

1.5.c- La presencia de creencias en la ciencia y el desafío de identificar retóricas del creer

El hombre es un “ser productor y reproductor de creencias”. Pueden conceptualizarse dos posiciones teóricas a partir de las cuales aprehender el problema del creer en el mundo contemporáneo: la primera se centra en una “interrogación sobre el objeto” (lo dicho, lo enunciado); la segunda desarrolla específicamente una problemática del “acto de creer” (el decir, la enunciación). La primera posición pretende reiterar incansable y pasionalmente el cuestionamiento de la veracidad de la creencia, mientras que la segunda posición, busca describir rigurosamente los modos de circulación de las consciencias creyentes a través de objetos susceptibles de expresar y de reunir convicciones. Ambas posiciones -a pesar de ser aparentemente irreconciliables- pueden ser miradas complementarias (Sanabria, 2001: 28).

Asimismo, la creencia es una modalización de la certeza.

Esta modalización consiste en una operación relativizante, que expresa un posicionamiento del sujeto con respecto a un estado de cosas cuyo valor de verdad se sostiene a partir de una adhesión personal o interpersonal... Se trata de enunciados que se aceptan como ciertos, por medio de operaciones subjetivas de aserción o afirmación (Palleiro, 2008: 32, 221)

Las creencias se expresan en discursos creíbles que están relacionados con prácticas específicas, y que varían según actores, tópicos y contextos de enunciación. Expresan declaraciones sobre 'mundos posibles', universos no necesariamente verdaderos pero si verosímiles en una suerte de 'como si' analógico.

Al crear estos mundos posibles, se da forma a otros universos ficcionalizados. Se construye así una "retórica del creer" (Palleiro, 2008). Esta retórica, es el arte de persuadir mediante el empleo de unas estrategias de discurso. La organización retórica de un texto da cuenta tanto de aspectos afectivos del autor, como de elementos contextuales, de índole histórica o práctica, y de razonamientos humanos sobre hechos, valores y creencias. En este sentido el análisis busca ordenar argumentos persuasivos más que demostrar científicamente el valor de una tesis en el empleo de la metodología de producción de conocimiento propia de una determinada disciplina.

Algunas de las estrategias retóricas empleadas para la persuasión son la metáfora y la metonimia. La metáfora puede definirse como una transposición (cambio de significado) basada en la analogía (semejanza). Se trata de un instrumento cognitivo que permite establecer implicaciones entre temas que pertenecen a dominios diferentes. La metonimia puede definirse como un tipo de referencia indirecta por la que se alude a una realidad implícita a través de otra explícita. Se trata de un procedimiento por el que se sustituye una referencia por otra relacionada con ella no por semejanza sino por contigüidad.

Contra la visión tradicional que sostiene que la metáfora no puede formar parte del discurso de la ciencia y, en particular, de las definiciones científicas debido a su carácter ambiguo, existe una amplia variedad de metáforas científicas, empleadas con frecuencia en virtud no solo de su carácter esclarecedor de lo abstracto, sino además por la imposibilidad de escapar a un recurso que forma parte de nuestro esquema conceptual (Di Stefano: 2006).

Se considera también el discurso basado en *enxemplo* como otra dimensión de análisis relevante para el estudio de las creencias. Se trata de una narrativa ‘ejemplar’ que está incluida frecuentemente en el discurso científico, al determinar las conductas que tiene que llevar a cabo una persona y que tiene consecuencias sobre nuestras prácticas cotidianas, distinguiendo lo que es legítimo de lo que no lo es, y estableciendo así lo que debe y lo que no debe hacerse o creerse.

Otros elementos que se plantean desde la psicología cognitiva también permiten la identificación de las creencias en los discursos analizados. Es posible reconocer distorsiones cognitivas (Beck y otros, 1983) pensadas como formas en que los sujetos procesan o califican las experiencias: a) pensamiento absolutista/dicotómico; b) sobregeneralización; c) abstracción selectiva; d) descalificación de lo positivo; e) inferencia arbitraria; f) predicción negativa; g) tachadura de pensamiento; h) maximización; i) pensamiento catastrófico; j) razonamiento emocional; k) pensamiento ‘debería’; l) etiquetamiento; ll) personalización.

1.6- “Iglesias Bautistas” como caso de estudio representativo de la fe religiosa.

Dentro de los diversos grupos evangélicos existentes en nuestro país, se han seleccionado en esta oportunidad a los bautistas. Se trata de grupos de raíz protestante en los cuales la enseñanza no se basa en dogmas establecidos, sino que habilitan una interpretación de cada creyente de los textos bíblicos. Otra de las razones de la elección radica en el hecho que en la República Argentina constituyen uno de los grupos evangélicos de mayor antigüedad. Respecto del origen de la denominación bautista no hay detalles precisos acerca de su origen, y desde diferentes posiciones se ha buscado su sentido:

- *Origen en el siglo XVII en Inglaterra como una fase del movimiento separatista.* El separatismo fue hijo de otro movimiento más amplio, el puritanismo. Alrededor de 1633, el bautismo llegó a ser una cuestión candente entre los puritanos. Como resultado del estudio bíblico, varios sectores del movimiento rechazaron el bautismo infantil. Estos antipaidobautistas de orden congregacional (posiblemente bajo la influencia del anabautismo continental), alrededor del año 1641, implantaron el modo del bautismo que definieron como neotestamentario: la inmersión completa de la persona en el agua en el momento del bautismo. Fueron llamados ‘bautistas’ y así surgió la denominación moderna. Los proponentes de

esta teoría se apoyan en una línea histórica ininterrumpida de iglesias bautistas desde aquel entonces.

- *Origen en el tiempo de la Reforma*: cuando algunos grupos espontáneos y populares sólo bautizaban a personas que confesaban su fe en Jesucristo como su único y suficiente Salvador. Estos grupos se los reconoció burlescamente con el nombre de ‘anabaptistas’ o rebautizadores, ya que volvían a bautizar a las personas que ya habían sido bautizadas por sus padres cuando eran niños.

El debate radica entre aquellos historiadores que definen a los bautistas como una rama de los anabautistas y los que lo vinculan con el puritanismo inglés. Quienes están en este segundo grupo no niegan la posibilidad de una relación espiritual con los grupos disidentes que los precedieron en el siglo XVI, pero piensan que la historia de la denominación bautista empieza recién entonces. Hacen la distinción entre la historia del bautismo, la historia de los principios bautistas, y la historia de una denominación bautista. Esta teoría ayuda a explicar las grandes diferencias entre los menonitas (descendientes de los anabautistas del siglo XVI) y los bautistas de hoy día.

Los señalados como precursores son los pastores Baltasar Hubmaier, Conrado Grebel y Félix Mantz en Suiza y Juan Dunck en Alemania. Llegaron a Holanda e Inglaterra dando lugar a la organización de la primera iglesia bautista que puede registrarse históricamente. John Smith y Tomás Helwys fundaron una iglesia con 36 miembros en el año 1608 en Holanda, mientras que en 1611 se organizó otra iglesia en Inglaterra.

Un siglo después los bautistas, en un clima de mayor libertad, se dedicaron a las misiones las que consistieron en enviar personas a otros lugares para que predicaran la fe bautista. En 1872, el pastor bautista Guillermo Carey comenzó a promover la tarea misionera con el envío de predicadores a otras naciones. Mientras tanto, muchos bautistas salieron de Europa rumbo a las tierras americanas. Uno de ellos, R. Williams en 1631, se instaló en la zona desértica de Rodhe Island y fundó la ciudad de Providence y constituyendo el primer estado moderno que incorporó en su constitución la libertad de conciencia. En la ratificación de la constitución en 1647 se declara que “nadie debe ser molestado, castigado, inquietado o declarado sospechoso por ninguna diferencia de opinión en asuntos religiosos”¹¹.

¹¹ Esta frase es frecuentemente citada en las presentaciones de sí mismos que escriben los bautistas. Un ejemplo es http://www.culto.gba.gov.ar/html/divers_relig/conv_evangelica.htm

En el siglo XIX los bautistas se expanden en muchos países del mundo. Los misioneros bautistas establecieron iglesias en todos los continentes, particularmente en países del Africa, Asia y Oceanía. Al finalizar el siglo XIX, ya había en América Latina numerosas iglesias bautistas.

En Argentina, las 850 iglesias bautistas que existen en la actualidad se agrupan en la Confederación Evangélica Bautista Argentina, la que fue fundada el 31 de diciembre de 1908. El primer bautista que se registra en la historia argentina es el pastor Diego Thomson que llegó a Buenos Aires el 6 de octubre de 1818 enviado a difundir los principios pedagógicos del educador evangélico Lancaster. Recibió apoyo del presidente Bernardino Rivadavia y de su ministro Martín Rodríguez. En 1821 ya funcionaban 16 escuelas en la ciudad y la campaña. El 19 de noviembre de 1820 realizó el primer culto bautista del que se tenga noticias en el país. Al salir del país rumbo a Chile y luego al Perú en contacto con el Gral. José de San Martín, el Cabildo de la Ciudad de Buenos Aires le concedió la ciudadanía honoraria reconociéndolo como un ciudadano ilustre.

En 1865 un grupo de bautistas, congregacionalistas y metodistas que inmigraron de Gales se radicaron en el valle del Río Chubut. Su pastor fue Roberto Williams, el primer pastor bautista que dirigió una iglesia de su propia fe en territorio Argentino y en la Patagonia. Sin embargo no es considerada como la primera iglesia del país ya que fue de habla inglesa asistiendo a ella solamente inmigrantes galeses. En la década de 1880 nuevos misioneros bautistas llegaron al país: Jorge Graham en Las Flores; F. Lister Newton en Tandil, Roberto Logan y Roberto Elder en diferentes pueblos de la Provincia de Buenos Aires siguiendo el trazado de las líneas ferroviarias.

Por su parte, el inicio de las instituciones bautistas en la Argentina se asocia con el pastor Pablo Besson. Este llegó en 1881 y se dirigió a la localidad de Esperanza en la provincia de Santa Fe. Se le conoce el episodio por el cual tuvo que enterrar en los jardines de su casa a una niña a cuyo cuerpo se prohibió la entrada en el cementerio por no tener la 'fe de bautismo'. En 1882 se traslada a la ciudad de Buenos Aires y organiza la primera Iglesia Bautista de habla hispana, siendo la actual Iglesia del Centro. Besson militó en defensa de las libertades públicas que consagraba la Constitución Nacional. Realizó un casamiento civil cuando todavía no existía el Registro Civil, fomentando su creación y divulgando los fundamentos en los principales diarios. Su producción literaria llegó a su expresión máxima con la traducción del Nuevo Testamento.

En el año 1903 llega a la Argentina Sydney Sowel, doctorado en teología en los Estados Unidos quien organiza la iglesia del barrio de Constitución y luego las de Once, Caballito y Chacarita en la Ciudad de Buenos Aires.

1.6.a- Renovación carismática

Durante la última década del Siglo XX las iglesias bautistas en Argentina atravesaron un proceso que fue llamado de renovación carismática¹². Esta renovación se caracterizó por un énfasis en el mensaje del evangelio del reino de Dios.

“Es el evangelio de la buena noticia de que el *reinado* de Dios está por establecerse entre los seres humanos. Este reino no es un territorio físico o geográfico, ni una soberanía política o económica; más bien, se trata de que Jesús establece en la tierra la autoridad soberana de Dios” (Mraida, 2004: 10)

La renovación instaló un profundo debate sobre la teología y la eclesiología bautistas llevando inclusive a un cismo en la Confederación Evangélica Bautista Argentina (CEBA), creándose la Asociación Bautista Argentina (ABA) que reunía aquellas iglesias que no estaban de acuerdo con la renovación.

Algunos de los cambios que introdujo la renovación acercaron las posiciones teológicas de los bautistas a las de grupos de neopentecostales. Una de las marcas más visibles y distintivas de la renovación que experimentaron las iglesias fue la nueva “adoración”. Esa fue una de las cuestiones más conflictivas. Se trató de un nuevo enfoque en la liturgia que incluyó la incorporación de nuevas canciones con ritmos más contemporáneos y otras temáticas en el culto comunitario.

Dentro del proceso de renovación que vivió la iglesia, comenzaron a darse “manifestaciones del Espíritu de Dios que se popularizaron con el nombre de *la unción*”. Se trataba de manifestaciones como la caída de las personas hacia atrás, risa o llanto incontenibles, cosquilleos en las manos, cierto temblor en el cuerpo, aparición de aceite o

¹² El liderazgo de este proceso lo asumió la Iglesia Bautista del Centro, ubicada en la ciudad de Buenos Aires. Sus pastores, Carlos Mraida y Pablo Deiros, fueron quienes iniciaron el proceso en su congregación y luego organizaron “clínicas pastorales”, es decir, congresos de pastores en los cuales se enseñaba sobre los temas centrales de la renovación con la participación de oradores extranjeros y una gran asistencia de pastores bautistas de todo el país.

brillos en las palmas de las manos o en el rostro. Este tipo de experiencias han sido registradas por los historiadores evangélicos en períodos nombrados como “avivamientos” de la iglesia y fueron característicos del inicio del movimiento pentecostal.

La “impartición de la unción” se daba en momentos del culto comunitario en los que los pastores y líderes imponían sus manos sobre las personas que la recibían. Un pastor bautista lo define de este modo:

Dios utiliza el método de la encarnación para darnos la unción del Espíritu Santo. En épocas de renovación y de avivamiento de su iglesia, él levanta a personas ungidas para compartir el aceite de su Espíritu con otros, a fin de que toda la iglesia sea sacudida, se despierte, se levante y resplandezca (Mraida, 2004:67)

Como parte del proceso de renovación comenzaron a surgir dos nuevos Ministerios de la Iglesia que se sumaron a los que eran llevados adelante por las iglesias bautistas en años anteriores —Adoración, Educación Cristiana, Misiones, Evangelismo, Comunión—: se trata de los Ministerios de Sanidad Interior y de Liberación, sobre los que nos referiremos en el acápite siguiente.

1.6.b- Ministerio de Sanidad Interior y Liberación

En las iglesias bautistas se llama “sanidad interior” a un proceso espiritual de restauración, a través del cual se busca ayudar a las personas a recibir de Dios la sanidad para sus heridas. “La esencia de este ministerio es confrontar a las personas con el amor de Dios, para que sean sanadas por ese amor. Una persona sana es aquella que, por haber aceptado el amor de Dios, se acepta a sí misma y ofrece aceptación a los demás” (Mraida, 2004: 108).

Un pastor que ministra sanidad interior relata:

En la iglesia ministramos a muchas personas que han padecido abusos y maltratos físicos, psicológicos y sexuales. Casi la mitad de las personas que atiendo, la mayoría de ellas creyentes en Cristo, ha sufrido violencia sexual en su infancia: intentos de violación, manoseos sexuales y abusos similares. Y son muchas más las que han sufrido agresión física y psicológica. Las heridas físicas de la infancia por lo general cicatrizan; las heridas emocionales y psicológicas, en cambio, se mantienen abiertas. Por eso necesitamos sanidad interior (Referencia obtenida en el culto del 2/05/2007)

Es en estos ministerios en los que más profundamente se desarrollaron las prácticas e ideas vinculadas a la atención de personas con enfermedad mental y con conductas ligadas al suicidio.

Los modos en los que se explica la enfermedad, las heridas del pasado y la sanidad plantean una relación entre la enfermedad y la muerte con el mal: el diablo, los demonios o espíritus malignos y el pecado de los hombres por un lado y lo divino como sanidad por otro. Así un pastor sostiene que “creemos que la voluntad de Dios para sus hijos es que estén sanos física, emocional y espiritualmente” (2/05/2007). El modo en que se busca esa sanidad en los casos en los que se considera necesaria asume diferentes formas. Por un lado la oración por los enfermos para que sean sanados. Esta acción se basa en la convicción del poder sobrenatural de Dios para operar milagros. Por otra parte, se focaliza en los procesos de sanidad interior que apuntan a los cambios que son necesarios al interior de la persona para que esta viva en sanidad.

En un retiro para líderes del ministerio de sanidad interior y liberación¹³ se entregó este documento preparado por uno de los pastores:

El lugar de la sanidad interior y la liberación,

- son parte del proceso de madurez y crecimiento de los creyentes en Cristo.
- junto con el estudio bíblico, la memorización de versículos, el ayuno, la oración, la adoración, etc., contribuyen a ‘que todos lleguemos a la unidad de la fe y del conocimiento del Hijo de Dios, al hombre perfecto, a la medida de la estatura de la plenitud de Cristo’ (Efesios 4.13).
- la sanidad interior y la liberación son parte de un proceso. No son eventos aislados.
- la sanidad interior y la liberación involucran tanto:
 - La intervención sobrenatural de Dios.
 - El proceso que hace la persona al cambiar su manera de pensar.
- la persona tiene la tarea diaria de cambiar su manera de pensar. Eso requerirá esfuerzo de su parte pero es necesario: ‘cambien su manera de pensar para que así cambie su manera de vivir’ (Romanos 12.2 VP).
- quien ministra sanidad interior o liberación tiene que acompañar esa etapa en el discipulado de la persona.
- todos necesitamos más sanidad en nuestra vida. En la medida en que nuestra relación con Dios crece, descubrimos más cosas en nosotros que necesitan ser tratadas por Él que nos llevan a buscar más sanidad interior y liberación.
- debemos evitar la ‘adicción a la ministración’. Hay personas que no asumen la responsabilidad de su vida y prefieren depender de la persona que los ministra.”

En cierto sentido, entre los bautistas, la liberación de demonios es vista como un aspecto más puramente milagroso, mientras que la sanidad interior requiere de un mayor esfuerzo por parte de la persona. Sin embargo, en las iglesias bautistas se apela a la comprensión y la participación activa de la persona en el proceso de liberación. Esto es diferente de lo que ocurre en las iglesias pentecostales en las que se practica la “liberación de confrontación” en la cual quien ministra de alguna manera interactúa con los seres

¹³ Observación realizada en La Matanza, el 25 de marzo de 2006.

espirituales malignos (demonios) sin buscar que la persona que es objeto de la ministración sea plenamente consciente o comprenda cabalmente lo que está sucediendo.

Para la “ministración” son necesarios los dones del Espíritu Santo. La Declaración de creencias y prácticas bautistas dice:

“Creemos en el Espíritu Santo, ser Espiritual y Personal, la tercera persona de la divinidad, quién inspiró a hombres consagrados de la antigüedad a escribir las Escrituras... El Espíritu Santo sella al creyente hasta el día de la redención final. Desarrolla el carácter cristiano; fortalece a los creyentes; y les reparte los dones espirituales con los cuales pueden servir a Dios. Su presencia en el cristianismo da la seguridad de que Dios lo conducirá a la plenitud de la estatura de Cristo. El Espíritu instruye y capacita al creyente y a la iglesia para la adoración, el evangelismo y el servicio. Bajo su imperio y dinamismo se mueve la iglesia, llevándole a cumplir el ministerio que se le ha conferido en el mundo.

Antes del proceso de renovación que estamos describiendo, algunas iglesias y teólogos bautistas, sostenían que los dones espectaculares del Espíritu Santo (glosolalia o don de lenguas, don de sanidad, don de milagros, don de profecía, etc.) cesaron con el fin de la era apostólica (los primeros discípulos de Cristo) y la terminación del canon de las Escrituras. Esta corriente entiende que así como no se espera la repetición de los acontecimientos de la obra de Cristo (las que tienen carácter salvífico) tampoco se espera que haya una repetición de los milagros y señales que la acompañaron. Entonces, las sanidades corresponden al tiempo del ministerio de Cristo relatados en el texto bíblico en el cual hay evidencia de ellas. Lo que sostienen los bautistas renovados es la vigencia de estos dones en la actualidad constituyendo esta creencia la más profunda controversia con otros grupos cristianos de la denominación Bautistas y Hermanos Libres entre otros.

La posibilidad de que los creyentes hoy en día reciban o impartan sanidades, se fundamenta en la presencia del Espíritu Santo. Para los bautistas el Espíritu Santo “mora en el hombre total desde el día en que éste aceptó a Cristo como Señor y Salvador”¹⁴. Los dones del Espíritu son recibidos por los creyentes para el servicio en el Reino de Dios. La enseñanza sobre los dones se fundamenta en el texto bíblico donde hay referencia a nueve Dones del Espíritu Santo, de los cuales tres se relacionan directamente con la sanidad:

Porque a éste es dada por el Espíritu palabra de sabiduría; a otro, palabra de ciencia según el mismo Espíritu; a otro, fe por el mismo Espíritu; y a otro, dones de

¹⁴ Declaración de creencias y prácticas bautistas. <http://www.confeba.org.ar/wp-content/uploads/2013/08/Creencias-y-practicas-Bautistas.pdf> (1/03/2011)

sanidades por el mismo Espíritu. A otro, el hacer milagros; a otro, profecía; a otro, discernimiento de espíritus; a otro, diversos géneros de lenguas; y a otro, interpretación de lenguas. (1 Corintios 12.8-10; Santa Biblia, 1995)

Algunos de estos dones se relacionan directamente con la Sanidad Interior y la Liberación:

1. *Don de fe*: este don es algo diferente de la fe salvadora. Se trata de la fe de la que hablara Jesús cuando decía que era capaz de mover montañas (Mateo 17.20). “Es la fe que cree que Dios puede obrar aquello que es imposible para los hombres. Este don de fe es el que habitualmente acompaña al de sanidades y al de hacer milagros” (Deiros, 1994: 214). Aquellos que tienen el don de fe son quienes pueden orar a Dios por las sanidades y ver los milagros realizados.

La fe es una oleada de confianza sobrenatural dada por el Espíritu de Dios a una persona que enfrenta una situación o necesidad especial, y recibe una certeza que supera la lógica y una total seguridad de que Dios va a actuar a través de una palabra o una acción. Esta expresión milagrosa puede abarcar destrucción o creación, bendición o maldición, eliminación o alteración (Pytches, 2004: 113)

2. *Don de sanidad*: los dones de milagros y sanidades se destacan por su poder simbólico como evidencia de la acción de Dios para liberarnos del mal y de los resultados del pecado en todos los niveles de la vida. “Existe un don específico que hace posible la sanidad dentro y fuera de la comunidad de fe, como testimonio al poder de la resurrección, y que trata las consecuencias morales y físicas del pecado individual, comunal y estructural” (Nelson, 2000: 295).

3. *Don de milagros*: se consideran milagros a los cambios en las circunstancias provocados por la intervención de Dios, respondiendo a la oración. “Hay sanidades plenamente atestiguadas en los archivos de médicos y hospitales; de hecho, muchos doctores están prontos a reconocer la realidad de la sanidad cristiana” (Deiros, 1994: 217)

En todos los casos, el ejercicio de estos dones se caracteriza por ciertos rasgos de mediación entre Dios y quién recibe la sanidad o el milagro. Quien tiene estos dones ha recibido un poder que permite la acción divina de la sanidad en la persona enferma. Existen algunos rituales que se consideran necesarios para que el milagro ocurra: imponer las manos, dar órdenes de sanidad al órgano o parte del cuerpo que está enfermo, ungir con aceite, aspectos que aparecen mencionados explícitamente en el texto bíblico.

En Santiago 5.13–16, se describe una función establecida en la comunidad en la cual un enfermo llama a los ancianos para orar, ungiéndolo con aceite en el nombre del Señor. La oración de fe salva/sana al enfermo, y el Señor lo levanta; y si hubiere cometido pecados, le son perdonados. En este pasaje no se habla explícitamente de un don de sanidad, sino de un poder sanador dentro de la comunidad de fe, expresado a través de sus líderes (Nelson, 2000: 1034).

La sanidad divina incluye las dimensiones de lo natural y lo sobrenatural y va más allá de la misma sanidad. Los poseedores del don captan aquellos indicios que les guían para saber por quién orar, en qué momento hacerlo o por qué orar. Las ‘palabras de conocimiento, sabiduría o fe’ devienen de un conocimiento sobrenatural de las enfermedades o heridas del pasado de otros, que pueden recibirse a través de dolores en el cuerpo del que tiene el don de sanidad o a través de imágenes mentales. Quien tiene este conocimiento lo expone y las personas con esas enfermedades o heridas del pasado reciben oración por sanidad.

Para el caso que nos ocupa, frente al riesgo de suicidio la primera intervención es la de liberación y luego la de sanidad interior. Como se observará en el caso estudiado (Antonella), estos ministerios se encargan de la atención del joven con ideación suicida o quien sobrevive a un intento de suicidio. Trabajan también derivando a las personas con padecimiento a profesionales de la salud cuando lo consideran necesario, pero mantienen el seguimiento pastoral de los jóvenes.

CAPÍTULO 2

MUERTE JOVEN. PROYECTO VITAL, CREENCIAS Y REGISTROS

Para comprender las creencias sobre el suicidio juvenil se hace necesario revisar los modos en que concebiremos la noción de juventud en el contexto de las condiciones sociales en las que se desarrolla. Para ello integraremos los conceptos desarrollados por las ciencias sociales junto a los registros emic de aquellos interlocutores consultados en nuestro trabajo de campo en las Iglesias Evangélicas Bautistas, además de los de tipo estadístico que resultan clave en el proceso de construcción del suicidio juvenil como problema público.

El pasaje a la adultez es analizado en el contexto de las tensiones inherentes al proceso de socialización e individualización, en el sentido de diferenciación personal por una parte, con la toma de decisiones que se consideran responsabilidad de cada sujeto joven y la interrelación desde un nuevo lugar con los otros de la comunidad, la familia y los grupos cercanos. Este inter juego entre la pretensión de independencia y la vinculación con los otros pone al joven en diferentes encrucijadas y demanda mucho de él.

Por su parte, la fuerza de la noción de juventud está dada por el carácter simbólico, de constructo sociocultural, delineado por las maneras que asumen las relaciones de poder entre las generaciones (Bourdieu, 1990). El sentido del ser joven y las expectativas ligadas a la juventud como etapa están en relación directa con la función social que deben cumplir los jóvenes, y que es internalizada y objetivada en las diversas instancias de socialización, y proyectada en el proceso de individualización.

Los límites de quiénes pueden considerarse parte de la juventud suelen presentarse en términos de edad. Sin embargo esta definición implica una “forma de administración social de la temporalidad” (Cruz, 2007: 24). Toma al cuerpo como pretexto, como falso soporte de objetividad para vehicular determinados contenidos de conciencia que se asocian al paso del tiempo. Por lo tanto, al hablar de juventud no nos referiremos solamente a ciertas edades —como dato biológico de los años transcurridos entre el

nacimiento y el presente— sino que busquemos dar cuenta del bagaje de sentidos que asume la noción cuando se plantea la función del joven en la sociedad¹⁵.

2.1- La juventud y su función social

“Protagonistas de una nueva nación”. Ese fue el *leit motiv* del 39º Congreso Nacional de la Juventud Evangélica Bautista Argentina. Reunió cerca de tres mil jóvenes de todo el país en las ciudades de Santa Fe y Paraná del 9 al 12 de octubre de 2009. La frase expresa con contundencia lo que se espera de los jóvenes: que sean protagonistas y líderes del cambio. No difiere de lo que se propone en las políticas públicas para jóvenes, en las que aparece la mención a “la juventud es un actor estratégico del desarrollo”. Se espera que el joven cumpla un rol de agencia positivo ligado a la idea de un futuro mejor y a la esperanza de cambio de la realidad social.

Ello supone algo más: que los jóvenes sean capaces de establecer planes futuros. Deben tomar decisiones en el presente que les permitan ir construyendo su identidad como adultos. Estas decisiones centrales giran en torno a ciertos marcadores tradicionales de logro desde el parámetro de un estatus de adulto: alcanzar metas educativas, adquirir una identidad laboral y formar una familia. Si bien podría pensarse como una demanda de otro tiempo *vis a vis* las premisas de la post-modernidad, tanto en las entrevistas con jóvenes como con adultos estos marcadores continúan apareciendo claramente.

Profundizar en la comprensión de esta función que se asigna a la juventud requiere prestar atención a los sentidos que se le atribuyen como etapa vital. Será recién a finales del siglo XX cuando la juventud aparece como una categoría social que ocupa un espacio propio, diferente al de los niños y al de los adultos. Se trata de un “grupo autónomo con requerimientos específicos” (Zamarrón, 1992: 127). Para el caso de la iglesia que nos ocupa, la cronología se asemeja: la organización nacional de jóvenes bautistas surgió en el año 1948, siendo que la organización nacional de las iglesias existe en el país desde 1908, mostrando un momento particular de reconocimiento como categoría social. De alguna manera ha sido el resultado de los cambios operados en las formas de organización del trabajo durante el siglo XX, generando un aumento notable en el tiempo requerido para dominar el trabajo y su separación de la vida familiar. Por otra

¹⁵ Nótese la particularidad que en las iglesias objeto de nuestro estudio, no hay límites de edad para definir quién es joven. Los había a mediados del Siglo XX y delimitaban al “grupo de jóvenes” hasta alrededor de los 25 años (edad en la que la mayoría de los jóvenes ya se casaba). En el presente los “grupos de jóvenes” incluyen también a los casados y reúnen a personas desde los 15 hasta más de los 40 años.

parte la prolongación de la expectativa de vida permitió el surgimiento de un periodo de vida, en el que “el imperativo era obtener la calificación necesaria para transitar de la vida privada familiar a la vida productiva aplicable a la clase social del individuo” (Pérez Islas, 2004: 23-31) En este sentido la juventud es concebida como una moratoria social y también como una moratoria vital. La moratoria social da cuenta de un período socialmente aceptado en el que los jóvenes quedan exentos de asumir responsabilidades o preocupaciones propias del status de adulto. Ese tiempo de espera supone un “excedente temporal, —que puede pensarse como si se tratara de algo que se tiene ahorrado, algo que se tiene de más y del que se puede disponer—... que en los no jóvenes es más reducido”. (Margulis, 2008:20). La misma idea de moratoria da cuenta de una condición juvenil que es transitoria, y que a diferencia de otras etapas de la vida el pasaje a la siguiente etapa depende, en buena medida, de la capacidad del joven para lograr su emancipación.

En la comprensión propia de mediados del siglo XX con el énfasis en las subculturas y en la construcción de la idea del diferencial cultural, los jóvenes debían integrarse al mundo del trabajo, al mundo adulto, y llegar a entrar en él a partir de ciertas trayectorias, vinculadas con la reproducción de las instituciones modernas de la vida cotidiana: formar una familia, terminar ciertos estudios, conseguir un trabajo, y adquirir ciertos derechos y obligaciones. Las trayectorias esperadas han sido “diferenciales pero claras, prefijables” (Saintout: 2009, 10). Es que en cierta medida, era posible que el joven se imaginara como adulto con algunas seguridades que le brindaba un contexto que hacía un poco más predecible el propio futuro. Es este aspecto el que entra en contradicción cuando en este Siglo XXI se exige lo mismo aun cuando el contexto ha cambiado y presenta desafíos más complejos, y resulta prácticamente imposible recorrer aquellas trayectorias. El joven ha de realizar una doble transición hasta la adultez: la primera entre la adolescencia y la “adultez emergente” (Arnett, 2000) y la segunda entre ésta y la adultez completa. Estas transiciones se producen de manera “progresiva, fragmentada y con escaso apoyo comunitario” en un contexto marcado por la desigualdad, que hace evidente la tensión entre las expectativas de logros propuestos a los jóvenes y las condiciones materiales desfavorables para alcanzarlos (Molpeceres: 2004, 237). La transición al mundo adulto supone la existencia de un proceso continuo de cambio de roles poniendo al individuo en una tensión particular: “debe cambiar pero a la vez debe seguir siendo el mismo” (Filgueira 1998: 3). La impredecibilidad del futuro hace que el joven, en su proceso

emancipatorio, deba tomar decisiones permanentemente lo que lo puede conducir a ser arrastrado en cualquier dirección. Se redefine el proyecto vital ofrecido a la juventud, que en lugar de orientarse a la búsqueda de un solo destino ligado a la salida como adulto que daba título a su carrera, y garantizado de una vez por todas, deberá construirse como una juventud “abierta de antemano a toda la múltiple variedad de destinos que le tocará en suerte vivir” y entre los que podrá optar o sufrir (Gil Calvo, 2001: 125).

Es que la “marca epocal” de esta generación de jóvenes (Urresti, 2002) asume los rasgos particulares vinculados con la crisis de la modernidad. Por un lado, el proceso emancipatorio se desarrolla en una constante tensión entre el mundo de los adultos y el mundo de los jóvenes, que se enmarca en condiciones estructurales y culturales particulares. Las lógicas institucionales suelen privilegiar el mundo adulto. Los adultos son quienes ya saben lo que los jóvenes deben hacer y de diferentes maneras entran en choque con las formas de relacionarse, de conocer y experimentar el mundo, de construir futuro, propias de las juventudes actuales.

En términos más amplios que la de los grupos cercanos de referencia, la distribución de los recursos es desigual en favor de los adultos incorporados a la población activa —en torno a los cuales se despliegan casi todas las políticas sociales relevantes— en perjuicio de niños, adolescentes y jóvenes (Rodríguez, 2006: 23).

La mayor parte de los jóvenes vive en medio de una gran exclusión social que en cierta medida es aceptada. Porque aun cuando hay consenso sobre la necesidad de construir sociedades más equitativas, no se hace hincapié en las inequidades intergeneracionales. Esto puede agravarse en parte porque los jóvenes no constituyen grupos de presión que defiendan sus intereses específicos (aun cuando sean destinatarios de consumo desde los intereses de poderosos grupos empresarios), y también como resultado del proceso de aumento de la desigualdad que caracteriza la región latinoamericana¹⁶. Este aumento

¹⁶ Desde principios del siglo XX América Latina mostraba un alto grado de desigualdad. El proceso socioeconómico de crecimiento impulsado por las exportaciones, incrementó la desigualdad (Thorp, 1998: 26). A lo largo del siglo la desigualdad se fue instalando como problema social. Se sostuvo hasta pasada la mitad del siglo y siguió aumentándose la brecha entre los más ricos y los más pobres. Luego de los procesos de democratización, los gobiernos implementaron políticas de apertura y desregulación de la economía, que afectaron considerablemente tanto los procesos de integración regional, como el desarrollo de la economía y la política nacional, bajo la influencia del llamado “Consenso de Washington” (término acuñado por John Williamson, quien compiló las recomendaciones de política económica que se estaban implementando). Las decisiones políticas en materia de economía y construcción de políticas sociales, dejaron que la misma actividad económica desarrollara los patrones de inequidad que le son propios. Más adelante, si bien se instaura una lógica política que varios coinciden en identificar con un neodesarrollismo, y se reedita una experiencia de integración entre crecimiento económico e inclusión social, los indicadores

afecta a las economías de las unidades familiares e interrumpe las trayectorias esperadas por aquellos jóvenes que tienen que optar por desplegar estrategias de supervivencia para contribuir con la satisfacción de las necesidades básicas, perdiendo entonces la posibilidad de la moratoria social. Deben asumir responsabilidades propias de los adultos en situaciones desventajosas por su falta de experiencia y débiles antecedentes de formación para el mundo del trabajo. A la vez no les es posible desarrollar la emancipación de sus familias de origen porque no cuentan con recursos necesarios para vivir solos, y porque la propia economía de la unidad familiar requiere de los recursos aportados por ellos.

La ciudadanía de muchos jóvenes con el reconocimiento de sus derechos se ha ido transformando pero bajo el mecanismo de una “desigualdad social legitimada” en el marco de prácticas sociales, coyunturas políticas y económicas, y un funcionamiento del sistema político y del sistema jurídico, que los conducen a posiciones dinámicas y relativas que —a diferencia del status formal— no son igualitarias ni universales. Como la desigualdad es la consecuencia de la lógica de funcionamiento del sistema, la ciudadanía pasa a ser, en la práctica, un “status efectivamente desigualitario”. (Andrenacci, 2001: 2-3)

En la perspectiva de los actores adultos de las iglesias consultados en el trabajo de campo, hallamos que exhiben una comprensión sobre lo que el joven puede lograr centrado en su propio esfuerzo. Inclusive el recurso de ciertas ayudas sobrenaturales — señales, milagros, “puertas abiertas” de oportunidades de estudio y trabajo— dependen de la actitudes y de la obediencia del joven a las enseñanzas dadas por las iglesias. La individuación es muy fuerte y no toma en cuenta los aspectos económico-sociales que condicionan las posibilidades de elegir del joven. Por su parte, en el relato de los propios jóvenes, si bien aparece un gran énfasis en el esfuerzo personal como determinante, hay mención clara a los procesos de exclusión social. Sobre todo se expresa en la situación de búsqueda de empleo y el requisito de “experiencia laboral” que los deja fuera de la posibilidad de acceder al primer empleo, por ejemplo. Tanto las insuficiencias formativas como las rigideces del mercado de trabajo marginan a los jóvenes de las posiciones laborales —sobre todo de las mejor remuneradas.

sobre el desenvolvimiento de los jóvenes siguen siendo negativos, en particular cuando se trata de la categoría de los ‘ni ni’ aquellos que ni trabajan ni estudian. Por su parte, la falta de un proyecto de vida ello y su incidencia sobre la salud psico-física es central para comprender los efectos del uso problemático de sustancias como también del suicidio, objeto particular de este trabajo.

Por su parte, la territorialización de la pobreza y la segregación residencial, con una creciente concentración espacial de hogares con similares niveles de vida, da lugar a una composición social homogénea de vecindarios y comunidades y a una separación de los espacios públicos de sociabilidad informal, reduciendo la frecuencia de encuentros cara a cara entre personas de distinto origen socioeconómico. Asimismo, donde se radican los pobres conlleva en el tiempo un deterioro progresivo de los servicios básicos, que afecta los estándares mínimos. Respecto de los recursos educativos por ejemplo, ello se torna evidente para los propios jóvenes. Si bien “prácticamente todos los niños tienen acceso a la escuela primaria” (Tenti Fanfani, 1996: 42) resulta llamativa “la segmentación educativa que se registra en nuestro país de acuerdo con las condiciones socioeconómicas de origen” (Filmus, 2001, 114). Esto sostiene la inequidad: las diferencias en logros educacionales, tanto en número de años estudiados, como en la calidad de los aprendizajes “discriminan fuertemente por grupos de ingreso, y a la vez condenan a la reproducción de las inequidades sociales” (CEPAL, 2003: 17). La masificación de la inserción en el sistema educativo que se venía produciendo se intensificó en este tiempo con los procesos de incorporación de más jóvenes en el nivel secundario. Pero si bien creció el acceso al sistema educativo y la permanencia en él, la calidad educativa ha decrecido. La trayectoria educativa puede ser determinante para la orientación de futuro. Existe una conexión entre experiencia escolar, identidad como representación de uno mismo y representaciones del futuro en el ámbito de lo laboral. La capacidad de pensarse a sí mismo como “sujeto competente” está determinada por la vivencia escolar. La escuela ha producido en importantes grupos de jóvenes una especie de “agresión identitaria” (Tessier, 2000): la conciencia de que no harán jamás nada que valga la pena.

Y mientras se encuentran cotidianamente con las escenas que les recuerdan lo complejo de experimentar la inclusión social, los jóvenes deben proyectarse. Deben hacerlo, en el sentido que el mundo adulto que los rodea se los impone. Los jóvenes son los protagonistas de la nueva nación. Pueden con todo. Son el futuro. Son jóvenes.

2.2- La juventud y el proyecto vital

El proyecto vital ocupa un lugar central en las maneras en que se expresa lo que deben hacer los jóvenes. Se trata de una noción que aunque difusa en sus definiciones, incluye la idea de decisiones sobre el futuro vinculadas al logro del estatus adulto (al que nos referimos en el apartado anterior) y también a la cristalización de cierto sentido de

trascendencia y propósito de largo plazo para la vida, vinculado con una vocación o llamado divino en el caso de la mirada de los bautistas, de particular interés para nosotros.

La juventud se configura como una etapa de tensión entre la socialización —y el cumplimiento de las funciones sociales que se esperan de los jóvenes— y la individualización¹⁷.

La individualización es una tarea que deben realizar los jóvenes en un contexto que impone a los sujetos condiciones que pueden considerarse como de individualización obligatoria. Este proceso se desarrolla frente al debilitamiento de las redes sociales y las instituciones de socialización. Las personas deben intentar compensar la falta de apoyo colectivo recurriendo a sus propios recursos para configurarse como individuos antes que como miembros de un grupo más amplio. Esto exige a cada sujeto joven la toma de decisiones confiando en sus propias capacidades para satisfacer sus necesidades y su orientación vital. La individualización supone un proceso de configuración de la identidad que requiere una articulación de dos dimensiones. Por una parte la construcción de la identidad tiene un componente temporal o biográfico que hace referencia a la trayectoria personal del sujeto y la sucesión de acontecimientos significativos en dicha trayectoria. En esta dimensión biográfica, el proceso de configuración de la identidad está atravesado por una tensión entre la continuidad y el cambio. Por otra parte, hay un componente espacial o relacional, que hace referencia a su inserción, pertenencia y participación en diversos escenarios sociales. En el plano relacional, “el proceso de configuración de la identidad está atravesado por una tensión entre la identificación y la diferenciación, entre la pertenencia y la singularidad”. (Molpeceres, 2004: 198).

Esta individualización se desarrolla desde desiguales capacidades y preparación de los sujetos. Se pueden diferenciar dos grandes modalidades que asume este proceso (Coté y Levine, 2002). Para algunos autores se puede dar una individualización débil que transitan quienes siguen una trayectoria de selección de opciones de identidad seleccionando entre las opciones disponibles. La individualización débil puede suponer mayores dificultades para la adquisición de una identidad adulta. Esta noción de individualización débil es la que puede asociarse al estereotipo del joven que no se

¹⁷ Esta noción es diferente de la más psicológica de “individuación”, que supone desarrollar una distancia emocional de los propios padres a lo largo de la infancia y sobre todo de la primera juventud.

esfuerzo, que no está dispuesto a sacrificarse para planificar su futuro, que es visto como un joven inútil en términos productivos.

Por otra parte se conceptualiza una individualización evolutiva que representa una búsqueda consciente y deliberada de oportunidades de crecimiento, incluyendo las opciones de identidad que son consistentes y fortalecen la propia percepción del yo y de sus potenciales. Los sujetos embarcados en esta trayectoria individualizadora podrían aprovechar mejor los recursos disponibles, lo que les llevaría a una mejora continuada en toda una variedad de áreas intelectuales, ocupacionales y psicosociales. Seleccionan sus propias opciones vitales a través de una intensiva exploración de las alternativas disponibles.

Este tipo de individualización es la que se espera de los jóvenes en las iglesias. Esta expectativa se refuerza con enseñanzas del texto bíblico. Se estimula a los jóvenes a pensar acerca de su futuro, y a planificar.

Se reconoce que existen situaciones que pueden presentarse como obstáculos para construir un proyecto vital. Por una parte las que se vinculan con el punto de partida del joven al llegar a esta etapa: “no es lo mismo cuando nuestro trabajo es parte del sostén económico de la familia, que cuando podemos optar más libremente sin tener muchas preocupaciones económicas” (Olivares, 2008) pero en la comprensión de los elementos determinantes, se hace hincapié en la necesidad de tener una dirección de largo plazo y tomar decisiones que movilicen al joven a la acción en dos sentidos: qué quiere hacer y cómo satisfacer sus necesidades.

En cuanto a la manera de entender las necesidades de los jóvenes retomaremos el reconocimiento de las tres dimensiones propuestas por Allardt (1996) cuando refiere al ser, tener y amar. El ‘tener’ remite a necesidades materiales e impersonales, el ‘amar’ refleja las necesidades sociales de solidaridad y pertenencia, mientras que las necesidades del ‘ser’ representan aquellas ligadas al desarrollo personal. Tener hace referencia a la posesión de recursos materiales necesarios para evitar la miseria, amar expresa la necesidad de relacionarse con otras personas y de formar una identidad en esa interdependencia, implicando la formación y el desarrollo de un sentimiento de pertenencia a grupos y comunidades asociado también al cumplimiento de normas, mientras el ser indica la posibilidad de desarrollo personal en la superación del

aislamiento y supone una participación efectiva en aspectos considerados valiosos, en decisiones y actividades que determinan la propia vida.

Es en el área del ser, es donde los recursos simbólicos propios de las argumentaciones religiosas cobran más fuerza. El sentido de largo plazo para la vida del joven está dado por el hecho de haber sido creado y diseñado por Dios con un propósito. Cuando alguien nace, no sólo es el resultado de un proceso biológico, natural, sino una decisión divina que lleva en sí un sentido de proyecto. Esta idea se refuerza con la interpretación de ciertos fragmentos del texto bíblico. Una muy utilizada es

“Tú creaste mis entrañas; me formaste en el vientre de mi madre. ¡Te alabo porque soy una creación admirable! ¡Tus obras son maravillosas, y esto lo sé muy bien! Mis huesos no te fueron desconocidos cuando en lo más recóndito era yo formado, cuando en lo más profundo de la tierra era yo entretejido. Tus ojos vieron mi cuerpo en gestación: todo estaba ya escrito en tu libro; todos mis días se estaban diseñando, aunque no existía uno solo de ellos. ¡Cuán preciosos, oh Dios, me son tus pensamientos! ¡Cuán inmensa es la suma de ellos! Si me propusiera contarlos, sumarían más que los granos de arena. Y si terminara de hacerlo, aún estaría a tu lado.” (Salmo 139.13-18 NVI)

La interpretación de este fragmento no suele hacerse en los bautistas desde una teología de la predestinación —según la cual todo ya está decidido por Dios previamente al transcurso de los acontecimientos de la historia humana— sino entendiendo que Dios da un propósito a la persona al crearla y eso implica que desde su formación le da ciertos atributos potenciales para poder desarrollar esos planes divinos y entonces, la persona cuenta con recursos sobrenaturales para llegar a cumplir su propósito en la vida.

Si bien hay aspectos de este propósito que se entienden comunitariamente —fundamentalmente los que están incluidos en la teología del “Reino de Dios” que todos los creyentes deben expandir— hay un énfasis en el propósito individual, que cada joven debe identificar para estar “alineado con lo que el Padre viene soñando” para su vida.

Para que los jóvenes identifiquen ese propósito, deben prestar atención por un lado a sus habilidades y gustos desde la infancia, porque éstos son marcas de la voluntad de Dios. Tanto lo que el joven disfruta como aquello que no le gusta son indicadores de quién es y qué tiene que hacer “en esta tierra”. Por otro lado deben oír las direcciones que Dios les vaya dando. Se recurre a relatos de personajes del texto bíblico a los cuales Dios fue guiando de diferentes maneras para explicar los modos que asume esta guía divina a la hora de que el joven decida qué hacer en el futuro. Por un lado está el ejemplo de la historia de Abraham a quien Dios le dijo que se fuera de su tierra hacia un lugar que Dios le mostraría, sin darle indicaciones precisas del destino. Dios fue mostrándole a Abraham

paso a paso como seguir. Otros relatos usados referencian experiencias con lo numinoso como visiones, teofanías, distintas formas de videncias recibidas por la persona o que le son comunicadas por otras personas que las reciben y se conocen como profetas. Se conocen como “palabras proféticas” o “palabras de sabiduría” y son evidencias de la operación de los dones del Espíritu Santo en quien las recibe y comunica.

La intervención de lo sobrenatural para indicar al joven por dónde ir es garantizada por el hecho de comprender que Dios es el “primer interesado” en que el joven encuentre su propósito en la vida.

Una vez que el joven puede identificar algún indicio de este sentido trascendente de vocación o llamado, lo que se le pide es que se esfuerce para alcanzarlo. Es necesario proyectar la vida, mirando a largo plazo. El joven debe partir de una “visión” de cuál es el sentido de su propia vida y a partir de ella ir decidiendo sus próximas opciones y acciones. Se le propone hacer un proyecto para cada año con metas en diferentes áreas: capacitación y educación, cuidado de la salud, desarrollo de la espiritualidad (en los aspectos individuales de su relación con la divinidad), desempeño ministerial (entendido como su participación activa en las actividades de la iglesia). El proyecto del año, tendrá objetivos de corto plazo y metas mensuales, que están sujetos a cambio a medida que el joven avanza en obediencia a Dios. Luego de tomar ciertas decisiones, Dios puede dar una nueva comprensión del propósito o los pasos a seguir y el joven debe estar dispuesto a reorganizar todo para ir en la dirección que resulta más clara. El Espíritu Santo de Dios es el que guía tanto a hacer los planes generales como a saber cuándo hacer cambios.

La planificación paso a paso debe incluir una previsión de obstáculos posibles para estar en mejores condiciones de superarlos.

Frases del texto bíblico como “No es bueno el afán sin reflexión; las muchas prisas provocan errores.” (Proverbios 19.2, DHH) refuerzan la idea de que la planificación ayuda al joven a aprovechar al máximo las oportunidades y los recursos disponibles. No se trata solamente de esforzarse sino de reflexionar acerca del sentido que tenga ese “afán” como una manera también de disminuir las posibilidades de cometer errores. Estos serían hacer cosas que apartan al joven del plan de Dios que se presenta como la manera de que se pueda disfrutar de la vida al ser parte de los sueños de Dios. La planificación es lo que permitirá examinar, analizar y discutir las diferentes alternativas posibles y tomar decisiones anticipadamente.

Se espera que cada uno de los jóvenes descubra qué metas son realistas en su contexto sociocultural de acuerdo a restricciones estructurales y culturales –como, por ejemplo, las que impone el mercado laboral.

Una individualización débil se torna inadmisibile. Los jóvenes que no planifican su vida no tienen inquietudes. Son definidos como “pasatistas, superficiales, frívolos”. Y representan un desafío de intervención para quienes desarrollan los llamados “ministerios juveniles”. En este sentido fue organizado el evento de Capacitación Nacional de Líderes del año 2010 (de la Juventud Evangélica Bautista Argentina)¹⁸.

El nombre de la capacitación fue “Joven Millenium” retomando una caracterización propia de los estudios sociológicos y de marketing, que definen a la generación Milenio como la integrada por todos aquellos jóvenes que nacieron posteriormente a 1982 y hasta el año 2000 (Vargas, 2007). Allí se plantearon las características que diferencian a los jóvenes de esta generación, empleando esta expresión para referir a un conjunto de personas que ‘crecen en una misma época’, experimentando la historia desde una misma perspectiva de la vida. En las distintas exposiciones se comparaba a los jóvenes de hoy con la ‘generación del Baby Boom’ (nacidos entre los años 1945 y 1962) quienes se caracterizaron por ser siempre muy trabajadores y leales a un solo empleo en su vida profesional y consideraban el sacrificio personal una virtud como resultado de la influencia de la ‘generación X’ (nacidos entre 1963 y 1981) para quienes el trabajo es sólo un aspecto de su vida mientras el sacrificio personal debe ser ocasional. (Cáceres, 2006). Así las cosas, quienes forman parte de la Generación Milenio tienen dificultad para asumir compromisos y sacrificios.

La explicación que se da a esta superficialidad retoma argumentaciones propias de los estudios sociológicos y de marketing (como puede verse en Ambroz, 2008; Bernal, 2006; Cáceres, 2006; Centaur, 2008; Cuesta, 2008; Del Ángel y Ponce, 2007; Evans, 2008; Ferreiro, 2006 y 2008; Gallego-Díaz, 2010; Rosillo, 2009; Sanchez, 2008 y Vargas, 2007). La actual generación estaría en contacto directo y casi permanente con las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, lo que provoca una influencia trascendente en su vida. Tanto en la capacitación de los líderes de las iglesias, como en los estudios citados, si bien se reconoce que no todos los jóvenes tienen un acceso

¹⁸ Se realizó en Villa Giardino (Provincia de Córdoba) del 14 al 17 de Enero de 2010 con la participación de jóvenes de todo el país.

cotidiano con las TIC's, si se presenta como un hecho que todos los jóvenes de esta generación asumen, entre otras, estas características:

- Se caracterizan por un desbordante apetito por lo nuevo.
- Son consumistas, ya no tan sólo de las nuevas tecnologías, sino también de todo aquello que contribuye a ser parte de la generación como ropa, comida rápida, utensilios de uso personal, etcétera.
- Se muestran abiertos al cambio, no tan sólo en cuanto a consumir nuevas y recientes tecnologías, sino también a nuevos comportamientos y relaciones sociales, a modos de percibir la vida desde otra perspectiva con o sin nuevos prejuicios morales.
- Cuestionan la autoridad.
- Son más impacientes que sus antecesores. Están dispuestos a responder de manera rápida, pero también exigen que el resto del mundo les responda con rapidez.
- Se caracterizan por el temor al fracaso como reflejo de la situación vivida del seno de su familia al ser testigo de la historia de sus padres.
- Son superficiales, preocupados más en lo que tienen. Son materialistas e individualistas.
- Tienen actitudes infantiles que van desde caprichos hasta el rechazo a la responsabilidad pese a su edad.
- Toman decisiones con inmediatez.

Desde esta visión se minimiza la falta de proyección de la vida como resultado de procesos de exclusión. Quienes transitan por una individualización débil lo hacen porque están influenciados por la inmediatez de lo tecnológico, y han perdido el sentido de la trascendencia y propósito de largo plazo de sus vidas. Se quedan en lo superficial del presente (por su parte, efímero) sin mirar en el largo plazo. Sin embargo, al hablar con algunos de los jóvenes —que estaban participando de la mencionada capacitación— reconocen una vinculación entre las dificultades para proyectar sus vidas y los procesos de exclusión social.

Les cuesta identificarse con la descripción de la “generación milenio” que toman como un modelo explicativo de los adultos, y además sostienen “no somos todos así”. Las

condiciones materiales de existencia sí son vistas por ellos como limitaciones concretas a sus posibilidades de proyectar la vida.

Advirtamos que los jóvenes que participan en las iglesias provienen en su mayoría de sectores populares urbanos, y en ese contexto creen que ya no pueden plantearse el recorrido del paso por el sistema educativo primero y la inserción laboral luego en un trabajo calificado, como camino de integración social de mejoramiento progresivo de sus condiciones de vida.

Aun cuando desde los planteos religiosos se apunta a que existe siempre un propósito trascendente, para muchos jóvenes es imposible aceptarlo así. Tienen la conciencia de que no van a poder lograr nada significativo.

Es ilustrativo el modo en que Josefina (19 años) describe en la entrevista su vida cotidiana con la frase “luchas para no caer” (02/09/2009). No se puede construir un ascenso social, no se puede avanzar. Sólo se trata de resistir a la posibilidad de caer todavía más. De alguna manera pareciera que esta frase condensa la vivencia de muchos jóvenes: la caída es un riesgo inminente y la respuesta está en luchar, en esforzarse, en resistir. La demanda de proyectar la vida se encuentra con las contradicciones de la desigualdad y el riesgo de morir joven.

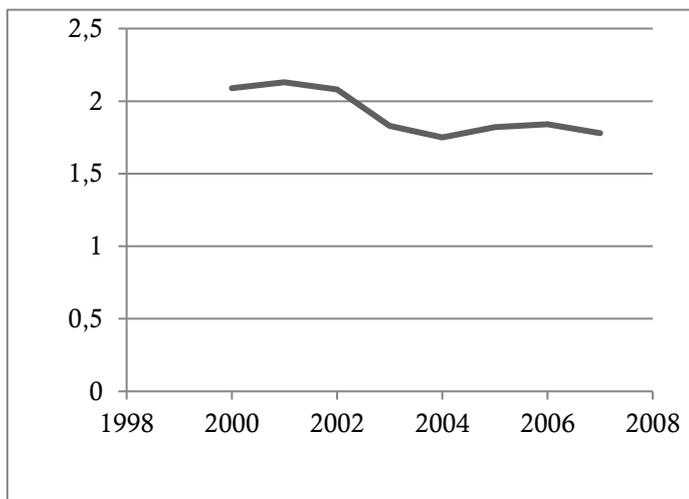
2.3- La juventud y la muerte

Entre las expectativas puestas en la juventud, la muerte no se encuentra. Lo que se supone y espera es que los jóvenes vivan y se proyecten hacia el futuro. La muerte de los jóvenes es, sin embargo, un fenómeno creciente que en los estudios sobre población recibe el nombre de mortalidad juvenil. Así se evidencia en los datos que se presentan a continuación, los que dan cuenta del comportamiento de la mortalidad juvenil¹⁹ en Argentina entre los años 2000 y 2007 de acuerdo con los informes de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud de la Nación.

¹⁹ Se entiende por mortalidad juvenil, la muerte de personas de entre 15 y 24 años, de acuerdo con la clasificación empleada por el Ministerio de Salud de la Nación. Los datos presentados provienen del Programa Nacional de Estadísticas de Salud, responsable de la coordinación del sistema y centralización de los datos, y que proporciona normas uniformes de recolección, elaboración y análisis de la información estadística, entre las cuales se encuentran las correspondientes a los hechos vitales, basadas en los principios y recomendaciones de la Oficina de Estadística de ONU, lo que contribuye a la homogeneidad y comparabilidad de los mismos (Marconi, 2003: 10)

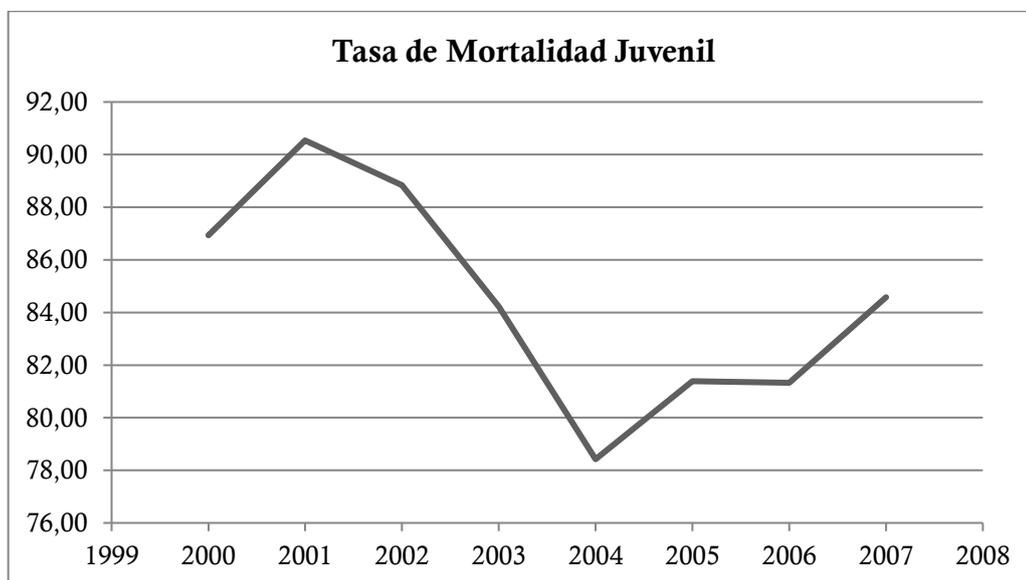
Si se observan los porcentajes de casos de jóvenes en relación con la mortalidad total pareciera indicar un decrecimiento en los últimos años (de 2,09% a 1,78%).

Año	Porcentaje del total de casos
2000	2,09
2001	2,13
2002	2,08
2003	1,83
2004	1,75
2005	1,82
2006	1,84
2007	1,78



Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación. (2002-2008)

Sin embargo, cuando se observan los datos referidos a las tasas de mortalidad con relación al número de habitantes, las variaciones en los diferentes años no reflejan una reducción significativa de la mortalidad juvenil.



Elaboración propia en base a: *Estadísticas Vitales 2000-2007 (2001-2008)* Ministerio de Salud de la Nación

A los fines de ponderar el problema, en el período analizado fallecieron 44.829 jóvenes. Un promedio de 5.603 por año y unos 15 por día, de los cuales 10 muertes han sido por causas evitables y entre 2 y 3 por suicidio.

2.3.a- ¿Una problemática masculina?

La mortalidad juvenil afecta mayoritariamente a los varones (ver anexo 1). Esto es diferente respecto de los datos de la población en general cuando se compara la distribución por sexo en las muertes del total del país (considerando todos los grupos de edad) con los datos de los jóvenes entre 15 y 19 años y entre 20 y 24 años.

En el año 2000, mientras que en el total del país, el 54,5% de los fallecidos fueron varones, entre los jóvenes de 15 a 19 años el porcentaje asciende al 73% y en aquellos de 20 a 24 años llega a 75,5% dando un promedio de 74,45% de casos de fallecimiento de varones jóvenes en el año.

Una situación similar puede observarse al mirar los datos correspondientes al año 2001, en el que el porcentaje de varones llega al 73,85%, mientras que en el total del país la proporción se mantiene en un 54,11% de varones y un 45,8% de mujeres.

La misma situación se observa en los años siguientes del período estudiado, con un crecimiento marcado en el año 2003, donde el porcentaje de varones llega al 81,44%. A partir del año 2004 la distribución por sexo se mantiene en proporciones similares. Por encima del 70 % son casos de varones, menos de 1% casos son especificar y los demás mujeres.

En el período estudiado, la población masculina sobresalió en cuanto al aporte anual de defunciones, con un total de 33.488 casos. El total en la población femenina fue de 12.018. Se presentaron 2,78 defunciones de hombres jóvenes por cada defunción de una mujer joven. Esta misma tendencia se da al observar los datos del suicidio.

En este punto nos encontramos frente al mismo desafío que plantea Ruiz Ramos²⁰ en su estudio: “Habrà que explicar, por un lado, por qué aumenta la mortalidad en los varones

²⁰ Ruiz Ramos (1997: 139) estudia la mortalidad en jóvenes y su impacto sobre la evolución de la esperanza de vida en Andalucía durante el periodo 1980-1992. Concluye que se ha producido un aumento relativo de la mortalidad en los jóvenes andaluces entre los trienios 1980-1982 y 1990-1992. Las causas que han contribuido a este aumento, en los varones, han sido: el Sida con un exceso de 825 defunciones, los

jóvenes y, por otro, por qué en el caso de las mujeres no desciende como ocurre con el resto de los grupos de edad” (Ruiz Ramos, 1997: 146. Fuente N° 57).

Las explicaciones sobre este aumento pueden estar, en cierta medida, a partir del tipo de causa de muerte que es más frecuente en los jóvenes: las causas externas.

Podría pensarse también que la construcción social de la masculinidad deja a los varones expuestos a un mayor riesgo de morir por causas vinculadas a la violencia —que son las causas más frecuentes en el período analizado—.

Los estudios sobre masculinidades han planteado que las formas de ser hombre son producciones culturales derivadas de complejas pedagogías sociales que, “a partir de una lectura de los genitales, transforman los cuerpos anatómicamente machos en hombres culturalmente masculinos” (Rivas, 2005: 32. Fuente N° 59).

El ejercicio de la violencia y el poder protagonizado por los hombres se ubica como derivación de los procesos de construcción de la identidad masculina que, si bien adopta formas diversas tiene ciertas características comunes que marcan que los varones deben separarse violentamente del universo de la madre y aquello que representa lo femenino, se espera que se sometan a una serie de pruebas de demostración pública de la virilidad y progresivamente vayan formando una personalidad rígida, poderosa y violenta.

2.3.b- ¿Una problemática federal?

Al observar la distribución de las muertes de los jóvenes por lugar de residencia habitual²¹ es posible identificar algunas localidades que mantienen altas tasas durante todo el período.

accidentes de tráfico con 575, los suicidios con 155 y las sobredosis de drogas con 147 defunciones. Estas mismas causas de muerte han provocado una pérdidas totales de 0.46 años en las ganancias de años de vida. En las mujeres, por el contrario, estas causas de muerte han mantenido relativamente estabilizadas sus tasas, con un efecto casi inapreciable sobre la esperanza de vida al nacer.

²¹ Es la localización geográfica o dirección donde reside habitualmente la persona de que se trate — el lugar de residencia del fallecido al morir—. Este no necesita ser el mismo lugar en que aquella persona se encontraba en el momento en que ocurrió el hecho.

Tasas de mortalidad (c/100000 habitantes) por división político territorial de residencia de 15 a 24 años

Localidad -Años	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
REPÚBLICA ARGENTINA	86,9	90,5	88,8	84,2	78,4	81,4	81,33	84,6
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	63,3	57,8	59,9	60,2	50,3	69,4	60,91	62,3
Buenos Aires	91,6	100,3	98,0	92,8	80,0	85,7	81,88	84,4
Catamarca	93,0	83,0	75,0	73,2	61,5	54,5	62,33	84,2
Córdoba	69,8	71,3	75,5	71,9	70,9	70,8	73,06	74,0
Corrientes	87,9	94,7	85,0	87,3	85,2	70,2	76,04	72,9
Chaco	106,2	110,4	117,1	86,0	81,9	91,6	97,45	83,8
Chubut	94,9	72,4	87,5	91,8	93,5	112,3	98,86	91,8
Entre Ríos	86,7	90,0	85,4	74,0	73,7	79,4	83,89	84,6
Formosa	87,9	117,5	119,9	103,7	88,8	105,8	93,99	112,3
Jujuy	89,9	86,0	100,5	99,2	94,0	87,7	82,77	84,0
La Pampa	65,5	59,0	56,3	54,4	73,7	72,4	44,42	54,2
La Rioja	81,4	72,0	68,5	76,2	70,4	82,9	91,04	107,9
Mendoza	82,9	87,0	89,0	83,6	77,9	80,6	81,33	79,3
Misiones	84,0	97,9	84,8	80,3	89,3	86,2	89,53	91,3
Neuquén	65,7	90,5	65,5	80,8	80,4	71,6	73,29	75,0
Río Negro	73,1	70,9	63,7	75,3	70,6	67,0	74,47	91,2
Salta	96,9	95,8	100,7	89,2	90,7	86,0	93,53	80,2
San Juan	101,5	85,8	83,3	66,8	64,8	66,9	80,68	78,8
San Luis	83,3	55,2	63,4	88,9	77,4	47,4	88,49	72,6
Santa Cruz	47,8	81,0	90,9	68,5	111,3	65,0	105,29	118,0
Santa Fe	94,4	93,8	89,6	88,2	85,0	84,7	86,10	105,2
Santiago del Estero	91,8	89,0	96,4	68,6	69,8	65,9	70,26	77,8
Tucumán	69,6	74,6	66,9	71,6	72,7	76,5	82,49	85,2
Tierra del Fuego	71,6	59,6	28,4	50,3	79,2	74,9	71,12	58,8

Elaboración propia en base a “Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo”. Ministerio de Salud de la Nación (2002-2009)

En el Anexo 2 pueden encontrarse los cuadros y gráficos que muestran el detalle para cada uno de los años estudiados. Por lo pronto, tanto en el año 2000 como en 2001, las provincias de Salta y Chaco aparecen entre las cinco localidades con mayor tasa, con más de 5 puntos por encima del promedio del país. También están por encima del promedio nacional en el año 2001 las provincias de Formosa, Buenos Aires, Misiones y Corrientes.

En el año 2002 la tasa de mortalidad²² de 15 a 24 años fue de 88,8 y tuvo un llamativo crecimiento de la tasa en la provincia de Jujuy, que pasa de 86 en el año anterior a 100,5. Santa Cruz también tiene un crecimiento de 10 puntos en la tasa. Hay un descenso en Tierra del Fuego, que tiene una tasa de 59,6 en 2001 y de 28,4 en 2002.

En el año 2003 la tasa de mortalidad descendió a 84,2. Las provincias de Mendoza, Chaco, Corrientes, Santa Fe, San Luis, Salta, Chubut, Buenos Aires, Jujuy y Formosa tuvieron una tasa mayor al promedio del país.

En Chaco (86) hay un marcado descenso con relación al año anterior (117,1); lo mismo sucede en San Juan: 83,3 en 2002 y 66,8 en 2003. En Neuquén se da lo contrario: mientras en 2002 tenía una tasa de 65,5 en 2003 llega a 80,8 al igual que en San Luis: 63,4 en 2002 y 88,9 en 2003.

La tasa en Tierra del Fuego, que alcanza su piso más bajo en 2002 (28,4) comienza a ascender en 2003 (50,3) y llega a su pico en 2004 con 79,2.

En el año 2004, la tasa del país fue de 78,4 —la más baja de todo el período estudiado—. La tasa de Santa Cruz crece a 111,3 que es más de dos veces la tasa de la misma provincia en el año 2000 (47,8). Las provincias de Santa Cruz, Jujuy, Chubut, Salta, Misiones, Formosa, Corrientes, Santa Fe, Chaco, Neuquén, Buenos Aires, Tierra del Fuego, Mendoza y San Luis son las que tuvieron una tasa mayor al promedio del país.

En el año 2005, la tasa fue de 81,4 para el total del país. Las provincias que tuvieron tasas mayores al promedio nacional fueron Chubut, Formosa, Chaco, Jujuy, Misiones, Salta, Buenos Aires, Santa Fe y La Rioja. La provincia de Chubut llega a su tasa más alta en los años estudiados: 112,3.

En el año 2006 la tasa descendió a 81,33, siendo la más baja del período analizado. Las provincias Santa Cruz, Chubut, Chaco, Formosa, Salta, La Rioja, Misiones, San Luis, Santa Fe, Entre Ríos, Jujuy, Tucumán y Buenos Aires tuvieron tasas mayores al promedio del país. En este año, teniendo en cuenta que la tasa total del país tuvo una variación mínima, llaman la atención las variaciones en algunas localidades. En Santa Cruz la tasa creció considerablemente. De 65 en 2005 pasa a 105,29 en 2006. Lo mismo sucede en San Luis donde los registros marcan una tasa de 47,4 para 2005 y de 88,49 en

²² Calculada cada 100.000 habitantes.

2006. Mientras tanto, La Pampa muestra un marcado descenso: de 72,4 en 2005 a 44,42 en 2006.

En 2007 la tasa fue de 84,6. Santa Cruz, Formosa, La Rioja, Santa Fe, Chubut, Misiones, Río Negro y Tucumán tuvieron tasas mayores al promedio del país. Varias provincias alcanzan en este año la tasa más alta del período estudiado: Formosa (112,3), La Rioja (107,9), Río negro (91,2), Santa Cruz (118) Santa Fe (105,2) y Tucumán (85,2).

Como se observa, se trata de un problema presente en todas las provincias. Así lo resumimos en el siguiente cuadro que muestra las 10 provincias con mayores tasas en cada año, presentadas en orden de mayor a menor:

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Chaco	Formosa	Formosa	Formosa	Santa Cruz	Chubut	Santa Cruz	Santa Cruz
San Juan	Chaco	Chaco	Jujuy	Jujuy	Formosa	Chubut	Formosa
Salta	Buenos Aires	Salta	Buenos Aires	Chubut	Chaco	Chaco	La Rioja
Chubut	Misiones	Jujuy	Chubut	Salta	Jujuy	Formosa	Santa Fe
Santa Fe	Salta	Buenos Aires	Salta	Misiones	Misiones	Salta	Chubut
Catamarca	Corrientes	Santiago del Estero	San Luis	Formosa	Salta	La Rioja	Misiones
Santiago del Estero	Santa Fe	Santa Cruz	Santa Fe	Corrientes	Buenos Aires	Misiones	Río Negro
Buenos Aires	Neuquén	Santa Fe	Corrientes	Santa Fe	Santa Fe	San Luis	Tucumán
Jujuy	Entre Ríos	Mendoza	Chaco	Chaco	La Rioja	Santa Fe	Entre Ríos
Corrientes	Santiago del Estero	Chubut	Mendoza	Neuquén	Mendoza	Entre Ríos	Buenos Aires

Elaboración propia en base a *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2002-2009)

De las 24 localidades, hay 19 que aparecen en alguno de los años entre las 10 localidades con tasas más altas, con la siguiente frecuencia (de mayor a menor):

- Santa Fe: 8 años
- Chaco, Chubut y Formosa: 7 años
- Salta: 6 años
- Jujuy: 5 años
- Misiones: 4 años
- Entre Ríos, Mendoza, Santa Cruz y Santiago del Estero: 3 años.

- Corrientes y Neuquén: 2 años
- Catamarca, Río Negro, San Juan, San Luis y Tucumán: 1 año

Esta distribución de las tasas por localidad nos permite argüir que el problema de la mortalidad juvenil no responde a factores socio-económicos exclusivamente como podría identificarse como las provincias más pobres, lo que refuerza la multicausalidad del problema de la mortalidad juvenil²³. Otra de las aproximaciones más frecuentemente utilizadas en las investigaciones existentes es la observación de las causas de muerte. El comportamiento de las mismas asume características particulares en el caso de los jóvenes, si se compara con otras edades. En el estudio de las causas más frecuentes es posible encontrar algunas de las razones por las cuales no puede establecerse una relación causal unívoca entre pobreza y muerte de los jóvenes, en la medida que intervienen otros factores.

2.3.c- ¿Una problemática evitable?

La definición de causas de defunción divide a las muertes en dos grandes categorías: muertes evitables y muertes no evitables. Para analizar la cuestión de las causas de muerte expuesta en los informes del Ministerio de Salud, hay ciertas definiciones operacionales que es necesario conocer previamente para su correcta comprensión.

Por **defunción** se entiende la desaparición permanente de todo signo de vida, cualquiera que sea el tiempo transcurrido desde el nacimiento con vida.

La **causa básica de la defunción** es a) la enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o b) las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal.

El registro de las causas de muerte está estandarizado a nivel internacional. Dicha estandarización a la que se refieren los informes tiene una larga historia que se inicia a mediados del Siglo XX, cuando la OPS plantea la necesidad de aplicar un método

²³ Algunos estudios como el realizado por Lera (2005) vincula las muertes con los niveles de ingreso al estudiar el caso de la ciudad de Santiago de Chile. Señala que “se mantiene el 37% de mayor mortalidad prematura en el quintil más pobre en relación al quintil más rico... Similar situación ocurre para los años perdidos por causas traumáticas dado el mayor impacto de la mortalidad por causas violentas y accidentes laborales en los grupos más pobres.” (Lera, 2005: 581). Otros estudios tienen este mismo enfoque. Podría pensarse que dentro de las localidades con mayores tasas los jóvenes que mueren son los más pobres, pero esto requeriría una profundización de los análisis a partir del cruzamiento con otros datos, muchos de los cuales no siempre están disponibles.

uniforme para el registro de las principales causas de muerte (Curiel, 1956). Por entonces, la propuesta enfrentaba ciertas controversias²⁴. El listado de causas o enfermedades que sirve de base a la selección de las causas principales de muerte presentaba en primer lugar el problema del procedimiento que debía usarse para la selección, lo que prácticamente conducía a la individualización de todos los casos. El acuerdo sobre los procedimientos de selección que debían ser adoptados era también fundamental para facilitar la comparabilidad entre varios países, o aun dentro de un país, entre sus diferentes jurisdicciones.

A los fines de uniformar las listas y procedimientos, el Reglamento N° 1 de la Organización Mundial de la Salud, aprobado por la Asamblea Mundial de la misma en 1948 y vigente para todos los Estados Miembros desde el 1° de enero de 1950, estableció con fuerza de ley que todos los países utilicen para la recopilación y publicación de sus estadísticas de causas de muerte, la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción adoptada en 1948 (o sea en su Sexta Revisión). Con el fin de que los resultados obtenidos por el uso de dicha Clasificación fueran comparables entre los diversos países, el mismo Reglamento estatuyó que cada uno de éstos realice la codificación de las causas de muerte consignadas en los certificados médicos usando para tal fin la Lista Tabular de Inclusiones y el Índice Alfabético de la misma Clasificación. El Reglamento estableció con el mismo fin, que los certificados médicos se conformen según el modelo internacional recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Asimismo, el Reglamento establece que los países usen para la tabulación de causas (que ha de ser la de las causas básicas) en sus estadísticas de mortalidad, un cierto número de cuadros-tipos establecidos por la OMS. Estos cuadros-tipos están representados por el

²⁴ “Para todos los fines prácticos, los problemas sanitarios llevan implícitos en su definición los límites de la responsabilidad de que están investidos los organismos gubernamentales nacionales para combatirlos, organismos que, de acuerdo con complejos factores legales, económicos y sociales, propios de cada país, no coinciden en una doctrina uniforme que delimite, dentro de las distintas administraciones públicas nacionales, su lucha contra ellos y, por lo mismo, no puede hablarse internacionalmente de definición uniforme de dichos problemas. En consecuencia, una selección de causas principales de muerte que se aplique uniformemente a todas las administraciones nacionales de sanidad en función de una definición igualmente uniforme de problemas sanitarios, peligra de convertirse en tarea improductiva y aun desorientadora. Más aún; dentro de determinada administración sanitaria nacional o local tomada aisladamente y dentro de su propia definición de problemas de salud pública, las principales causas de muerte no constituyen necesariamente los principales problemas sanitarios. Para definir éstos, algunas administraciones de salud pública toman además en cuenta, por ejemplo, la susceptibilidad que esas causas principales de muerte tienen a las medidas de prevención, así como también los poderes o medios de que ellas disponen para llevar esas medidas a la práctica.” (Curiel, 1956: 192)

uso de Listas Especiales destinadas exclusivamente a tabulación y que, de acuerdo con su mayor o menor condensación comprenden, en el caso de la mortalidad, las siguientes: Lista A, o sea la 'Lista Intermediaria' compuesta de 150 causas, y Lista B, o sea la 'Lista Abreviada' que comprende 50 causas. El Reglamento establece el uso de estas Listas para tabulación de las estadísticas de causas de muerte en relación con los países tomados en su totalidad territorial o en sus fracciones demográficas.

En la Argentina, a partir del 1° de enero de 1997, el Sistema Estadístico de Salud (SES) adopta la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud en su décima revisión (CIE-10) para la codificación de la mortalidad (Ver Anexo 3). La CIE-10 contiene los cambios desde la Sexta Revisión a nivel de categorías, conceptos y definiciones. En función de ello, los datos de morbilidad y de mortalidad y la comparabilidad retrospectiva deben interpretarse considerando estos cambios. A partir de esta clasificación, los médicos que realizan los certificados de defunción, debe seleccionar la principal causa de muerte. Esta lista identifica grandes grupos de problemas y se complementa con aperturas que podrán orientar un análisis más detallado, con el fin de elaborar y administrar programas de salud en áreas específicas.

En los informes de Estadísticas Vitales, las causas de muerte se dividen en dos grandes grupos. Aquellas definidas y aquellas mal definidas y desconocidas. Dentro de las causas definidas, existen 16 grupos. El décimo quinto es el de 'causas externas' donde se incluyen: accidentes de tráfico de vehículo de motor, otros accidentes de transporte, otras causas externas de traumatismos accidentales, suicidios, agresiones, eventos de intención no determinada, inclusive secuelas y las demás causas externas.

2.3.d- Registro y sub-registro

Un problema que se plantea en los diferentes estudios sobre mortalidad consultados es el del sub-registro de ciertas causas de muerte, dado que el registro depende del profesional que realiza el certificado.

Algunos estudios parten del supuesto de que ciertas causas no son registradas adecuadamente, además de cierto porcentaje de causas sin registrar que, los años

analizados, estaría alrededor del 4%²⁵ lo que implica un total de 1779 casos de jóvenes cuyas de causas de muerte están mal definidas y desconocidas.

Hay diferentes situaciones en las cuales aun existiendo un registro de causa de muerte, puede ser confuso, especialmente en problemáticas que afectan a jóvenes. Tal es el caso de las adicciones, ya que en la clasificación figura como causa (F10) circunscripto al “síndrome de dependencia del alcohol” pero no a los efectos de otras sustancias adictivas. Cuando el consumo de sustancias estupefacientes está en la base de algunas defunciones —para las cuales no existe una rúbrica específica que permita clasificar las muertes por sobredosis— se atribuyen esos fallecimientos a otras causas fundamentalmente respiratorias (edema de pulmón) o circulatorias (paro cardíaco, insuficiencia cardíaca) (Génovas, 1996).

Lo mismo ocurre con el suicidio,

En Argentina, se da una situación particular con las muertes por suicidio. Si la persona se suicida y muere en domicilio, y cuando acuden los médicos en la ambulancia del hospital público constatan que la persona está fallecida, no se toca el cuerpo y se llama a policía e interviene médico forense, quien realiza el certificado de defunción.

Si la persona alcanza a ingresar con vida en el hospital y luego muere, el médico de hospital realiza certificado de defunción, pero también se llama a policía porque se considera muerte dudosa. En ambos casos —muerte en domicilio u hospital— es considerada muerte dudosa y se debe hacer autopsia.²⁶

El registro no da cuenta de las causas del suicidio. También podría registrarse la muerte por secuelas de intento de suicidio sin detallar que deriva de ese intento, aun cuando existe la categoría “secuelas de suicidio”.

Por ello algunos estudios estiman que hay un sub-registro marcado en el número de suicidios, ya sea por “los sentimientos de vergüenza y fracaso que provocan en los familiares, como por las creencias religiosas” (Grisales, 2005: 91).

Otros estudios también plantean que la calidad de los datos sobre mortalidad es variable en general, particularmente en lo que concierne a los suicidios:

En muchos países, por prejuicios religiosos, cuestiones políticas o hábitos culturales, existe la tendencia a clasificar estas defunciones entre las de causas externas no intencionadas, o en las de causas indeterminadas; o se clasifican como muertes del corazón para evitar así los inconvenientes de la realización de autopsias u otro tipo de investigación indiscreta para conocer la causa (Guibert Reyes, 2002: 2)

²⁵ Detallados por año los porcentajes de causas mal definidas y desconocidas son: 2000: 4,11% - 2001: 3,73% - 2002: 4,25% - 2003: 4,11% - 2004: 3,6% - 2005: 4,21% - 2006: 3,23% - 2007: 4,34%

²⁶ Datos obtenidos de entrevista realizada a un médico de Hospital en la provincia de Buenos Aires.

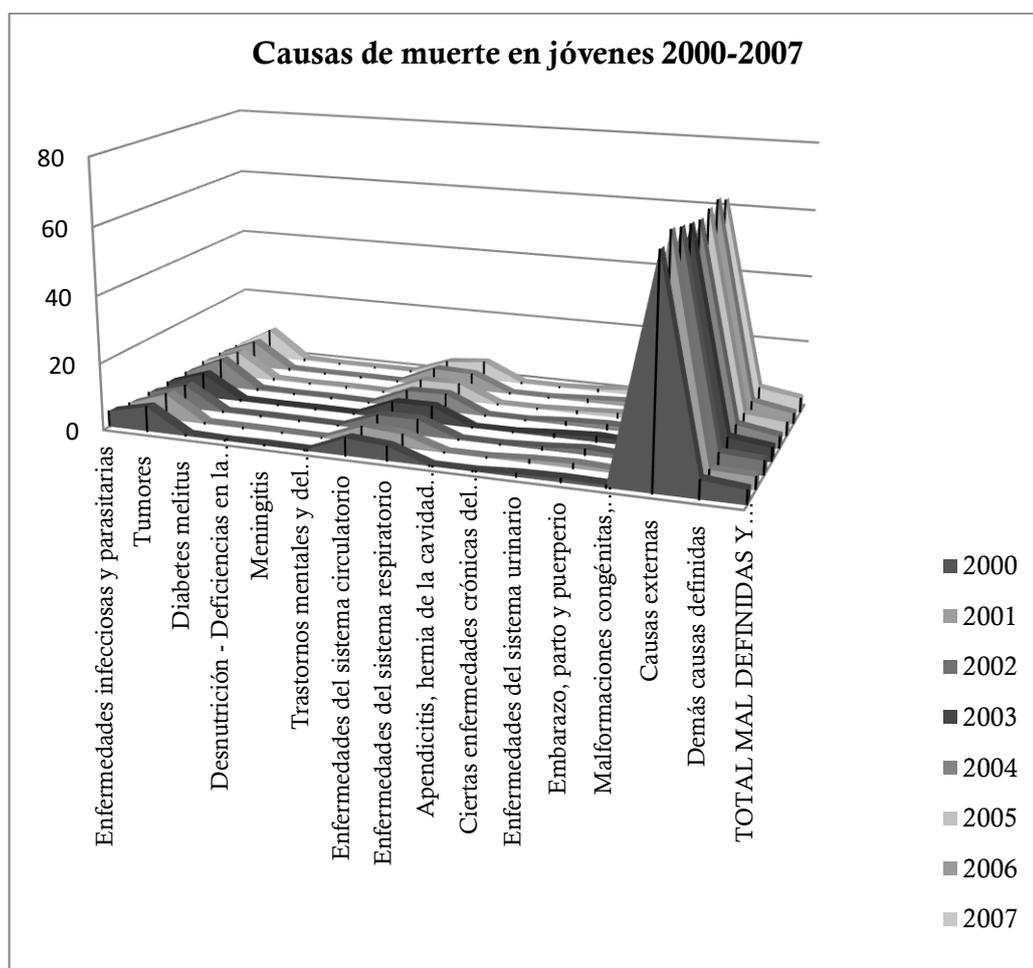
Algunos investigadores opinan que probablemente las tasas efectivas sean considerablemente superiores a las que resultan de los casos notificados. El hecho de que no se notifiquen muchos casos se debe a una combinación de factores tales como la resistencia a calificar de suicidio una defunción por las repercusiones de carácter judicial y social que tal calificación pudiera tener para la familia del muerto; en algunas ocasiones, el silencio se debe a las dudas en cuanto a las circunstancias en que se produjo la muerte, y en otras, por otros factores personales y culturales. Asimismo, se presume que cuando intervienen en la investigación múltiples instancias como en los casos de causas externas, el sub-registro es mucho menor, específicamente en las muertes generadas en accidentes y agresiones (DANE, 2000 en Ribotta, 2007:12).

El suicidio es un fenómeno del que resulta imposible llevar una contabilidad exacta. Hay incluso razones morales que llevan a la existencia de medios materiales para disimularlo. Se supone que la disimulación también es diferencial. Ciertos grupos sociales logran, más que otros, escapar al registro estadístico. A pesar de todo, los estudios internacionales como los de la Organización Panamericana de la Salud que citan datos de Argentina, destacan la buena disponibilidad de información. Las dificultades estarían entonces dadas al registrarse los casos cuando se confeccionan los certificados de defunción y no en el relevamiento que hace la SES a nivel nacional.

2.3.e- Las causas externas en los años analizados

En el total de la población las muertes por causas externas están alrededor del 15% de los casos. Dentro de ellos, la principal determinante de la mortalidad por causas externas en la población total del país son los accidentes de tráfico, seguidos por otros accidentes, luego eventos de intención no determinada seguido cercanamente por los suicidios, y luego las agresiones.

Es evidente al mirar el gráfico la preponderancia de las causas externas en la mortalidad juvenil que está por encima del 60% en los años estudiados. Para tener una primera mirada de los datos, resulta interesante ver un gráfico de áreas donde pueden compararse los años estudiados (ver datos completos en Anexo 4).



Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación (2001-2008)

En el año 2000 hay un 65,4% de muertes por causas externas, siendo esta la principal causa de muerte en ese año, como serán en los años siguientes también. En este primer

año, llama la atención el bajo porcentaje de muertes por desnutrición, que luego aumenta 5 veces en el año 2001, llegando a 0.26 %.

En el año 2001, aumenta la presencia de muertes por causas externas (68,09). Este es el porcentaje más alto en todos los años analizados.

En el año 2002, crece nuevamente el porcentaje de muertes por desnutrición (0,33%) y se mantiene alto el porcentaje de causas externas (66,38%).

Los datos sobre el año 2003, marcan un crecimiento de las enfermedades del sistema circulatorio y del sistema respiratorio como causa de muerte, y las causas externas son 64,89 % de los casos.

En el año 2004 el 64 % de las muertes de jóvenes entre 15 y 24 años (un total de 5.155) se han dado por causas externas. En este mismo año, en el resto de la población mayor de 25 años, este porcentaje es de 4,8 % y en la población menor de 14 años asciende a 11 %.

En los datos del año 2005, la distribución de frecuencias es similar a la de los años anteriores, con una clara prevalencia de causas externas (64,48%).

En el año 2006 se da el porcentaje más alto del período estudiado de muertes por enfermedades del sistema circulatorio (5,42%) y se sostiene la tendencia de un alto número de muertes por causas externas (65%).

En el año 2007 se da el porcentaje más alto del período estudiado de muertes por de causas mal definidas y desconocidas (4,34%), tumores (8,99%) y enfermedades del sistema respiratorio (5,64%). Las causas externas (62,77%) continúan siendo la principal causa en las muertes de personas de 15 a 24 años.

En el porcentaje total de causas, las causas externas han disminuido en el período estudiado, aunque se mantienen por encima del 62 % del total. Es llamativo como crece este porcentaje en el año 2001, cuando se da la profunda crisis por la que atravesó el país.

Las muertes por enfermedades transmisibles y degenerativas tienen poco peso pero, como contrapartida, existe en la población joven una alta proporción de muertes por causas externas. Esto coincide con la situación en otros países de la región (CEPAL/OIJ, 2004; Hopenhayn, 2006; CEPAL-SEGIB-OIJ, 2008).

El comportamiento de estas causas tiene ciertas variaciones en los años analizados al observar los diferentes tipos de causas que están incluidas en esta categoría²⁷:

Causas externas	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	18,71	18,25	15,75	17,01	19,9	19,25	23	23,6
Otros accidentes de transporte	3,55	3,3	2,41	1,7	1,86	1,94	2,51	1,67
Otras causas externas de traumatismos accidentales	24,02	21	21,28	21,7	24,4	26,8	20,2	26,6
Suicidios	15,31	16,45	17,41	22,8	25	22,92	23,87	20,79
Agresiones	17,2	19,75	21,5	23,15	19	17	15,5	13,18
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	20,4	20,5	21,05	13,3	9,45	11,8	11,2	13,77
Las demás causas externas	0,81	0,75	0,6	0,34	0,39	0,29	3,72	0,39

Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2000 - 2007. (2001-2008) Ministerio de Salud de la Nación.

En los datos para el total del país hay algunas particularidades en los años estudiados.

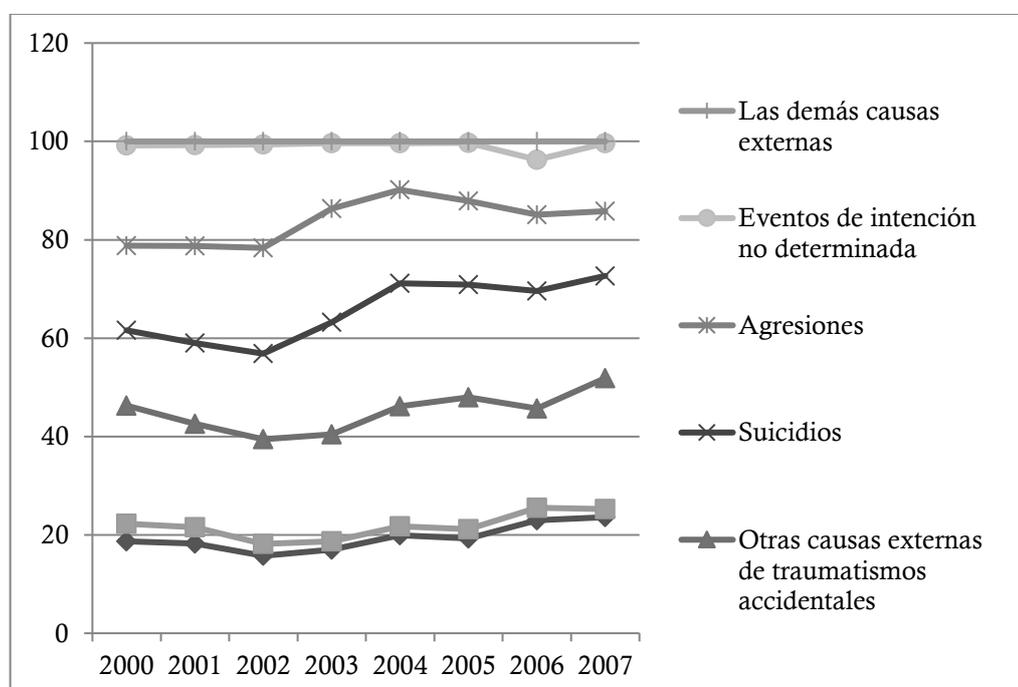
Nótese que el primer lugar en número de casos está ocupado por las siguientes causas:

-causas externas de traumatismos accidentales: años 2000, 2001, 2005 y 2007.

-agresiones: años 2002, 2003.

-suicidios: año 2006

Entre el segundo y el tercer lugar se ubican los accidentes de tráfico. El siguiente gráfico permite ver el comportamiento de las diferentes causas comparativamente:



Elaboración propia en base a Estadísticas Vitales 2000 - 2007. (2001-2008) Ministerio de Salud de la Nación

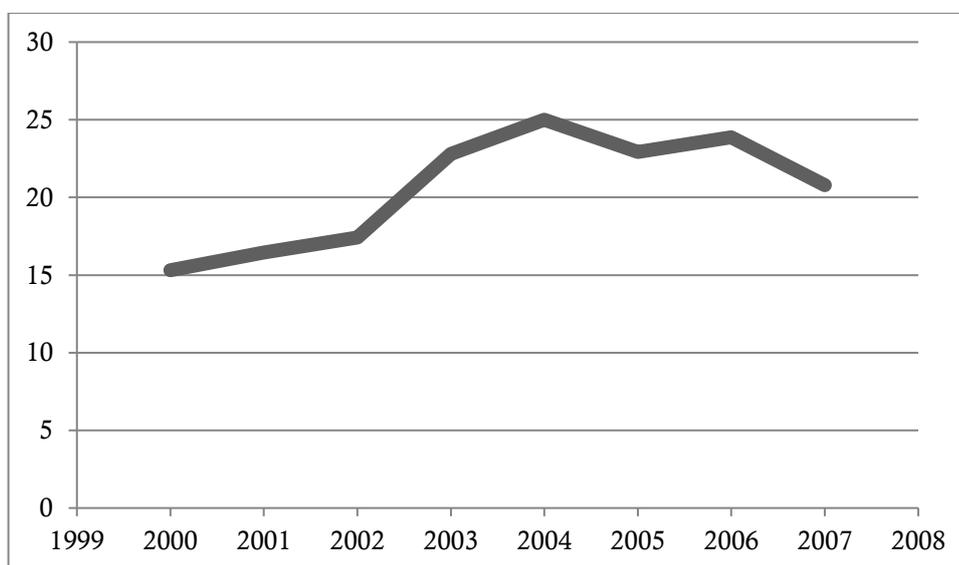
²⁷ Los datos completos sobre los que se basa el cuadro se encuentran en el Anexo 5.

Observando los datos diferenciados por localidad, es llamativo el hecho de que las provincias de la Patagonia tienen los mayores porcentajes de muertes por causas externas. Observando las tasas de mortalidad juvenil estas provincias son las que tienen tasas más elevadas, coincidentemente con el hecho de que las muertes se dan por este grupo de causas.

Ciertas localidades tienen una variación importante en lo que respecta a la incidencia de las causas externas en la mortalidad juvenil. Chaco tiene un incremento muy importante de 2000 a 2001, pasando 51% a 66,5% que luego baja en 2002 y se mantiene estable en los años siguientes. Lo mismo sucede en Formosa que tiene en 2001 un pico de 60% y Neuquén que llega al 77% en el mismo año. Santa Cruz, La Rioja, La Pampa y Tierra del Fuego tienen porcentajes muy variables de un año a otro. Formosa tiene un marcado descenso en el año 2003, llegando al porcentaje más bajo del período en el total de las localidades.

En el período estudiado la causa que crece más significativamente es “suicidios”, tal como puede observarse en el siguiente gráfico. En el año 2000 era un 15,31% de los casos, tiene un pico de un 25% dentro de las causas externas en el año 2004 y luego desciende hasta el 20,29% en 2007.

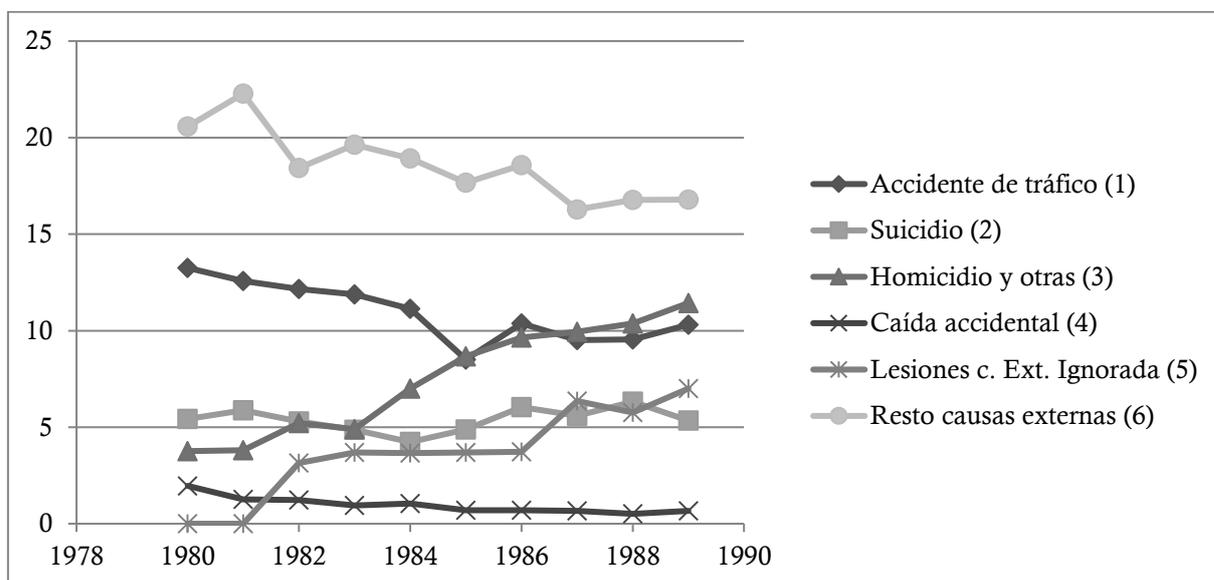
Suicidio juvenil



Elaboración propia en base a *Estadísticas Vitales 2000 - 2007*. (2001-2008). Ministerio de Salud de la Nación

De acuerdo con el registro de mortalidad para el último cuarto del siglo XX (ver Anexo 6) el marcado crecimiento del suicidio en jóvenes es propio del siglo XXI. En el

período 1979-1989 se destacan las muertes por accidentes de tráfico y el resto de las causas externas, mientras la presencia del suicidio como causa de muerte era menor, tal como puede verse en el siguiente gráfico:



Elaboración propia en base a Yunes (1993)

Esta tendencia empieza a cambiar en la década del noventa. En un estudio realizado por Yunes en 1999, señala que la tendencia de la mortalidad por suicidio difiere de la tendencia sufrida por la población total: “En los hombres de 15 a 24 años se observa un aumento de las tasas de un 44% en igual período, llegando a tasas de 8,8 por 100.000 en 1996.” (Yunes, 1999: 131. Fuente N° 44). El autor enfatiza que en la población total el componente fundamental de la mortalidad por causas externas son los accidentes de tráfico. Pero en “los adolescentes y jóvenes hombres de 15 a 24 años el aumento en la mortalidad por causas externas se debe principalmente al aumento de las tasas de mortalidad por homicidios y suicidios”. (Yunes, 1999: 134. Fuente N° 44).

Los comienzos del nuevo siglo nos enfrentan al aumento del suicidio en jóvenes de 15 a 24 años en proporción a otras causas externas. ¿A qué se debe? En la segunda parte de la tesis vamos a explicar el fenómeno desde diversas perspectivas, y como anticipamos, procurando comprender como se construye el problema desde las intersecciones entre las explicaciones científicas y religiosas. Para ello indagaremos en la estructura de sus argumentos como en la retórica que refuerza un sistema de creencias en torno de un problema público creciente. Ordenando sus componentes analíticos pondremos a prueba el alcance y la capacidad explicativa de los diferentes abordajes analizados: el de los profesionales de la salud, los sociólogos, los filósofos, los teólogos y el de los testimonios.

CAPÍTULO 3

LÍNEAS ARGUMENTATIVAS Y REDES DE SENTIDO EN EL SUICIDIO JUVENIL: FACTORES DE RIESGO, ENFERMEDAD MENTAL Y MUERTE

La salud pública es una combinación de varias ciencias, metodologías, habilidades, filosofías y creencias dirigidas al mantenimiento y el mejoramiento de la colectividad (Arboleda-Flores: 2006, 17. Fuente N° 2).

En este capítulo recorreremos el estudio a doble vía que nos propusimos en esta tesis, integrando los resultados del buceo bibliográfico por un parte, y el trabajo etnográfico por otra, a través de los tres núcleos temáticos que hemos identificado y que entendemos estructuran las redes de sentido en torno del problema.

Como ya anticipamos, para indagar en la construcción del problema del suicidio juvenil hemos optado por una doble vía: por una parte, el buceo bibliográfico que nos permitió seleccionar, clasificar y sistematizar las distintas aproximaciones disciplinarias al problema; y por otra, el trabajo etnográfico en orden a profundizar en el estudio de las creencias, en particular las religiosas. La bibliografía nos permitió resignificar los dichos y expresiones de los actores, para desde allí volver a releer los materiales.

En el interjuego entre los distintos tipos de datos, hemos identificado tres núcleos temáticos que podríamos decir, estructuran las redes de sentido en torno del problema. De manera que, en este y los dos capítulos siguientes, habremos de presentar estos conceptos y sus asociaciones en las diversas explicaciones que elaboran y utilizan los cuatro grupos analizados, esto es: profesionales de la salud, sociólogos, filósofos y teólogos, junto a los testimonios recogidos en el ámbito de las iglesias bautistas.

A los fines de una lectura ordenada y significativa de este capítulo y los siguientes sugerimos al lector tener presente los dos archivos adjuntos, expuestos en el Anexo 8, desde la página 244 en adelante, que reúnen por un lado, el ordenamiento, clasificación y detallado análisis de contenido de las fuentes bibliográficas relevadas, y por otro lado, el detalle de los informantes, tareas y testimonios obtenidos en el trabajo etnográfico en el ámbito de las iglesias bautistas seleccionadas, a los fines de habilitar la posibilidad de lectura e interpretación cruzada que pretendemos plasmar a propósito de la idea de las intersecciones que atraviesan nuestro planteo del problema.

3.1- Panorama general de las fuentes analizadas

Si bien vamos a introducir más en detalles estas referencias en los siguientes apartados, podemos anticipar algunos rasgos sobresalientes:

- Las definiciones presentadas sobre suicidio son en general breves y los trabajos dedican solo uno o dos párrafos a presentarlas (esto es muy evidente al mirar los datos del cuadro en la columna “Definición de suicidio”). Un 28 % de los trabajos no presenta una definición aunque se refiere al suicidio.
- Hay consenso en los materiales de pensar al suicidio como un proceso y no solo como un evento aislado.
- Desde la epidemiología ser joven es un factor de riesgo de conducta suicida. Los jóvenes son vistos no solo como en riesgo sino también como vulnerables, en especial los varones.
- Para la psiquiatría las fuentes más citadas en los artículos provienen de Estados Unidos y Canadá. Hay un énfasis en la descripción de los aspectos neurobiológicos de la conducta suicida (fundamentalmente del sistema serotoninérgico), pero también aparecen con frecuencia cuestiones legales y éticas que hacen a la responsabilidad profesional frente al riesgo de la muerte de un paciente.
- Para los trabajos sociológicos hay referencias constantes a obras producidas desde los organismos internacionales (CEPAL, ONU, OMS) y una alta frecuencia de citas de la obra de Durkheim que suele ser presentada como el punto de partida de la discusión sobre la temática. En los materiales que asumen una posición desde la salud pública el centro de la discusión está en los factores de riesgo: su identificación y medición.
- Desde la psicología se recurre al trabajo con personas sobrevivientes de intentos suicidas. Aunque se hace mención al concepto de autopsia emocional no se han encontrado textos que presenten resultados de ese tipo de investigación. Se trabaja con los casos de intento de suicidio como un modo de tener acceso a cierta información aunque se reconoce la limitación del estudio sobre el suicidio a partir de los datos de sobrevivientes.

- Los materiales producidos por teólogos —en el campo de la teología práctica— hacen un recorrido histórico sobre los modos en que se ha conceptualizado el suicidio para la Iglesia, sobre todo retomando los Concilios en los cuales se fue delineando qué hacer con los cuerpos de los suicidas. Hay cierto consenso en no considerar al suicidio como pecado, sino como el resultado de la enfermedad mental o la acción demoníaca. Sin embargo en algunos manuales pastoralistas se sigue sosteniendo que el suicidio es un pecado que viola el mandamiento “no matarás” tal como sostenía Santo Tomás de Aquino en el Siglo XIII.
- Para la filosofía, y una orientación filosófica en particular como la existencialista, los que se suicidan son de ánimo impotente y han sido totalmente vencidos por causas exteriores que repugnan a su naturaleza. El suicidio es paradójico. El suicida quiere terminar con algo que le resulta intolerable y en ese intento termina con su propia existencia, configurando un deseo imposible.
- En la mayor parte de los trabajos aparecen propuestas de intervención desde diferentes actores y en función de los destinatarios del material: profesionales de la salud, psicólogos, pastores o el mismo Estado en términos del diseño de políticas públicas. Se entiende al suicidio como una causa de muerte evitable. La prevención se liga a la identificación de los factores de riesgo antes del intento de suicidio en la intervención individual, y a la prevención de la violencia en la intervención comunitaria.
- Hay una gran riqueza en los componentes de las argumentaciones sobre el suicidio juvenil que va desde la clásica apreciación de factores de riesgo hasta la relación con crisis social, desempleo o fracaso escolar. Se ponen en juego tanto los elementos ligados a la enfermedad mental del suicida, su pertenencia a grupos sociales como a problemáticas sociales estructurales. Aparece la construcción cultural que perfila modos de habilitar la violencia en los jóvenes, como resultado de la pérdida de valores morales, de la sociabilidad o frente al valor superior de lo material.
- En cuanto a las valoraciones de la conducta suicida también hay una gran variedad de posicionamientos. En un extremo hay quienes lo consideran como el acto de libertad por excelencia: cuando el sujeto decide terminar con su propia vida. En otro extremo podríamos ubicar a quienes ven en el sujeto suicida a un

incapaz de decidir libremente, por los condicionamientos que le impone la enfermedad mental. Para algunos es una forma de resistencia, para otros el final de un camino de desesperanza. En las lecturas que lo vinculan al deseo, el suicidio es visto como deseo de morir pero también como deseo de una mejor vida. Para los religiosos puede ser visto como un pecado irredimible o como el peor efecto de la acción demoníaca, superando la voluntad del individuo quien juega un papel secundario.

A partir de estas enunciaciones más generales, y de la integración de la observación como de los testimonios recogidos en el marco del trabajo etnográfico, se presentan a continuación los resultados sobre tres nociones-clave identificadas asociadas al suicidio juvenil: los factores de riesgo, la enfermedad mental y la muerte, procurando poner el foco de atención en las intersecciones entre las miradas disciplinares, de los religiosos, de los creyentes y sufrientes, y las creencias que entran en juego.

3.2- Las creencias sobre los factores de riesgo

Los profesionales de la salud consideran a la conducta suicida no como un comportamiento exclusivo de la enfermedad mental, sino como “una conducta compleja”. Se la denomina como “proceso suicida o crisis suicida”, que tiene una duración promedio pre-establecida de entre 6 a 8 semanas, se extiende desde la aparición de las primeras ideas de suicidio hasta su resolución (o su repetición) incluyendo o no un pasaje al acto suicida. Planteamientos sobre la neurobiología del suicidio y la concomitante farmacoterapia antisuicida son piezas de esta perspectiva, así como también el trazado de un “recorrido del suicida” que distingue fases: 1) Pre-suicida; 2) Suicida o de pasaje al acto; 3) Post-suicida (de carácter resolutivo y catártico o, por el contrario, como comienzo de una nueva crisis suicida). Con todo ello se suelen consensuar determinados factores de riesgo del proceso suicida. (López, 2010. Fuente N° 17).

La posibilidad de identificar si un joven está atravesando este proceso está dada por el hallazgo de ciertos factores que lo ponen en riesgo de cometer suicidio.

El concepto de factores de riesgo, propio de la epidemiología, aparece recurrentemente para explicar los motivos del suicidio. Se presentan sus variaciones a partir de los

cambios propios de la epidemiología. La contracara de los factores de riesgo son los factores protectores.

Esta noción es un aspecto básico de la Epidemiología cuyo fin es la salud pública. El suicidio juvenil es considerado como “un problema de salud pública” y corresponde a trabajadores de la salud mental contribuir a la toma de conciencia de los síntomas de alarma y factores de riesgo en profesionistas de la salud, maestros, padres de familia y la población en general. El reconocimiento de los factores de riesgo es para evitar lo más posible futuros casos de suicidio” (Villagomez, 2005:5. Fuente N° 31).

Es interesante mirar la definición de Salud Pública que se propone en un manual de Psiquiatría publicado en Buenos Aires, donde se señalan los componentes de la misma y su finalidad:

La salud pública es una serie de esfuerzos y acciones de una sociedad con la meta de promover, proteger y recuperar la salud de la población. Como tal, la salud pública es una combinación de varias **ciencias, metodologías, habilidades, filosofías y creencias** dirigidas al mantenimiento y el mejoramiento de la colectividad a través de instituciones, programas y servicios que cambian a medida que cambian las necesidades y las tecnologías. Sin embargo, las metas permanecen lo mismo — reducir el fardo de enfermedad y las **muertes prematuras** y disminuir el sufrimiento de las enfermedades y la discapacidad en la población. (Arboleda-Flores: 2006, 17. Fuente N° 2).

La salud pública es la que reúne las estrategias de intervención más generales y claramente se orienta para evitar las muertes prematuras en la sociedad. Se nutre de la epidemiología, y de una de sus ramas que es la “epidemiología de los trastornos mentales” dentro de la cual se ubica al suicidio. Trabaja para conocer tanto la distribución como la frecuencia en que se encuentran esos trastornos en la sociedad. Mide su costo social y la existencia de factores de riesgo que puedan usarse para establecer programas de promoción y políticas de prevención.

Los factores de riesgo se clasifican en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos. La conducta suicida se analiza a partir de dos dimensiones interrelacionadas. La dimensión de los rasgos de la persona (genética, abuso de sustancias, personalidad *border-line* o impulsividad) y la de los desencadenantes o precipitantes (enfermedad psiquiátrica aguda o acontecimientos vitales adversos). Deben coincidir, al menos un factor de cada dimensión, para que aumente el riesgo de suicidio.

Esto explicaría por qué unos pacientes se suicidan y otros no, con la misma enfermedad psiquiátrica o los mismo factores predisponentes.

En este modelo, entonces los factores sociales agravan el riesgo de suicidio, porque actúan como desencadenantes, pero en alguna medida siempre se supone que hay enfermedad mental en el suicida. En los materiales —cuyo detalle se encuentra en el cuadro que consta como Anexo 8— dentro de los factores sociodemográficos se distinguen los siguientes:

Sexo. En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres en los que hay mayores tasas de suicidios.

Edad. El riesgo de suicidio aumenta con la edad. Las tasas de suicidio consumado en jóvenes aumentan, sobre todo en varones entre 15-24 años.

Origen étnico. Ciertos estudios señalan que la emigración, unida al desarraigo y al aislamiento, dan lugar a un aumento del riesgo de suicidio. Este riesgo es menor si se emigra con toda la familia.

Estado civil. Desde el trabajo de Durkheim [1897] se señala que hay un papel de la familia y del estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. La subordinación a los intereses del núcleo familiar en el que el individuo está integrado, disminuye los impulsos individualistas y suicidas. Los estudios posteriores han buscado confirmar esta tendencia. Por ejemplo, en el *OMS/EURO Multicentre study on Parasuicide*, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteros/as, divorciados/as y viudos/as. Otros autores, encontraron que ser soltero es un factor de riesgo para los hombres y que para las mujeres tener un hijo menor de 2 años es un factor de protección.

Nivel socioeconómico. Diversos estudios señalan que tanto los intentos de suicidio como los suicidios consumados son más frecuentes en la población desempleada y con menor nivel cultural o educativo.

Dentro de los factores clínicos aparecen las **enfermedades**, que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular, enfermedad de Huntington, VIH, enfermedad de Cushing, porfiria, úlcera péptica, cirrosis o enfermedad renal tratada

con hemodiálisis, etc.). Ciertos fármacos pueden también alterar el estado de ánimo: reserpina, corticoides, antihipertensivos y antineoplásicos.

Trastornos mentales

El suicidio tiene una fuerte relación con la enfermedad mental. Estudios realizados en Estados Unidos han mostrado que un 90% de los suicidios tenían uno o más trastornos psiquiátricos y que a mayor número de patologías, mayor riesgo de suicidio (Harris, 1997; Beautrais, 1996).

Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos y sobre todo el trastorno depresivo mayor es el trastorno psiquiátrico que más se relaciona con el suicidio. En el meta-análisis de Harris (1997), se obtiene como resultado que la depresión mayor aumenta 20 veces el riesgo de suicidio, el trastorno bipolar 15 y la distimia 12. El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, el retardo psicomotor y la inhibición bloquean el paso a la acción.

Dentro de estos trastornos se encuentran la esquizofrenia, el trastorno de ansiedad, el abuso de sustancias —fundamentalmente el alcoholismo y en menor medida otras drogas— y los trastornos de personalidad, que pueden determinar la conducta suicida de varias formas: predisponiendo a trastornos mentales mayores como depresión o alcoholismo, conduciendo a problemas en las relaciones personales y en el ajuste social, precipitando acontecimientos vitales indeseables o deteriorando la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental.

Trastornos adaptativos

Son síntomas emocionales (depresivos o ansiosos) o conductuales (incluso autolisis), clínicamente significativos que se desarrollan en respuesta a uno o más factores psicosociales de estrés identificables. Se trata de una variable compleja en la que se combinan su intensidad, cantidad, duración o contexto personal (Kaplan, 1999). Entre estos acontecimientos vitales se pueden destacar: procesos relacionados con la edad, problemas laborales, de pareja, de salud, enfermedad o fallecimiento de algún miembro de la familia.

Factores genéticos y neurobiológicos

Poseer antecedentes familiares de suicidio, aumenta el riesgo de conductas suicidas para los pacientes. Algunos autores, encuentran relación entre la historia familiar de suicidio con la violencia del acto suicida. Sin embargo, existen dudas acerca de si esta asociación es debida a factores no genéticos y más relacionados con características culturales en las que crece el individuo, si se deben a la transmisión genética del trastorno psiquiátrico asociado con el suicidio o si existe un factor genético independiente para él mismo, como por ejemplo la impulsividad. En varios estudios, se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico.

El suicidio se vincula con factores sociales que serán detallados en el capítulo siguiente. Investigaciones realizadas por la Organización Mundial de la Salud estiman que el 86% de los suicidios ocurridos en el año 2000 ocurrieron en países de renta *per cápita* de nivel bajo y medio. A nivel mundial, la frecuencia mayor de suicidios se da para los individuos comprendidos entre los 15 y los 44 años (por encima del 50%).

Según la OMS las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad, pero recientemente se ha registrado en todo el mundo un aumento alarmante de los comportamientos suicidas entre los jóvenes de 15 a 25 años.

El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, una discusión, la ruptura de relaciones y problemas jurídicos o laborales. Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social y determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios. Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio. (Porter, 2004. OMS.)

Partiendo de que la salud y la enfermedad son resultantes de múltiples factores, y de que debido a estos, los esfuerzos para mejorar la salud deben ser multidimensionales, la utilidad de los datos epidemiológicos tradicionales es considerada incuestionable, y aún más si estos provienen de una epidemiología comportamental que caracterice mejor a una población en variables de corte psicosocial. Estas variables son indispensables para intervenir en problemas de salud como el suicidio, donde es esencial el prisma personal

con el que se analiza el entorno ecológico y los estilos de vida de los grupos humanos donde vive el individuo.²⁸

La utilidad de la detección de los factores de riesgo se liga con la noción de prevención. Se mencionan diferentes estrategias de prevención llevadas a cabo en los últimos años, en las que se destaca la Educación.

En un estudio realizado en Argentina se hace referencia a la “Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida (ISO-30)” un procedimiento estandarizado para evaluación de factores de riesgo. Se aplicó a un total de 1297 estudiantes adolescentes de ambos sexos residentes en las provincias argentinas de Catamarca, Tucumán, Buenos Aires y ciudad de Buenos Aires, con una edad promedio de 15 años.

Se ha podido detectar un 11% de sujetos en alto riesgo suicida en los centros urbanos y un 13 % en localidades de menor densidad poblacional. Ser mujer, hijo/a único/a, vivir en pequeños centros poblacionales así como el bajo nivel educativo de los padres aparecen como los principales factores de riesgo. (Casullo, 2005. Fuente N° 5)

En los materiales producidos por los bautistas y en los manuales pastoralistas se reproduce la información sobre los factores de riesgo al referirse al suicidio. En El Expositor bautista²⁹, utiliza el concepto pero lo denomina “Predictores de mayor riesgo en adolescentes”. Se describen los siguientes factores de riesgo:

- Intentos o gestos suicidas previos.
- Plan suicida.
- Disponibilidad de armas de fuego, elementos y medicaciones potencialmente letales en el hogar.
- Plan o método combinado con consumo de drogas y alcohol.

²⁸ En la biomedicina y la biotecnología en el capitalismo tardío, se da una transición desde los ‘factores de riesgo’ hacia la ‘individualización genética’. El riesgo deja de ser esencialmente social para ser individual, en función de un medio pero analizado a partir del perfil individual.

Con la transformación del perfil epidemiológico de las poblaciones hacia enfermedades degenerativas y crónicas, como también aquellas relacionadas con el deterioro del medioambiente ecológico y social, se dieron las condiciones para la epidemiología social, con sus críticas a la epidemiología clásica, así como la llamada epidemiología popular, constituyan esfuerzos dentro del saber biomédico por abandonar el encorsetamiento de la tradición ilustrada pensando a la enfermedad como algo netamente biológico y al paciente como cuerpo enfermo; la lucha contra el reduccionismo implicado se ha canalizado a través de la recuperación de otras tradiciones culturales en el ámbito de la medicina igualmente históricas y válidas, como enfatizando el carácter sociocultural de la enfermedad, único camino para desarrollar explicaciones dentro de un enfoque multicausal de la enfermedad (Fajreldin Chuaqui, 2006). No se han encontrado trabajos con este enfoque en la problemática estudiada.

²⁹ Se trata de una publicación de periodicidad mensual de la Confederación Bautista Argentina.

- Precauciones para no ser rescatado.
- Evidencia de poner en orden sus asuntos (comienza a poner sus papeles en orden, se desprende de sus cosas, etc.).
- Ideación suicida.
- Deseo de unirse a un ser amado muerto (en muchos casos existe la fantasía de reunirse con alguien que murió anteriormente).
- Comunicaciones suicidas orales o escritas.
- No establecer vínculo con el médico.
- Incapacidad para cumplir un contrato de no suicidarse.
- Apoyo, supervisión o juicio parental inadecuados.

En relación con los modos que asumen las relaciones familiares se señalan como factores de riesgo la excesiva rigidez en expectativas paterna, el abandono físico o emocional, la violencia, antecedentes familiares de enfermedad mental, abuso de alcohol y de drogas. Se señalan algunos rasgos en los adolescentes pueden aumentar el riesgo de suicidio: problemas interpersonales, poco control sobre los impulsos, excesiva dependencia emocional de otros, participación en actos de violencia entre compañeros, promiscuidad sexual.

En las entrevistas realizadas a pastores y ministros de sanidad interior puede identificarse que no hay un uso frecuente de esta noción de factores de riesgo en términos de lo que plantea la salud pública. Cada caso es tomado desde una perspectiva particular, sin aparecer en primera instancia la idea de sus similitudes con casos estudiados por las ciencias. Sin embargo, sí aparece aplicada al caso particular la idea de “factores de riesgo” tomados como los agravantes posibles de la situación de la persona que se acerca a la iglesia.

Sobre Antonella, joven con ideación suicida, cuyo caso se detalla al final de este capítulo, un pastor dice:

Esta chica está muy mal. No sabés lo que es la familia. El papá era alcohólico, la abuela bruja. Cuando me la trajeron la ministramos. Se manifestó un espíritu de muerte. ¡No sabés lo que fue! Fue tremendo. Estuvimos mucho tiempo haciendo liberación. Hay que hacerle sanidad interior. (Horacio, 50 años, 14/06/2006)

En esta descripción aparece la familia de la joven como un factor que pone en riesgo la superación de la ideación suicida y se suma la cuestión de lo demoníaco, que se desarrolla con más detalle en un apartado más adelante.

Es posiblemente este aspecto el que más aparece ligado al riesgo de suicidio como factor determinante: la influencia de espíritus de muerte.

En cuanto a los procesos interiores en un retiro de sanidad interior (25/07/2006) se enseña que el autorechazo es el principal factor de riesgo de suicidio. Se reconoce la posibilidad de que la persona decida terminar consigo misma por no aceptarse como resultado de la influencia del rechazo sufrido por otras personas (rechazo prenatal, rechazo de los amigos, de la familia, de la iglesia). Es explicado de este modo:

El enemigo causa que experimentemos rechazo frecuentemente. Entonces empezamos a sentir como que no encajamos, que no podemos ser las personas que los demás quisieran. Es ahí cuando nuestra identidad se lastima profundamente y terminamos aceptando la idea de que no merecemos amor y aceptación y nos predisponemos para recibir más rechazo. Entonces abrimos puertas para que así sea. Al seguir repitiéndose el rechazo empezamos a enojarnos con nosotros mismos y a tratar de disimular cómo somos en realidad para que los demás no noten lo que nos desagrada de nosotros mismos: eso es autorechazarnos.

En algún momento de la vida todos sufrimos rechazo. A veces por cosas que entendimos y otras veces sin que nos demos cuenta por qué, otros no nos aceptan, nos dejan de lado, nos echan de sus vidas.

Muchos niños se sienten rechazados porque sus padres no son cariñosos. Otros crecen en un ambiente de crisis y dolor y sienten que no hay lugar para ellos en la familia. Otros sufren por ser los mayores o los menores de varios hermanos.

Las vivencias del rechazo pueden tener distintos efectos en nuestra identidad. Uno es el autorechazo y odio por sí mismo: sentimos que no valemos nada y por eso los demás no nos aceptan. Para disimularlo muchas personas crean una imagen de sí mismos muestran a los demás: hacen lo que otros esperan. Pueden dedicarse con mucho empeño a hacer cosas para agradar a los demás sin tener cuidado de sí mismos.

El rechazo puede llevarnos a la depresión y deseo de morir. Esto se relaciona mucho con la falta de perdón. Si no podemos perdonarnos por no ser perfectos, entonces preferiríamos morir (Pastor asociado, 40 años, 25/07/2006)

Otros efectos del rechazo se enumeran en la predicación: sentimiento de inferioridad, que lleva al perfeccionismo; predisposición para fracasar, como la sensación de que todo va a salir mal que llena de temor e incapacita para avanzar; temor a las personas y a las nuevas situaciones; malas ideas sobre sí mismo, pensar mal de uno mismo para castigarse, atormentarse con autocríticas muy duras.

El autorechazo se comprende así como un factor que puede ser desencadenante del suicidio entendido como una decisión de terminar con la propia vida por no poder ser perfecto para la mirada de los otros o sentir que no es posible ser sujetos de aceptación.

La explicación del pastor se inicia con el énfasis en la acción de “el enemigo” refiriéndose a Satanás. El rechazo sufrido por las personas es el resultado de la acción demoníaca que tiene efectos en la subjetividad (“nuestra identidad”) y conduce al autorechazo que puede conducir a la muerte voluntaria como resultado de un “odio por sí mismo” que siente la persona.

Operar sobre los factores de riesgo analizados en su incidencia diagnóstica, es tarea de la prevención, la otra dimensión clave en términos epidemiológicos. La identificación clara y certera de los factores de riesgo fundamentaría la creencia que es posible provenir en suicidio. Así, a partir del estudio de la distribución de las enfermedades en la población y los factores de riesgo asociados con su iniciación, duración y razones para su recrudescimiento, se reúne información esencial para el desarrollo de programas de prevención y de intervención dirigidas al control y el tratamiento de las enfermedades. La epidemiología psiquiátrica en particular se ocupa del estudio de los trastornos mentales, y de los factores de riesgo que “coadyuvan a su iniciación y perpetuación incluyendo factores biológicos y psicosociales” (Arboleda-Flores: 2006, 17. Fuente N° 2).

También se espera que la epidemiología psiquiátrica provea información sobre los servicios de salud mental y la frecuencia de las enfermedades mentales y factores determinantes de su presencia en otros sistemas tales como el sistema general de salud y el sistema judicial/penitenciario.

Sin embargo, cuando se analizan los factores que son presentados como factores de riesgo en muchos casos ni siquiera muestran una relación causal con el suicidio. Podría pensarse que es una contingencia, o una coincidencia frecuente. Los científicos y los religiosos consideran que es necesario analizar los factores de riesgo más importantes de la conducta suicida porque esto es lo que posibilita la prevención. No obstante, los factores que se mencionan son aspectos sobre los cuales no puede encararse una intervención concreta y directa, sino que son en su mayoría condiciones recurrentes que no llegan a configurarse como elementos susceptibles de ser modificados por la acción planificada.

El sostenimiento de esta forma de explicación se basa en la hegemonía de la mirada epidemiológica clásica, lo que podría pensarse en términos de una creencia fuertemente acendrada en el contexto social. El supuesto de que la identificación de factores de riesgo, especialmente en problemas de salud pública, posibilita el planteo de estrategias de prevención, no se cuestiona en ninguno de los materiales analizados; aun cuando operativamente resulte insuficiente para elaborar una propuesta.

En todo caso, la idea de factores protectores –por su parte escasamente sistematizados para el caso del suicidio- se presenta con escasa referencia empírica si nos detenemos para el caso, en los materiales emanados de la OMS. Pareciera que al anticipar la categoría “factores de riesgo” o “factores protectores” no hay nada que explicar, o más bien, ya está todo dicho. Los científicos creen efectivamente en la capacidad explicativa del concepto. Ni siquiera es definido en los materiales. No se lo cuestiona. No se lo analiza. Se lo emplea, sin más.

Más adelante, cuando en el capítulo 5 se analicen las propuestas de intervención volveremos sobre este señalamiento, el que puede ser un factor que nos permita comprender la legitimación de cierta inacción frente al suicidio juvenil.

3.3- Las creencias sobre la enfermedad mental

La cuestión de la enfermedad mental es vista como un requisito previo y necesario para el suicidio. Esta es una noción que está presente en la comprensión de los factores desencadenantes del suicidio y se atribuye a razones genéticas, neurobiológicas o espirituales, siendo una temática permeada claramente por las creencias y la convicción en conceptualizaciones que estigmatizan y buscan controlar a quien pueda ser considerado como enfermo mental, como se describe en el apartado anterior. Denominaciones como “trastornos adaptativos” o “trastornos de conducta” (Kaplan, 1999; Harris, 1997; Beautrais, 1996) son frecuentes en la construcción de los factores de riesgo de suicidio. Por su parte, el enfermo mental definido como “endemoniado” o “bajo opresión demoníaca” (Deiros, 2009. Fuente N° 54) da cuenta de atribuciones negativas que ponen en el enfermo la culpabilidad por sus pecados y su inmadurez personal y demonizan la enfermedad mental. Asimismo, algunos modos que asume la ministración de liberación pueden ser vistos como desencadenantes de enfermedad mental.

El control del enfermo mental y las maneras que asume su dominación han sido objeto de diversos estudios y debates que se exponen a continuación.

3.3.a- Del suicidio como pecado al suicidio como enfermedad

En un recorrido histórico debe advertirse que en la comprensión religiosa del suicidio fueron claves las ideas de San Agustín quien planteó que el suicidio era un pecado (definido como desobediencia a los mandatos divinos). En el texto bíblico “Los 10 mandamientos” aparece el “No matarás” (Éxodo 20.13). La interpretación de ese mandato divino es que no debe matarse a nadie, tampoco a uno mismo.

En el año 452, el Concilio de Arlés fue el primer cónclave de la Iglesia que condenó el suicidio. El segundo Concilio de Orleáns, en 533, ordenó que se rehusaran las ofrendas u oblaciones para los suicidas. El Concilio de Brage, en 563, negó los ritos religiosos en el entierro de los muertos por suicidio. En el Concilio de Toledo del año 693, se castigó a los que intentaban suicidarse con la exclusión de la comunión de la Iglesia durante dos meses.

Durante la Edad Media, la ley civil en concordancia con las enseñanzas de la Iglesia, comenzó a prohibir el suicidio. Empezó a ser una práctica corriente la profanación del cadáver del suicida. El cuerpo era arrastrado por las calles, se le clavaban astillas en el corazón y a veces se dejaban sin sepultar para que los animales se lo comieran. En algunos casos eran colgados en la Horca y dejados allí hasta descomponerse. La condena social hacia el suicidio se expresaba con vehemencia.

Santo Tomás, considerando la desobediencia al mandamiento de no matar, connotó que el suicidio es además un pecado, pues el hombre no puede ir en contra de la soberanía de Dios quién debe decidir cuándo es su tiempo de morir. Santo Tomás sostenía que el hombre no puede disponer libremente de sí mismo porque no se pertenece a sí mismo, en la medida que se forma parte de una unidad, de una familia, de un cuerpo social. No se puede ni se debe desertar. Por otra parte, en cuanto se es criatura de Dios, no se es libre de disponer sobre la vida y la muerte. Es por eso que consideró el suicidio como el más grave de los pecados, ya que inhibe la posibilidad del arrepentimiento una vez cometido. Sin embargo, introdujo una cierta moderación al añadir el concepto de irresponsabilidad.

Por su parte y de a poco se fueron reconociendo ciertas enfermedades como la histeria o la epilepsia que no tienen que ver con la posesión diabólica como única explicación del

suicidio. Comienza a aparecer otro componente en el escenario social: la enfermedad mental como algo biológico, no espiritual, que inhibe de culpa al suicida.

No obstante será hasta entrado el siglo XVIII que la legislación civil de casi todos los países continuaba castigando el suicidio con las más graves y deshonrosas penas, que casi siempre alcanzaban a los familiares del suicida y al maltrato del cuerpo del difunto. Junto a la tradición represiva se va incorporando la idea que el suicidio podía ser cometido por personas que no gozaban plenamente de sus facultades mentales, recuperando aquel concepto de “irresponsabilidad”.

Comienza a hablarse de aspectos patológicos y se empieza a insinuar que el suicidio estaría dentro del campo de la patología. En general, a excepción de los países anglosajones, se crea una “tradición latina” en la que se deja de considerar el suicidio como un delito. El concepto de suicidio se transforma. Pasa a estar entre los límites de lo normal y lo patológico, al igual que antes estaba entre lo natural y lo sobrenatural.

Con el avance de la Psiquiatría comienza a articularse una nueva visión sobre el suicidio en tanto resultado de un proceso de enfermedad, aun cuando la conducta suicida no sea un comportamiento exclusivo de la enfermedad mental.

El discurso religioso también incorpora esta mirada. Frente a un suicidio, un pastor bautista escribe refiriéndose al suicidio de un joven: “Las enfermedades nos llevan a la muerte, y a Emilio se lo llevó una enfermedad, enfermedad trágica del ánimo que al igual que cualquier enfermedad maligna, no hace concesiones. Emilio enfermó, Emilio murió”. (Galli, 2011. Fuente N° 51).

3.3.b- La enfermedad mental y la biopolítica

Antes del siglo XIX, la locura no era concebida como una enfermedad que requiriera un estudio particular y, en consecuencia, la atención de un especialista, el psiquiatra. En la medida que se configura como un campo particular, surgen los estudios y profesionales dedicados a su atención. Y también se hace necesaria la intervención estatal. Como plantea Foucault (1999: 73-95) hay un cierto estatuto universal del loco, que no tiene nada que ver con la naturaleza de la locura sino con las necesidades fundamentales del funcionamiento social.

En este sentido, para el control de la locura, se implementan decisiones de biopolítica (Foucault, 1977) —técnicas de poder que tienen como objeto a la sociedad en tanto

población. Con el propósito de gestionar la vida, se utilizan mecanismos para intervenir en salud, alimentación, hábitos, higiene, seguridad, etc. La población se enfrenta a un poder que “reclamándose defensor de los cuerpos y de las poblaciones en su salud y en su potencia, los sujeta a mecanismos violentamente normalizadores” (Giorgi y Rodriguez, 2007: 11). La biopolítica incluye dos aspectos: “la anatomía política de los cuerpos individuales entendidos como fuerzas productivas, y el control regulador de la reproducción humana en el nivel demográfico”, que se desarrolla como biopolítica de los pueblos. El poder busca ocupar y administrar a la vida (Kottow: 2005, 113).

Al respecto, Agamben (2003) y Bauman (1998) señalan que el propósito de la biopolítica ha sido construir —en términos modernos y seculares— una sociedad ‘saludable’ y para ello ha implementado mecanismos para eliminar elementos no deseables. Desde prácticas racistas, campos de concentración, eugenesia y control residencial de los pobres hasta nociones actuales como salud reproductiva, identidad sexual, maternidad y paternidad responsables, todas caracterizan el siglo XX y aún hoy ponen de manifiesto la vigencia de la biopolítica, de metas como el control social y un discurso profesionalizante pero también no por ello menos moralizador. La biopolítica es el espacio en el cual las luchas políticas se ocupan los procesos de la vida y la posibilidad de controlarlos y modificarlos.

El Estado toma parte en esta red de poder a través de ‘el arte de gobernar’ (Foucault: 2007b) que es la ‘conducción de las conductas’ de la población con prácticas de intervención sobre el conjunto de la sociedad intentando normalizar y alinear decisiones personales con el provecho de la nación. Detrás de la noción de gobierno que se implementa en la modernidad, se encuentran las prácticas del ‘poder pastoral’ (Foucault: 2006) del cristianismo primitivo —el dominio que se ejerce sobre uno mismo y sobre otros en todas las áreas de la vida— en la práctica del Estado que se ocupa de la totalidad de la vida.

La biopolítica continúa auspiciando el discurso médico, tratando la conducta suicida como objeto del ejercicio del saber-poder y poniendo la corporalidad en un lugar central para la política. De esta forma, la biopolítica no sólo transforma la vida biológica del sujeto sino sus relaciones sociales y atributos personales (Kottow, 2005).

En el biopoder, el arma central para la trasgresión de la ley es la muerte, el suicidio. Por ello, se debe calificar, medir, apreciar, jerarquizar y distribuir lo viviente en un dominio

de valor y de utilidad en cuanto a la norma. En este sentido, el poder médico funcionará para normativizar y regular la salud de la sociedad, recluyendo al diferente, al otro radical considerado anormal, “individuo peligroso”, loco o enfermo mental.

Se reconfigura la visión del suicidio como una manifestación de la enfermedad mental, la que es presentada no sólo como verdadera sino beneficiosa tanto para los pacientes como para el resto de la población. Esta afirmación tiene dos implicancias: por un lado, no se ve al paciente como un ser malvado por su acto, pero lo estigmatiza al considerarlo loco; por otro, el psiquiatra toma el control del enfermo y su responsabilidad será tratar al paciente con tendencias suicidas, incluso contra su voluntad (Szasz, 2002). Las estrategias de “paternalismo fuerte” son las que imponen un tratamiento aun en contra de la voluntad del paciente que tiene un alto componente de medicalización de los estados de ánimo para imposibilitar el pasaje al acto del suicida.

3.3.c- La enfermedad vista desde la mirada desde los profesionales de la salud

La definición de la enfermedad mental tiene su contraparte en lo que se considera salud mental.

La salud mental es un estado en el cual la persona se siente **contenta y en paz consigo misma** dentro de un grupo de familiares y amigos, en armonía con el ambiente, y cuando se vive en un sistema político-social que permita a la persona desarrollar y usar todas sus potencialidades y capacidades de tal forma que pueda construir un mundo balanceado entre sus deberes, sus derechos, sus responsabilidades y sus placeres. (Arboleda-Flores, 2006: 32. Fuente N° 2)

En esta definición aparecen diferentes elementos que se incluyen en la salud mental: el sentimiento de paz consigo misma de la persona, la pertenencia a un grupo, la armonía con el medio, y el hecho de que el sistema político social posibilite a la persona desarrollarse plenamente.

Resulta llamativo que se emplee la noción de paz en este texto de y para psiquiatras, dado que es una noción fuertemente ligada a los discursos religiosos. Veamos al respecto lo que una líder de la iglesia relata cuando refiere a su intervención ante un ataque de pánico de una joven:

Así que cuando se fueron todos, me acuerdo que agarré a la persona, la abracé, me la dejé abrazada y empecé a orar. Pero empecé a orar pidiéndole a Dios que trajera un espíritu de paz. Mi oración era específica. Era por ejemplo: Señor, en el nombre de Jesús, Romina (así se llamaba la chica) sabe que vos la amás, vos no la condenás. Traé espíritu de paz, quitá toda ansiedad. Señor, contenela, hacele sentir paz. Mostrale tu paz. Mostrale tu

amor en este momento, abrazala. Y la chica se calmó. A los diez minutos se calmó. (Josefina, entrevista 20-10-2008)

Efectivamente, en los materiales analizados, los trastornos del humor y del estado de ánimo son los que principalmente se asocian al suicidio. Incluso los autores que provienen de la psiquiatría describen a los estados de ánimo y humor como sinónimos. Son sentimientos sostenidos y persistentes, experimentados y expresados subjetivamente aunque observables por otros. Los trastornos del humor son así llamados por las anormalidades conocidas como depresión y manía.

El suicidio es una forma de muerte violenta resultado de una decisión individual, misma que obedece a diversas condiciones de orden psicológico, de salud y sociales. Por su parte, los intentos de suicidio se refieren a aquellos actos que atentan contra la propia existencia pero que no llegan a consumarse. El suicidio se relaciona con la depresión, las pérdidas afectivas, el aislamiento social, el desempleo y las dificultades económicas. (Tuñón, 2005: 79. Fuente N° 60)

Cuando se describe a la depresión, asociados a un 'episodio depresivo mayor' aparecen mencionados pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico, o una alternativa de suicidio sin tener un plan específico para suicidarse.

En investigaciones con adolescentes con intento de suicidio se identifican antecedentes psicopatológicos previos y trastornos mentales de importancia, como depresión y trastorno de conducta disocial.

Aunque durante mucho tiempo se negó la existencia de la depresión infantil y sólo se admitía al comienzo de la edad juvenil, en el año 1971 se aceptó la realidad clínica de la depresión en el niño. Desde entonces la misma es objeto de numerosas investigaciones. El espectro de síntomas que puede presentar la depresión infantil está condicionado por la inmadurez biológica, el cambio acelerado y la dependencia de sus padres. Los niños con depresión presentan con frecuencia una mezcla de conductas interiorizadas (tristeza, baja autoestima) y exteriorizadas (rabietas, irritabilidad). Cuanto más pequeño es el niño, predominan las conductas exteriorizadas (Gutiérrez, 2006: 651. Fuente N° 67).

En los riesgos derivados de la depresión se mencionan cambios del estado de ánimo, diferentes modos de malestar y el suicidio. Tanto en la explicación del origen de la depresión como en sus efectos hay una vinculación constante entre elementos sociales y

componentes neurobiológicos. En algunos textos se ubican como condición necesaria para la enfermedad mental los elementos endógenos.

La explicación de la depresión asume un abanico de opciones. Se diferencian dos formas básicas de depresión: exógena y endógena. La depresión exógena (o reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida de un familiar o un ser amado, pérdida monetaria o de posición social, enfermedad invalidante, etc.). La depresión endógena, en cambio, no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica.

Los autores analizados no definen un límite contundente entre un tipo y otro de depresión, porque reconocen que los factores externos y neuroquímicos pueden estar relacionados, fundamentalmente porque el stress es un factor importante para que el estado depresivo reactivo se genere. Cuando esto sucede se producen cambios biológicos (fisiológicos y hormonales) que normalmente son concomitantes con el estrés, asociado todo ello al eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Se puede inferir que la llamada depresión exógena depende de ambos factores, la calidad y cantidad del estímulo ambiental estresor y los substratos biológicos (genéticos, bioquímicos y moleculares) que determinan las alteraciones en la homeostasis y, por ende, en la función cerebral.

También se mide la presencia de ciertos elementos químicos para conocer la vinculación entre depresión y suicidio. Uno de ellos es la serotonina, cuyos valores frecuentemente se encuentran bajos en las autopsias de personas que se han suicidado o comenten intento de suicidio. Otro es la Noradrenalina, un neurotransmisor, cuya carencia o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar.

Esta relación entre factores endógenos y exógenos se articula en el análisis de diversos elementos. Por ejemplo, en su relación con el fracaso escolar, se lo presenta en algunos casos como el principal factor etiológico de las conductas suicidas, especialmente entre los más jóvenes, originando una depresión u otro trastorno psicopatológico que ocasiona el suicidio. En otros casos el fracaso escolar es visto como un mero factor desencadenante del suicidio, ya que existe una depresión previa que cursa, con alteraciones cognitivas que provocan el fracaso escolar. Entre los de mayor edad, es frecuente que el fracaso escolar sea un mero factor concomitante de las conductas suicidas.

El aumento de la depresión se relaciona también con los cambios socioculturales. “Tiene que ver con una experiencia existencial, como un estado interno vivido como ruptura en cuanto a la propia proyección hacia el futuro” (Benitez, 1996: 154. Fuente N° 3). Lo sociocultural provoca una ruptura en el interior del sujeto que desencadena la depresión.

Por su parte, se ha observado que los modos de comprensión de la depresión infantojuvenil han cambiado en los últimos años. Años atrás las conductas suicidas en niños y adolescentes se asociaban con trastornos psicopatológicos de menor gravedad, como los trastornos reactivos. En las últimas décadas, según referencias internacionales, se observa un agravamiento de los trastornos psicopatológicos que se asocian a los intentos de suicidio en niños y adolescentes. Este agravamiento no sólo se explica por las mejoras en las formas de diagnóstico, sino también por el empeoramiento de las condiciones de vida de los niños y jóvenes. Serfaty, (1996:23. Fuente N° 25) destaca la cuestión del sufrimiento del adolescente. Esa noción de algún modo reproduce la tensión entre lo exógeno (elementos sociales, culturales) y lo endógeno. El sufrimiento es la experiencia subjetiva del dolor producido por situaciones vividas por largos períodos de tiempo. La vivencia de un dolor sostenido en el tiempo frente a alguna situación desencadenante, puede llevar al joven a decidir terminar con su vida: la disminución de las calificaciones escolares, la ruptura de un noviazgo, la enemistad con un amigo, la separación de los padres. Pero el problema se venía gestando anteriormente, socavando la autoestima del adolescente y produciendo una depresión. Para varios autores, los intentos de suicidio en los adolescentes y jóvenes, con una forma de llamar la atención de los adultos y decirles que no pueden más con sus problemas.

Asimismo, los expertos destacan que el suicidio juvenil aumenta. Las razones que se atribuyen para ese aumento son diversas:

Las muertes por suicidio constituyen el 13% de todas las muertes en la población adolescente; el dramático aumento en las últimas cuatro décadas podría deberse al aumento en la tasa de abuso de alcohol y depresión, al aumento en la disponibilidad de las armas de fuego y como postula McAnarney, en relación a aspectos socio-antropológicos (...) a los cambios en la familia, caracterizados por las altas tasas de divorcio y la disminución de la práctica religiosa (Matusevich, 2006: 447. Fuente N° 19).

En la cita textual anterior es posible notar la gran diversidad de elementos que se mencionan para explicar el aumento del suicidio juvenil, entre las cuales está la disminución de la práctica religiosa.

3.3.d- Visiones religiosas: los testimonios

En la visión de los pastores y los creyentes, el concepto de depresión es empleado como algo muy cotidiano por diferentes personas cuando se refieren a alguien que se suicidó: “Re mal. Era depresivo y tenía muchos líos y la novia lo dejó. Como que acumuló todo eso y los amigos le estuvieron atrás para que pueda salir de la depresión. Muy triste. Pobrecito. Horrible” (Josefina, entrevista 6-04-2009).

La asociación es directa. También es posible encontrar la explicación del suicidio como el resultado de otras nociones que se asocian a enfermedad mental: “altibajos en la personalidad”, “bipolaridad”, “falta de conciencia del peligro”, “bajones”:

Tuvimos un caso cercano de suicidio hace poquito. Un joven que se mató con pastillas porque lo dejó la novia. Dijo que se iba a matar y se ve que no le habrán dado bolilla, no sé bien qué paso, y nada... Yo no sé bien. Por ahí se quiso empastillar para dormir o pegar un susto y se fue de mambo. Y chau. Así que fue eso, con las pastillas.

Así que nos quedamos todos re duros. Yo me quedé re dura. Tampoco estaba yendo a la iglesia ni nada por el estilo. Pero no daba la impresión de que se iba a matar. Si tenía muchos altibajos en la personalidad se notaba que tenía, no sé cómo se llama las personalidades que están re up y después de down todo el tiempo. No sería una bipolaridad pero es una cosa así. Sé que tenía bajones y demás y se ve que venía amenazando, por lo que me dijeron y bueno, yo quiero suponer que él quiso llamar la atención o porque lo que tenía él era que hacía cosas así como jugadas y no tenía conciencia de lo peligroso que eran las cosas.

Entonces yo supongo que quiso tomar de más o quiso tomar para dormirse tres días y se fue de mambo. Porque no tenía, no tiene, no es una persona que tuviera mucha conciencia del peligro de las cosas. Es como que me dio esa sensación. No sé, la verdad es que no sé. Parecía que ese día había dicho que se quería matar. Nadie le dio bolilla parece porque ya venía amenazando con esto y chau. A mí me dejó re dura. (Celeste, entrevista 20-04-2009)

El suicidio de un joven siempre produce sorpresa. Es algo muy difícil de entender. La entrevistada insiste en señalar que no sabe qué pasó. Todo parece indicar que en realidad el joven no quiso matarse sino dormir o dar un mensaje de alerta y “se fue de mambo”. Su muerte se asocia al hecho de que no estaba asistiendo a la iglesia y había roto una relación de noviazgo como factores desencadenantes.

Desde la concepción de los bautistas –grupo estudiado- adquiere un lugar muy importante la mente y los pensamientos, tanto en lo que los creyentes expresan como en los modos de abordaje del tema en las predicaciones. Cuando la mente está afectada, la

persona puede sufrir una diversidad de consecuencias, entre las cuales está el suicidio. Así es que el abordaje de la Sanidad Interior apunta a “sanar la manera de pensar”, o a “cambiar estructuras mentales”.

Un fragmento del texto bíblico es mencionado con frecuencia:

Por lo tanto, amados hermanos, les ruego que entreguen su cuerpo a Dios por todo lo que él ha hecho a favor de ustedes. Que sea un sacrificio vivo y santo, la clase de sacrificio que a él le agrada. Esa es la verdadera forma de adorarlo. No imiten las conductas ni las costumbres de este mundo, más bien dejen que Dios los transforme en personas nuevas al cambiarles la manera de pensar. Entonces aprenderán a conocer la voluntad de Dios para ustedes, la cual es buena, agradable y perfecta. Romanos 12.1-2 (Nueva Traducción Viviente)

El cambio en la manera de pensar es un eje fundamental para la transformación del sujeto. La explicación de los errores o sufrimientos de la persona también se construye en torno a esta categoría del pensamiento. Sin embargo se hace una diferencia entre la forma de pensar y la enfermedad mental como un elemento con un soporte biológico, que debiera ser abordado por un psiquiatra:

Fernando, que se pegó un tiro, Dios lo re salvó. Se quebró la mandíbula él. Ahora está en Tablada. Es un tema ese tema y aparte yo pienso que es como que te va envolviendo el pensamiento y si vos lo vas permitiendo te va envolviendo, te va envolviendo hasta que no te das cuenta de lo que es. Porque matarte no tiene ningún sentido (risas) o sea.

No arreglas nada y además te vas a ir en algún momento entonces es como que pero es como, no es que sea siempre una enfermedad mental, pero es como que vos le dejás lugar a determinados pensamientos y bueno, eso es como que va avanzando, avanza, avanza hasta que se te nubla la vista . Viste cuando tenés la mente anulada y lo único que te enfocas en eso hasta que haya algo que te saque un poco de esta estructura de pensamiento o de ese pensamiento.

Salvo que sea un problema fisiológico mental que la persona esté mal psiquiátricamente por un problema físico, sino es como que es por una estructura de depresión o de pensar, de permitir determinadas cosas. Es ir rumiando en tu mente en determinados tipos de pensamiento de a poco, de a poco, de a poco... Por ejemplo la música también influye. La música que escuchás, el tipo de cosa. Hay un montón de factores que influyen (Antonella, entrevista 22-05-2009)

Cuando los manuales pastoralistas hablan de la atención de quien sobrevive a un intento de suicidio se plantea tensiones en el abordaje sobre la enfermedad mental:

Al que se salva tenemos que tratarlo por sus problemas, por su depresión, porque no pudo encontrar otra salida. De modo que lo ideal es tratarlo con psicoterapia y medicación, y debemos ayudarlo a que enfoque su vida de otra manera. Si se trata de un adulto, que resuelva su situación; si es un chico, ayudarlo a que crezca. (Basile, 2011: 10)

La atención pastoral apunta a un “reenfocar” la vida de otra manera. Se sugiere que se trabaje en equipos de salud multidisciplinarios para abordar todos los aspectos necesarios. La psicoterapia y la medicalización se apuntan como “lo ideal”.

Asimismo, la enfermedad mental también es vista como la consecuencia de la acción de espíritus malignos, frente a lo cual es necesario ministrar liberación. Es que en su comprensión de la realidad, los bautistas incluyen dos grandes dimensiones: lo natural y lo sobrenatural.

Un pastor entrevistado plantea:

Creo que la fe requiere pensar con la perspectiva de Dios siendo conscientes de la realidad completa, que incluye lo natural y lo sobrenatural. Cuando analizamos una situación, lo que vemos es una parte de un todo más amplio, aun cuando no tengamos evidencia visible de otros aspectos de la situación, sabemos que están. (Horacio, 40 años, 5/08/2007)

Esta posición se contrapone con la concepción de la realidad física como sistema cerrado, postura que se ha sostenido en lo que los teólogos llaman “un cientificismo obsoleto que no hace justicia a las múltiples lagunas del conocimiento humano. En la actualidad, ningún científico serio sostiene la idea del universo como un sistema cerrado” (Mraida, 2004: 146).

En las posiciones bautistas se busca evitar ir al extremo más asociado a las iglesias neopentecostales de “ver demonios por todas partes” atribuyendo todo lo negativo a lo demoníaco, cercano a una “visión mágica de la realidad”, aunque también conciben como un error negar la existencia de Satanás y sus huestes, así como lo hace la filosofía materialista. Se cree en la existencia de una realidad espiritual, fundamentando esta creencia en el texto bíblico³⁰.

Al respecto se señalan dos elementos básicos de la realidad espiritual que la Biblia presenta:

³⁰ Este es un rasgo característico de la teología y la enseñanza de los bautistas. Su declaración de creencias sostiene “La Biblia es la autoridad suprema en todo asunto de fe y debe ser interpretada a la luz de la persona de Cristo Jesús, bajo la guía del Espíritu Santo”. Tanto en los cultos, como en las entrevistas, las personas recurren a citas textuales de los textos sagrados para fundamentar sus posiciones, recurriendo a un ejercicio hermenéutico de aplicación al presente de lo que expresan los textos originales.

Dios y el diablo, el bien y el mal. El diablo y los poderes de oscuridad constituyen el trasfondo de la victoria que Cristo conquistó en su muerte y resurrección. No creen que la explicación para el mal sea simplemente decir que es la ausencia del bien.

Estamos convencidos de la existencia de Satanás y del mal que penetra toda la vida humana, tanto a nivel individual como en las estructuras sociales. Por eso no creemos que se pueda comprender adecuadamente la realidad latinoamericana caracterizada por la pobreza, la injusticia, la idolatría y el ocultismo, sin percibir la presencia activa de Satanás. La tarea pastoral en nuestro continente no puede dejar de lado este elemento constitutivo de la realidad (Mraida, 2004: 146)

Las bases para el ministerio de liberación se definen con referencia al ministerio de Jesús, quien en diversas ocasiones echó fuera demonios. Se considera que Jesús delegó la misma autoridad a sus discípulos: “Entonces, llamando a sus doce discípulos, les dio autoridad sobre los espíritus impuros, para que los echaran fuera y para sanar toda enfermedad y toda dolencia” (Mateo 10.1). Se considera que echar fuera demonios fue una parte esencial de la misión para la cual Jesús convocó a sus discípulos, como está planteado en el texto bíblico: “Designó entonces a doce para que estuvieran con él, para enviarlos a predicar y que tuvieran autoridad para sanar enfermedades y para echar fuera demonios” (Marcos 3.14-15)

La acción demoníaca se asocia particularmente con la enfermedad mental. En las iglesias se suele en ocasiones definir al enfermo mental como “endemoniado” o “bajo opresión demoníaca”.

El gran mundo invisible de los espíritus está dividido entre el bien y el mal. Dios y el diablo son monarcas por así decirlo, de sus respectivos reinos. Los querubines, serafines, arcángeles y ángeles obedecen a Dios. Los principados, potestades, gobernadores de las tinieblas de este mundo, malicias espirituales en los aires, malos espíritus y demonios están todos bajo la autoridad de Satanás. Estos dos reinos luchan entre sí, y la guerra de los siglos continúa. (Riggs, 1964: 141).

Desde esta lectura la enfermedad expresa la acción del diablo. Asimismo, la postura más aceptada entre los bautistas sostiene que no hay un demonio específico para cada enfermedad:

Ciertamente, la peor obra del diablo es el pecado y su grave consecuencia la muerte, particularmente la muerte del alma. Pero la enfermedad y el dolor también son obra suya, y aunque la mayoría de las enfermedades no son causadas por un demonio

específico, no hay duda de que la enfermedad y el dolor son el resultado directo de la tentación de Satanás sobre Adán y Eva (Kinnaman, 1991: 143)³¹

Desde otras corrientes teológicas vigentes en las creencias de los miembros de las iglesias, se vincula cada problema de salud con la acción de un espíritu malo. Toda situación negativa pasa a ser explicada por la acción de un demonio. No hay distinción entre pecado y demonio o entre enfermedad física y demonio, ni entre aspectos psicológicos y demonios. Frente a una enfermedad se habla de un “espíritu de cáncer”, un “espíritu de depresión”, un “espíritu de muerte”, un “espíritu de esquizofrenia”, etc. Los demonios actúan como enviados del diablo para traer enfermedad. Esto es muy claro en ciertos escritos:

En aquel mensaje, el evangelista nos demostró con claridad por la Palabra de Dios, que Satanás fue el autor de las enfermedades, dolencias y aflicciones, y Dios fue el autor de la vida y la salud. Hasta aquel entonces, nunca había oído decir yo que Satanás fue la causa de mis enfermedades sino que siempre suponía -de acuerdo con lo que me habían enseñado- que Dios las había puesto sobre mí para algún propósito misterioso. Más cuando oí que las enfermedades provienen del diablo, inmediatamente me determiné a resistir las enfermedades y dolencias como resistiría al mismo diablo. Aborrecí a Satanás y su poder, y de seguro, no quería sufrir más sus obras nefastas en mi cuerpo. (Osborn, 2004: 119)

En el lenguaje de guerra espiritual no es fácil distinguir entre el poder demoníaco y las actitudes humanas. Se plantea una interacción:

Cuando hablamos del ‘espíritu de víctima’ nos referimos a dos cosas: hay demonios que molestan a las personas y causan ciertas consecuencias indeseables y hay una estructura mental que es independiente de la acción de demonios.

La estructura mental puede estar presente en un individuo que no tiene rastros de presencia demoníaca. De hecho, si la estructura mental no cambia luego de que la persona haya sido ministrada en liberación, otra vez se abrirán puertas a los demonios.

La liberación es solamente el primer paso. Hay que pagar el precio emocional de hacer tres cambios en nuestra manera de pensar (Apuntes de la capacitación del Ministerio de Sanidad Interior y Liberación, 2006).

Cuando se presentan las bases de la sanidad interior y la liberación, se parte de la noción que el “el ser humano es espíritu, alma y cuerpo. Es un ser integral y cuando resulta

³¹ Aproximadamente un tercio de las sanidades que se registran en los Evangelios involucran exorcismo; los otros dos tercios son sanidades de enfermedades consideradas “naturales”.

afectado, todo su ser lo es”. (Apuntes de la capacitación del Ministerio de Sanidad Interior y Liberación, 2006

Los pastores proponen herramientas para atender las necesidades de las personas las que son clasificadas según las áreas afectadas, lo que se grafica en el siguiente esquema:

Área afectada	Dios trae sanidad a través de:	
Cuerpo	Ciencias Médicas	Sanidad Milagrosa
Alma	Psicología	Sanidad Interior
Espíritu	Psiquiatría	Liberación

Se sostiene que siempre debe tenerse en cuenta que aunque el problema tenga raíces en un área específica, afecta a todas las demás.

Por su parte, en la práctica de la liberación hay elementos que son vistos por los sujetos que reciben la ministración como peligrosos para su propia salud mental, o como potenciales generadores de enfermedad mental. En una entrevista, (22/08/2008) Antonella —sufriente— lo ejemplifica a través del relato de una situación vivida:

Te digo que es un horror. Es un horror. Vos pensá esto: Tener ataques de pánico. Culpa. Venís de una sensación de una creencia donde venís de que tener que ser perfecto porque si no te vas al infierno. Venís de un papá por ahí que hagas lo que hagas no le vas a agradar. Venís con toda una estructura mental. Y encima ponerte en liberación y que te griten y que tengas ese tipo de ministraciones así. O iba a las reuniones de oraciones, se hablaba en lengua y demás. Pero se gritaba: “Yo reprendo, demonio de no sé cuánto” Todo así. Es una locura.

Yo podría haber terminado con un delirio místico o podría haber terminado mal si no fuera porque Dios aplicó su misericordia. Porque a mí me han metido en intercesión y yo no estaba preparada emocionalmente para eso. Y yo me acuerdo que en las reuniones de intercesión que las oraciones eran fuertísimas. “Diablo no sé cuánto, diablo...” Y vos venís con las emociones muy frágiles. Yo podría haber terminado como la líder de intercesión que colapsó.

Antonella menciona los elementos de su historia personal que conformaron su estructura mental y la hacían emocionalmente frágil. Es frente a esa fragilidad que considera peligrosa la forma de ministración o la participación en ciertos espacios de la iglesia. Entonces, relata una escena que vivió con la persona que era su líder de célula en un momento:

Lo de ella no es que lo descubrí yo, lo viví yo porque me quedé a dormir en la casa y en un momento, yo no entendía nada, porque para mí ella era la líder. La líder. La intercesora. Y en un momento me quedo a dormir a la casa. Nada, le saltó la chaveta. De repente empezó a condenarme. Me empezó a decir: vos hiciste algo. Así

de la nada te estoy hablando. Vos hiciste algo, confesá lo que hiciste. Aparte tenía la mirada totalmente descolocada. Entonces yo le digo, después de un tiempo así. De una sacadez total en lo espiritual porque ella se postraba, se tiraba decía “vamos a orar, vamos a interceder todo el tiempo”

Entonces, es como que Dios siempre cuidó mis emociones en ser prudente en eso porque de alguna manera el Espíritu Santo me marcaba: acá estás en peligro. Bajá un cambio. Porque de alguna manera, inconscientemente, yo lo percibía o lo sabía. Y se deschaveté mal. Te puedo asegurar que yo pensé... se había sacado de quicio. Me empezó a gritar. Y yo decía, esta piba agarra un cuchillo y me mata. Fue una situación que terminé llorando mal y encima le había dicho me quiero ir. Y se me había puesto en la puerta y no me dejaba irme. Le digo: dejame irme a mi casa, porque me quiero ir, porque no entendía nada. Hasta que sale una señora y dice: Chicas no se tienen que ministrar. Yo decía esto no se trata de una ministración. Pasó esto, esto y esto.

Y la chica se dio vuelta y dijo: pero yo no hice nada (todo suave). Yo decía ¿qué pasa acá? No entendía nada. De golpe bajó y no reconocía nada de lo que había hecho o había dicho. Yo le decía: vos me dijiste esto, esto y esto. Y me decía, No Anto, estás re equivocada, yo nunca dije eso. Le digo: me lo acabás de decir hace cinco minutos. Yo no entendía que lo que estaba pasando en ese momento era un desequilibrio psiquiátrico, no entendía nada. Me acuerdo que me fui a casa llorando re mal. Ella era mi líder, me ministraba. Yo me quedé orando: Señor, ¿qué es esto? ¿Quién sos vos? No puedo identificar quién sos vos. Era una mezcla de cosas.

La confusión que vive Antonella en medio de este episodio se aclara con el diagnóstico de enfermedad mental que se hace de la líder, aunque no sabe muchos detalles de lo ocurrido.

Y después de ahí saltó el tema de la parte psiquiátrica de esta chica. Nunca lo revelaron o lo dijeron bien qué pasó. Es como que lo escondían. No sé si por vergüenza o por qué. Estuvo un tiempo que tenía ataques muy fuertes, que eso si parecían ataques tipo de endemoniada o no sé qué. Pero era psiquiátrico para mí. Y es como que no se si le habían diagnosticado delirio místico o algo por el estilo. Me acuerdo que ella tenía regresiones por ejemplo. Se sentaba a upa de la mamá. Fue un tiempo muy difícil. Tenía ataques de lastimarse, se rasguñaba, se lastimaba.

Decía que tenía un demonio adentro y lo tenía que lastimar. Y sé que fue medicada y salió adelante con terapia. Yo dije, mirá que loco que ella sale adelante con terapia que trata justamente lo emocional para su vida. Una psicóloga cristiana, pero que trató. No sé bien qué pasó de fondo.

Sé que además de estar en liberación y todo lo demás ella había conocido un chico de Córdoba que el chico era medio raro en lo cristiano. Él decía que había recibido el don de lenguas en italiano, se trasladaba fuera del cuerpo. Eran cosas muy raras en lo espiritual. Nunca nos terminaron de decir bien qué pasó. Pero sé que había hecho un pacto con este chico también en medio de todo esto hizo un pacto. Este chico, supuestamente dios, y se re enamoró del pibe y el pibe parece que la dejó o no sé qué pasó y había hecho un pacto re fuerte y ahí es donde se terminó de desatar todo. Pero para mí se venía encadenando con todo.

El tema fue después de haber visto a esto chico, enamoradose (sic) de este chico y haber hecho ese pacto que nunca se dijo, nunca se contó. Pero lo sé porque lo comentaban (Antonella, entrevista, 22/08/2008)

En palabras de la entrevistada estas situaciones no son habladas abiertamente en la comunidad, pero si se recurre a la intervención de un profesional de la Psiquiatría para buscar una solución. Ella señala que la actividad religiosa aparece como el detonante de la enfermedad mental, pero no puede curarla. Se debe recurrir a un profesional de la psiquiatría para la búsqueda de alivio.

3.4- Las creencias sobre la muerte

El tema de la muerte está presente de diversas maneras en los materiales analizados. Aun cuando se considere a la muerte como “el instante supremo de intimidad personal” (Urzua, 2003: 352. Fuente N° 58) las explicaciones y argumentos sobre ella ponen de relieve una multiplicidad de elementos. Este apartado se organiza presentando diversos aspectos, sus connotaciones e implicancias conceptuales y operativas:

- a) la muerte de los jóvenes: datos sociológicos sobre la mortalidad juvenil como categoría demográfica y las explicaciones asociadas al crecimiento de la misma.
- b) la muerte censurada: los modos en que en la cultura occidental se enfrenta la muerte del otro.
- c) la muerte temida: el suicidio como patología psiquiátrica que representa el riesgo de acciones legales contra el profesional interviniente.
- d) la muerte en las explicaciones teológicas. Se presenta en dos modos. Si es Dios es que la produce se asocia con el pasaje de un estilo de vivir que se llama “la vieja vida” a un nuevo modo de vivir. Si son los espíritus malignos los que la producen se asocia a la destrucción y se la identifica con “el espíritu de muerte”.

3.4.a- La muerte de los jóvenes

Según un estudio demográfico que mide las tasas de mortalidad juvenil realizado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ) (2003), la tasa de mortalidad juvenil en Latinoamérica es un 181% más alta que en España. Señala que la mayoría de los jóvenes muere por causas que podrían prevenirse. Por su parte quienes centran la mirada en Argentina, proponen tener presente el proceso de deterioro de los lazos sociales vivido desde finales

del siglo XX y profundizado en los inicios del presente siglo. El aumento de la pobreza es visto como el contexto de condiciones necesarias para comprender la mortalidad juvenil: en Argentina, mientras en 1999 el 31% de los jóvenes eran pobres, en 2004 llegaron a un 60%. Este es el año con mayor índice de suicidios juveniles.

Hay al menos un millón y medio de jóvenes argentinos que no trabaja ni estudia. Por otra parte, la muerte de jóvenes debe mirarse en su relación con el malestar de la cultura. Los jóvenes son demonizados por personificar el mal, se aplican sobre ellos todas las atribuciones de peligrosidad. “Son víctimas del malestar de la cultura... El modo en que mueren podría estar dando una pauta clara de esta aseveración” (Guemureman, 2007. Fuente N° 55).

Desde el punto de vista demográfico, en términos generales, la mortalidad está íntimamente relacionada con la variable edad y no se distribuye de una manera equitativa y al azar entre los diferentes grupos. Existe una incidencia de mortalidad mayor en los grupos de edades menores y en las personas adultas mayores. En general las probabilidades de morir son altas en los primeros años de vida y se reducen rápidamente hasta alcanzar niveles muy bajos entre los adolescentes (10 a 14 años) y luego comienza a aumentar gradualmente entre los adultos. Las probabilidades de morir aumentan rápidamente con la edad y alcanzan sus valores más altos entre los grupos de mayores de 60 años (Grisales, 2005: 86. Fuente N° 39).

Dado que los jóvenes son grupos poblacionales considerados de menor riesgo ante la muerte, se hace más relevante conocer las manifestaciones de la mortalidad. Como franja de edad presentan problemas característicos de salud, que sin tratamiento pueden constituirse en grandes problemas de salud pública. No solamente por las muertes en el presente sino por el impacto que tienen en el largo plazo.

Las denominadas “causas externas³²” (que agrupan ‘accidentes de tráfico de vehículo de motor’, ‘otros accidentes de transporte’, ‘otras causas externas de traumatismos accidentales’, ‘suicidios’, ‘agresiones’, ‘eventos de intención no determinada, inclusive secuelas’ y ‘demás causas externas’) son ampliamente predominantes en los jóvenes, y en la mayor parte de los años en que se recabaron y analizaron datos estadísticos (2000 a 2007), superan el 50 % y hasta las tres cuartas partes de todas las causas de muerte

³² Causa externa significa una causa que no responde a motivos biológicos o problemas de salud, sino a la contingencia y al accidente.

analizadas. La denominación de causas externas da cuenta de la inexistencia de una enfermedad causante de la muerte en el interior del cuerpo de la víctima, tomando para ello las clasificaciones tradicionales de enfermedad de la biomedicina.

La mortalidad por accidentes y causas violentas ha tomado durante el siglo XXI un ritmo distinto al observado en el resto de las defunciones ocurridas durante el siglo anterior. Tanto en las investigaciones acerca del tema como en los datos oficiales a escala nacional, se hace evidente que la estabilidad o el crecimiento en el tiempo de las tasas de mortalidad por accidentes y causas violentas, en contraste con la disminución progresiva de la mortalidad general, llevaron a que este tipo de muertes comenzaran un ascenso significativo en la estructura de la mortalidad hasta llegar a colocarse como la principal causa de muerte desde la década de 1980.

El Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2003) presenta una rigurosa sistematización de enfoques y perspectivas, ofreciendo un modelo de interpretación — desde la lógica de la salud pública— que busca identificar factores asociados y explicativos acerca de esta dinámica, centrando la mirada en el ejercicio de la violencia.

Ningún factor por sí solo explica por qué algunos individuos tienen comportamientos violentos hacia otros o por qué la violencia es más prevalente en algunas comunidades que en otras. La violencia —enfatisa la OMS— es el resultado de la acción recíproca y compleja de factores individuales, relacionales, sociales, culturales y ambientales. (Rodríguez, 2006: 82. Fuente N° 23).

Otros estudios destacan la incidencia de otros factores y procesos: enfermedades como el SIDA que afecta de manera acelerada a los jóvenes, la agudización del conflicto social en diferentes áreas, que se ha manifestado en el aumento del número de muertes violentas, como accidentes de tránsito, homicidios y suicidios, las adicciones y muertes por sobredosis, se presentan aunque con algunas particularidades en la mortalidad juvenil que vamos a destacar a continuación.

Mortalidad masculina

Una de las características de la mortalidad juvenil es lo que algunos autores llaman “el monopolio de los hombres jóvenes en las muertes por violencia” (Rivas, 2005. Fuente N° 59) por el hecho de que la mayor parte de los jóvenes que mueren son hombres y la mayoría de ellos muere por la violencia.

Casi 6 de cada 10 jóvenes que mueren, lo hacen por “motivos ajenos a la expectativa natural y la lógica del ciclo vital” (Guemureman, 2007. Fuente N° 55).

Un aspecto que aparece ligado a las muertes de hombres jóvenes es la construcción de los modos de ser varón, o los modelos de masculinidad. Aunque se puede reconocer la existencia de una diversidad de formas de ser hombre es posible ubicar en “un modelo hegemónico de masculinidad” culturalmente construido a partir de una forma dominante de socializar a los hombres. Este modelo de socialización tiende a incorporar en los varones una serie de valores como la “competencia, la agresividad y la independencia” que, al ser interiorizados a través de este sistema pedagógico, estimulan el desarrollo de “conductas violentas y temerarias” (De Keijzer, 1997: 202), las cuales condicionan la manera en que desarrollan sus relaciones con otros y consigo mismos.

Estos valores asignados socialmente al varón, a la par de las conductas temerarias a las que predisponen cuando son incorporados, los llevan a constituirse en un factor de riesgo en tres sentidos: riesgo hacia sí mismo, riesgo hacia mujeres y niños(as) y riesgo hacia otros hombres.

Las maneras que asume este riesgo que describe De Keijzer (1997) son variadas: el ejercicio de violencia intrafamiliar, el descuido y el contagio de enfermedades de transmisión sexual, el consumo de alcohol, tabaco y drogas; asimismo, son los principales perpetradores de homicidios y protagonistas de las muertes por violencia y otras causas evitables. Además, debido a lo anterior, los varones presentan las más altas tasas de mortalidad general y menor esperanza de vida en comparación a las mujeres.

Una gran parte de los estudios sobre las masculinidades enfatiza en la existencia de este modelo de “masculinidad hegemónica” en el cual los hombres se caracterizan por poseer una ideología sexual competitiva, homofóbica y violenta y presentan una tendencia a mostrarse fuertes, activos, temerarios, valientes, dispuestos a enfrentar riesgos y “desafiar la muerte”. Varones que buscan el respeto a través de duelos verbales, capaces incluso del asesinato cuando se pone en cuestión su “honor de hombre”; consumidores de alcohol, autónomos y proveedores exclusivos en el hogar, características que, entre otras, son conocidas por el sentido común y por los saberes científicos con el término de “machismo”. (Rivas, 2005:33. Fuente N° 59).

Los estudios de masculinidades cuestionan el carácter supuestamente natural e inevitable de la violencia imaginada por el sentido común y lo explican a partir de sus elementos culturales y como producto del complejo proceso de socialización.

Se hace evidente al mirar los datos sobre el comportamiento de la mortalidad una gran diferencia entre las defunciones de hombres y mujeres jóvenes, con un claro protagonismo de los varones en los índices de mortalidad por accidentes y otras causas violentas. La explicación de este fenómeno se asocia a la exposición gratuita a riesgos, la ausencia de autocuidado y los patrones de conducta autodestructivos a los que predispone el modelo dominante de identidad masculina en nuestra cultura. En los modos de ponderar la frecuencia del suicidio, los materiales presentan algunas ideas contrapuestas. Para algunos autores “el suicidio es una forma de muerte infrecuente y muchas veces parece un acto desesperado” (Sarró, 1996: 26. Fuente N° 24). Por otra parte se plantea “el suicidio constituye una causa evitable de muerte, de frecuente observación en la adolescencia y juventud” (Serfaty, 1996: 21. Fuente N° 25). Los datos estadísticos parecen acercarnos más a esta segunda visión.

3.4.b- La muerte censurada

Para nuestro clima epocal la muerte es algo innombrable. Es imposible sostener su enunciación. Por eso se la niega o enmascara. Es parte de ‘lo reprimido’; por ello vuelve a través de lenguajes considerados exóticos: el del pasado, el del psicoanálisis, las religiones, las tradiciones, la astrología, la hechicería, todas subculturas minoritarias en las modernas sociedades del progreso. (De Certau, 2007)

En principio la muerte fue dominio absoluto de la religión. La religión ha sido y sigue siendo un elemento fundamental respecto de los problemas de reproducción y regulación: muerte y sexualidad básicamente, en torno del cuerpo individual como del cuerpo social.

En la reflexión filosófica Platón sostuvo que la filosofía es una “meditación de la muerte”, evidenciando su fuerte presencia en el campo filosófico. Podría pensarse que la historia de la Filosofía es una historia de la meditación sobre la muerte, pues constituye un punto de contacto de numerosos sistemas filosóficos.

En el pensamiento filosófico la muerte puede ser entendida en dos modos. Uno ambiguo, en tanto designación de un fenómeno en el que se da una cesación. Otro restringido que considera la muerte exclusivamente como la muerte humana. Lo habitual es este segundo uso, porque se ha considerado que sólo en la muerte humana adquiere plena significación el hecho de morir. Esto es evidente en las direcciones más existencialistas del pensamiento filosófico.

El pensamiento sobre el significado de la muerte se ha desarrollado entre dos extremos. Por un lado se concibe el morir por analogía con la desintegración de lo inorgánico y aplica esta desintegración a la muerte del hombre, y por otro se concibe inclusive toda cesación por analogía con la muerte humana (Ferrater Mora, 1982: 2283).

Lo que se llama muerte es entendido por la filosofía como un fenómeno, o una propiedad, que permite situar tipos de entidades en el continuum de la Naturaleza. Ferrater Mora (1962) ha formulado varias proposiciones relativas a la propiedad “ser mortal”, donde esa expresión resume cualquier modo de dejar de ser:

(1) Ser real es ser mortal; (2) Hay diversos grados de mortalidad, desde la mortalidad mínima a la máxima; (3) La mortalidad mínima es la de la naturaleza inorgánica; (4) La mortalidad máxima es la del ser humano; (5) Cada uno de los tipos, de ser incluidos en la realidad, es comprensible y analizable en virtud, de su situación ontológica dentro de un conjunto determinado por dos tendencias contrapuestas: una que va de lo menos mortal a lo más mortal y otra que recorre la dirección inversa. (Ferrater Mora, 1962: 9).

La muerte humana es entendida como un fenómeno social a la vez que un fenómeno natural. Por eso se tienen en cuenta no solamente a los moribundos y los fallecidos, sino también los sobrevivientes. Para comprender estos aspectos sociales, Ariès (2007. Fuente N° 64) presenta algunos hitos en una historia acerca de los modos de encarar la muerte.

En la antigüedad, y pese a la familiaridad con la muerte, se temía la vecindad de los muertos. Diferentes culturas encontraron modos de mantener alejados a los muertos. Honraban las sepulturas. Eso es evidente en el hecho de que el conocimiento que se tiene sobre las antiguas civilizaciones precristianas proviene en gran medida de los trabajos arqueológicos de objetos encontrados en las tumbas. Estos cultos funerarios buscaban evitar que los difuntos volvieran para perturbar a los vivos. El mundo de los vivos debía estar separado del de los muertos.

En la civilización occidental, con la aparición de los mártires en el cristianismo, comienza a darse un uso del entierro de ellos en lugares más cercanos, fundamentalmente en las iglesias. Esto fue retomado del culto de los mártires de origen africano. Se creía que la cercanía con los mártires otorgaba ciertos beneficios espirituales, por lo que se inician rituales de veneración hacia ellos. Paulatinamente desapareció la diferencia entre la iglesia y el cementerio. Los muertos santos eran sepultados en las iglesias. La vida cotidiana en relación con los cementerios se desarrollaba sin dificultad. Se construyeron viviendas en los mismos terrenos y se destinaban a diferentes eventos sociales. De algún modo se desdibuja el temor o respeto hacia el mundo de los muertos.

Poco a poco la relación del hombre occidental con la muerte va cambiando. Hasta el siglo XII, la familiaridad con la muerte y los muertos no había sido afectada, incluso entre los ricos y los poderosos, por el ascenso de la conciencia individual. La muerte se había convertido en un acontecimiento de mayor consecuencia, pero no se había vuelto ni espantosa ni obsesiva. Seguía siendo familiar, domesticada. Esta familiaridad con la muerte formaba parte de un modo particular de socialización en el que la familia no intervenía para retrasar la socialización del niño. El proceso de socialización no separaba al hombre de la naturaleza, sobre la cual no podía intervenir salvo a través del milagro. La muerte era el padecimiento de una de las grandes leyes de la especie y no se soñaba con evitarla ni exaltarla. Sólo era aceptada como otra de las etapas de la vida.

A partir del siglo XIII, se evidencia un cambio a través de las obras de arte que mostraban los espacios destinados a los muertos, en los que comienza a aparecer la idea de juicio. La muerte es el momento donde un tribunal de justicia examina la vida del difunto. El juicio se realiza a cada hombre según el balance de su vida, mientras se separan las buenas y malas acciones en los dos platos de la balanza. Luego, además del juicio acerca de lo que ha sido la vida de la persona, aparece la noción del momento de “la muerte como una última tentación” (Ariès, 2007: 41). Dios y su corte están presentes y observan cómo se conducirá el moribundo en el curso de la prueba que se le propone antes de su último suspiro. Lo que haga en esa prueba va a determinar su destino en la eternidad.

Las ideas cambian en los siglos XVII y XVIII. Se pone en cuestión que el destino eterno se defina al momento de morir. Bajo la acción de la Reforma católica, los autores espirituales luchan contra la creencia popular según la cual no era necesario tomarse

demasiado trabajo para vivir virtuosamente, ya que una buena muerte redimía todas las faltas. Se hace más hincapié en la noción de virtud a lo largo de la vida. Sin embargo, no se dejó de reconocer la importancia moral de la conducta del moribundo y de las circunstancias de su muerte. Será recién durante el siglo XX, en las sociedades industriales y de vida urbana que esta creencia fue desplazada y reprimida.

El siglo XIX coloca su impronta con la exageración del duelo. Los sobrevivientes logran aceptar con mayor dificultad que antes la muerte del otro. La muerte temida no es entonces la muerte de sí, sino la muerte del “otro”.

Paulatinamente, del mismo modo que sucede con el acto sexual, la muerte es considerada cada vez más como una transgresión que arranca al hombre de su vida cotidiana, de su sociedad racional, de su trabajo regular y muchas veces monótono, para arrojarlo así a un mundo irracional, violento y cruel. La muerte es concebida como una ruptura.

El surgimiento de las ciencias de la salud encuentra su principal sentido en evitar la muerte: “Esta ciencia de la vida [Epidemiología] nos revela el estupendo hecho de que el hombre nace para la salud y la longevidad, que la enfermedad es anormal y que la muerte, excepto por vejez, es accidental y que ambas se pueden prevenir” (Dr. Stephen Smith, 1873). Se inicia un proceso social de negación de la muerte que se profundiza en el Siglo XX. La muerte de años anteriores vista como algo tan presente y familiar, se tiende a ocultar y desaparecer. Se vuelve vergonzosa y se va conformando como objeto de censura.

Con el desarrollo de las especialidades médicas y el surgimiento de los hospitales como lugares donde morir, entre 1930 y 1950, se da un desplazamiento del lugar de la muerte. Ya no se muere en la casa, en medio de los suyos; se muere en el hospital y a solas. El hospital se convierte en el sitio donde se brindan cuidados que ya no pueden darse en la casa. Y la muerte deja de ser algo familiar para ir transformándose en un tabú. Dejando de verla como parte de las etapas de la misma vida, se diferencia la muerte aceptable — una muerte que pueda ser aceptada o tolerada por los sobrevivientes— de la muerte vergonzosa que incomoda a los sobrevivientes porque desencadena emociones demasiado fuertes e ingobernables. Dado que hay que evitar la emoción —al menos su exhibición abierta— se vuelve necesario emocionarse “en privado”, casi a escondidas. La muerte, como algo prohibido, es mediada por todos los recursos profesionales de los

médicos cuya principal misión es evitar que suceda. Un nuevo padecimiento, profundo, se halla ligado a la muerte.

Esta muerte convertida en tabú reemplaza en el siglo XX al sexo como principal objeto de censura. La censura de la muerte cambia lo que por un largo período de varios siglos, era un espectáculo público al que nadie se le hubiera ocurrido sustraerse.

Rápidamente aparece una causalidad inmediata: la necesidad de la felicidad, el deber moral y la obligación social de contribuir a la felicidad colectiva evitando todo motivo de tristeza o malestar, conservando la apariencia de sentirse siempre feliz, incluso en lo profundo del desamparo. Al mostrar alguna señal de tristeza, se peca contra la felicidad, se la cuestiona, y la sociedad corre entonces el riesgo de perder su razón de ser (Ariès, 2007, 78)

Por esta misma comprensión, entre otros factores, es que la muerte por suicidio es algo prohibido. Cuando la muerte es imposible, el suicidio es aún más inadmisibile. No puede ser.

3.4.c- La muerte temida

Para la psiquiatría la muerte por suicidio es definida como “el mayor riesgo en Psiquiatría, y un principalísimo riesgo vital en la evolución de las enfermedades mentales” (Albamonte, 1996:50. Fuente N° 1).

El suicidio es visto como una eventualidad temida por el psiquiatra cada vez que tiene ante sí un paciente grave, depresivo o no. Es precisamente el pasaje al acto lo que lo enfrenta con una doble posibilidad: por un lado, la muerte del paciente y por el otro, el cuestionamiento judicial de su conducta terapéutica. El diagnóstico de riesgo de suicidio es un alerta muy serio para los profesionales de la salud.

La cuestión de fondo que se plantea es si el sujeto puede o no decidir terminar con su vida, y en todo caso qué limitaciones a la libertad debieran existir para tomar esa decisión final. La muerte voluntaria es socialmente estigmatizada. Sin embargo, en la filosofía griega y romana, el debate sobre el derecho y la oportunidad de salir de la vida por mano propia fue motivo de apasionadas controversias (Stagnaro, 2006: 491. Fuente N° 28). Los textos que abordan este aspecto de la cuestión revisan algunas cuestiones ligadas con la ética³³. Para Hume, en determinadas circunstancias el suicidio es un acto

³³ Zuluaga (2001) presenta cuatro teorías éticas: el utilitarismo (cuyo principio básico es buscar las mejores consecuencias), el kantismo (que se fija más en los principios y no en las consecuencias), el individualismo

de responsabilidad moral. En caso de que ya no esté en poder de la persona velar por el interés de la sociedad y por el contrario se convierte en una carga para la sociedad, su renuncia a la vida no solo será inocente, sino loable. Kant, plantea que el suicidio es irracional por presentarse dentro de una contradicción, la actitud egoísta de promover el propio interés buscando escapar de un sufrimiento, y por otro eliminando la autonomía al quitarse la vida, es decir tratándose solamente como un medio.

Para Cohen (2003) es imposible que el sujeto desee terminar con su vida. El agente suicida no puede desear su autodestrucción. Es la incompatibilidad entre sus partes constitutivas lo que lo arrastra a representarse imaginariamente ciertos objetos del deseo, tal como puede ser la supresión absoluta y definitiva del dolor (que no tiene posibilidad alguna, pues el individuo desaparece en la supresión misma). A partir de esta idea, define a la muerte por suicidio de la siguiente manera:

El suicidio es, entonces, una **creencia imaginaria** que expresa tanto la ruptura del equilibrio en el plano extensional como la incapacidad de la mente que, desbordada por las afecciones del cuerpo, no puede ya formar la idea que exprese en lo mental sus nuevas relaciones constitutivas corpóreas... Y en verdad, el suicida no quiere morir en absoluto. Su acto, en todo caso, es la señal de que en las condiciones en las que se encuentra, no puede seguir viviendo, de que no se puede vivir a cualquier precio. (Cohen: 2003, 203, 209. Fuente N° 62).

Particularmente para casos de suicidio juvenil se plantea que existe una ambivalencia entre el deseo de muerte y de vida. Estudios que trabajan con sobrevivientes a intentos de suicidio señalan que es frecuente que éstos expresen más que un deseo real de morir, un deseo de cambiar de vida que se espera tras la muerte como un descanso o un estado 'nirvánico', lo que significa que lo que se pretende es modificar la situación y no la autodestrucción (Polaino, 1990:227. Fuente N° 22).

En términos generales siempre el psiquiatra debe evitar la muerte por suicidio de sus pacientes, aun cuando haya elementos que parecen anclar en un ejercicio de la propia libertad individual para terminar con la propia vida. Para ello recurre a diferentes estrategias de intervención que se analizan en detallan en el capítulo 5.

liberal (que toma los derechos individuales como protectores de la vida, la libertad, la expresión y la propiedad) y el Principialismo (moral común basada en principios).

3.4.d- La muerte en las explicaciones teológicas de los bautistas

La muerte como pasaje a una nueva vida

La muerte está presente en los mensajes de los predicadores bautistas. De algún modo la noción del paso de “muerte a vida” es un eje que estructura el mensaje de la fe evangélica, que se representa en el bautismo y que organiza las maneras de encarar diferentes temáticas. Se trata de una muerte que produce el Espíritu Santo en los creyentes.

En un mensaje (2/09/2007) el pastor expresa:

La vida de todos los días no tiene sentido sin Dios. Si vos y yo venimos a la iglesia y queremos hacer un cambio en la sociedad no es porque nos aburrimos y no tenemos nada mejor que hacer los domingos. Es porque conocemos al Padre y queremos verlo actuando en nuestras circunstancias.

De alguna manera u otra hemos conocido el poder y la gloria de Dios. Primero cuando vinimos a Él y pasamos de muerte a vida. Cuando dejamos nuestra vieja manera de vivir para acercarnos a Él.

Segundo, cuando vimos nuestras oraciones respondidas, o alguien fue sanado por el poder de Dios o alguien fue libre del ataque espiritual de las fuerzas de maldad.

La necesidad de morir a la vieja vida es predicada constantemente como una metáfora recurrente para el tránsito por esta vida en el mundo y para el pasaje a la vida eterna:

Dicho de otro modo, todos, aún quienes no cumplan las condiciones veremos cara a cara a Dios. ¿Cuándo? En el fin, cuando llegue el día del juicio. No habrá escapatoria para nadie: todos veremos a Dios cara a cara y recibiremos el pago por nuestras acciones. Si estamos en Cristo, reinaremos con él y si no sufriremos el castigo eterno.

Ese encuentro nos sobrevendrá a todos por igual. Pero si vos querés tener un encuentro cara a cara con el Rey, aquí y ahora, como quien habla con su amigo, entonces este desafío es para vos. Si querés una vida extraordinaria, que no se conforma con lo que nuestra naturaleza nos puede dar, el mensaje de esta mañana es para vos (2/09/2007)

La contracara de la muerte es la resurrección. En otro mensaje (7/10/2007) el pastor presenta esta noción:

La Biblia dice que hemos resucitado con Cristo en Efesios 2.2-3. Esta es la base de todo. RVR³⁴ puede resultarnos confuso porque parece que nos pone una condición que todavía debemos cumplir, pero en griego se refiere a una condición que ya se cumplió. Como traduce NVI³⁵: “Ya que han resucitado...”

³⁴ Se refiere a la traducción de la Biblia de la cual ha leído el texto Bíblico. Reina Valera Revisada.

³⁵ Cita otra traducción de la Biblia Nueva Versión Internacional.

Todos los que hemos creído en Jesucristo y hemos pasado por las aguas del bautismo como señal de nuestra obediencia y entrega. Todos nosotros hemos muerto a nuestra pasada manera de vivir y ahora hemos resucitado con Cristo.

Esta es tu realidad y la mía. ¡Hemos resucitado con Cristo!

El versículo 3 dice: “Han muerto y su vida está escondida con Cristo en Dios”. Dice Barclay, un comentarista, que los griegos tenían la costumbre de decir que las personas que morían estaban escondidas en la tierra. Pablo, acá se refiere a que los cristianos estamos muertos pero no enterrados sino “escondidos con Cristo”.

Vos y yo, estamos escondidos con Cristo, que está sentado a la derecha de Dios.

Nuestra realidad es que estamos acá pero no estamos acá. Hemos muerto a nuestra vida terrenal y ahora estamos viviendo en otro lado.

“Juntamente con él nos resucitó, y asimismo nos hizo sentar en los lugares celestiales con Cristo Jesús” (Efesios 2.6)

Pablo nos desafía a que nuestra actitud este de acuerdo con quienes somos. Dice: “Busquen las cosas de arriba, donde está Cristo sentado a la derecha de Dios”.

Vos y yo tenemos que vivir de acuerdo con nuestra identidad: somos hijos de Dios. Hemos muerto a nuestra vida chata y aplastada con metas de corto plazo en esta tierra. Resucitamos para vivir una vida eterna, con todos los recursos a largo plazo.

Por eso toda nuestra atención, nuestra búsqueda intencional debe estar en lo “de arriba”, es decir, las cosas que son eternas.

En este enfoque la muerte es vista como algo beneficioso para quien la transita. Pero existe también un desarrollo teológico que explica otro tipo de muerte: la producida por la acción de espíritus malignos. Esta comprensión es la que motivó la intervención a través del ministerio de liberación en la joven Antonella, cuya experiencia se describe más adelante. Ella menciona: “Estaban con que yo tenía un espíritu de muerte también. Porque yo tenía depresiones y en su momento nunca me traté de matar pero he tenido depresiones y pensamiento de suicidio y eso” (Antonella, entrevista, 3/12/2008).

El espíritu de muerte: del texto a los testimonios

Explicar la muerte de alguien joven es difícil para el discurso religioso. La amenaza de una muerte joven pone en cuestión aspectos que son los que en cierta medida dan sentido a la vida desde la mirada religiosa. La vida tiene sentido como el tiempo para cumplir con ciertos propósitos divinos, que incluye vivir las bendiciones de Dios que estaban destinadas a disfrutar en el mundo —el trabajo productivo, la crianza de una familia, el cultivo de la tierra, el contribuir con la sociedad, el cuidado de los ancianos—. Cuando la enfermedad impide el desarrollo de la vida con este sentido de misión a cumplir en el mundo, se plantea para la religión el doble desafío de intervenir en el presente y dar

mayor relevancia a un futuro que está fuera de control. Cuando es imposible encontrar el sentido de la muerte como cumplimiento de la misión encomendada para el tiempo de vida, y la muerte aparece como un hecho que irrumpe inesperadamente, la mirada se coloca en el más allá para dar cierto sentido a lo que ocurre en el presente. De alguna manera esta ha sido la aproximación del discurso religioso en diferentes momentos históricos frente a muertes inexplicables.

La muerte de los jóvenes es vista por la Teología como la expresión más clara del juicio de Dios. Esto se apoya en diferentes interpretaciones del texto bíblico —tanto del Antiguo como del Nuevo Testamento— en los cuales se describen contexto de juicio divino donde la muerte de los jóvenes es siempre un indicio del mismo. El juicio es sinónimo en cierto modo de la idea de castigo. Tal vez más cercano a la idea de “ejecución de una sentencia”. Se interpreta en el texto bíblico que Dios castiga el pecado del pueblo de Israel permitiendo la muerte de sus jóvenes y doncellas.

Además de la posibilidad que sea Dios quien de algún modo decide la muerte de los jóvenes, la explicación de la muerte, especialmente la muerte prematura, se vincula también con la operación de aspectos espirituales del Reino de las tinieblas. La muerte de una persona menor de setenta años es entendida como la victoria de un espíritu de muerte. Esta idea se basa en una porción del texto bíblico que dice: “Los días de nuestra edad son setenta años; y si en los más robustos son ochenta años, con todo, su fortaleza es molestia y trabajo, porque pronto pasan, y volamos” (Salmos 90:10).

En las entrevistas aparece claramente la acción del espíritu de muerte y la idea de una batalla entre el bien y el mal:

Una mujer que estuvo entre la vida y la muerte cuenta la batalla que se libra en el mundo espiritual. Y lo importante que era cuando iban a orarla ella estaba inconsciente pero se daba cuenta lo que pasaba. No sé si veía algo pero sentía la lucha alrededor de ella porque el espíritu de muerte es lo que hay que echar fuera. No estamos hablando que Dios en su soberanía se lleva a la persona llena de días sino que son personas que no tienen que morir todavía porque son jóvenes. (Fiona, 55 años, 15/08/2007)

La presencia de espíritus demoníacos que afectan tanto a quienes no son creyentes como a quienes lo son, es explicada en los manuales pastoralistas. Los espíritus demoníacos pueden invadir y habitar los cuerpos. Ese es su objetivo. Al habitar una persona obtienen una ventaja mayor para controlarla que cuando trabajan desde el exterior. Cuando los

demonios habitan una persona se dice que “tiene” espíritus malignos o que está “con” espíritus del mal o que está “poseída” por demonios. (Marcos 9:17; Lucas 4:33; Marcos 1:23; 5:2 y Mateo 4:24). Se presentan estudios exegéticos de pasajes bíblicos, especialmente de relatos de la vida de Jesús, en los que se emplean diferentes términos para expresar la presencia de demonios en las personas. Como en la mayor parte de los grupos evangélicos, el texto bíblico se utiliza para dar autoridad o legitimidad a la argumentación.

Se piensa en la demonización en dos sentidos: la persona puede estar “poseída” por demonios, cuando estos viven dentro de su cuerpo y controlan totalmente o por momentos totalmente su voluntad de decidir, o puede ser “oprimida” por demonios cuando estos están fuera del cuerpo de la persona y le producen malestar, dolores, le hablan, le ponen ideas en la mente, la asustan, la perturban.

La creencia más aceptada entre los bautistas es que un cristiano nunca podría ser poseído por demonios y no podría ser poseído por demonios porque su dueño es Cristo. Por esto el cristiano debe considerar siempre a los demonios como “invasores innecesarios e indeseables” (Hammonds: 1992,15).

En otro orden, la particularidad del espíritu de muerte está dada por su función. Puede empujar a la persona a suicidarse, provocar accidentes o enfermedades que terminen con la vida de la persona. También este espíritu se evidencia en los abortos espontáneos.

Comprendida la muerte dentro de este contexto de lucha entre el bien y el mal, los procesos de sanidad interior y liberación adquieren la misma identidad que los otros milagros de sanidad, al procurar evitar la muerte de las personas frente al riesgo del suicidio.

CAPÍTULO 4

LA URDIMBRE SOCIAL: FACTORES SOCIALES VINCULADOS AL SUICIDIO

“Una historia del suicidio no es más que una historia del dolor, o mejor dicho, una historia social del dolor” (Andrés, 2003: 312)

En este acápite analizaremos las intersecciones argumentativas en términos del proceso social en el que ancla, contextualiza y hasta explica el suicidio juvenil. Se identifican los factores sociales que explican su aparición y desenlace, para luego reunir las diversas conceptualizaciones en torno de los tres tipos de suicidio elaborados por Durkheim ([1897] 2006): a) el *suicidio egoísta* en tanto un tipo particular de suicidio que resulta de una individuación desintegrada. Los sujetos no perciben ya la razón de estar en la vida y por eso terminan con ella; b) el suicidio anómico, cuando los sujetos perciben que su actividad está desorganizada y a esto se debe su sufrimiento. Las pasiones propiamente individuales quedan sin norma que las regule; y su opuesto con el suicidio fatalista, que resulta de un exceso de regulaciones, cometidos por sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado, cuyas pasiones están violentamente comprimidas por una disciplina opresiva; y c) el suicidio diádico, concebido por la filosofía como un acto cuya autoagresión va dirigida a otro. Esta definición se centra en la intención del suicida que busca lastimar, manipular o impresionar a otro individual o colectivo.

Tanto el suicidio egoísta como el anómico aparecen vinculados al “mal del sufrimiento”, pero este mal no toma la misma forma en los dos casos. En el primero se afecta la inteligencia reflexiva; en el segundo se afecta la sensibilidad. En el primero el pensamiento, a fuerza de replegarse sobre sí mismo por lo que ya no tiene objeto; en el otro incide la pasión, en la medida que lleva al no reconociendo de los límites. “El primero se pierde en el infinito del ensueño; el segundo, en el infinito del deseo” (Durkheim, 2006 [1897]: 313. Fuente N° 61).

En ambos casos la sociedad no está suficientemente presente en los individuos, pero de maneras diferentes. En el primer caso, hay una falla en la actividad propiamente colectiva, dejándola desprovista de mente y significación. En el suicidio anómico falla la sociedad en su rol contenedor y guía para la realización de las pasiones en funciones y tareas socialmente positivas.

Estas tres categorías nos servirán como base para el análisis que se presentará a continuación, porque a partir de ellas se han construido las actualizaciones y debates.

4.1- El suicidio como interpelación a la sociedad

En la mayor parte de los materiales analizados a la luz de esta perspectiva, se presenta o hay implicada alguna definición de suicidio. La denominación suicidio deriva del latín *sui*, de sí mismo, y *caedes*, asesinato. Este vocablo fue introducido en inglés en 1636 y en francés en 1734, señalando el acto de matarse a sí mismo.

El suicidio es visto como una transgresión desde diferentes dimensiones. En el ámbito religioso se lo define como pecado o como el resultado de la acción espíritus malignos, denotando siempre el triunfo del mal. Desde el punto de vista ético-moral se trata de una inmoralidad, algo que no debiera suceder. En lo jurídico se lo ha calificado como delito, como crimen. La psiquiatría lo analiza como el peor desenlace posible para la enfermedad mental: “principalísimo riesgo vital en la evolución de las enfermedades mentales” (Albamonte, 1996:50. Fuente N° 1). En todos los casos debe evitarse.

Desde el punto de vista social se piensa como el desenlace de una falla en las posibilidades de integración de la persona. Aparece como algo incomprensible, porque va contra la misma naturaleza humana y contra la propia existencia. No hay en un sentido natural, ni tampoco en un sentido ético o jurídico, el derecho a la muerte. “Si al hombre le ha sido dada la vida y no se le ha dado dominio sobre su muerte (lo que conllevaría a la inmortalidad), todo ello indica que ha sido llamado a la vida, no a la muerte” (Urzua, 2003:354. Fuente N° 58). Quizás por esas mismas razones para algunos sea un acto de libertad que se enfrenta a las normas establecidas sobre aquellos aspectos sobre los cuáles el sujeto puede decidir.

Se lo ha señalado también como “muerte voluntaria”, en tanto sinónimo de crimen contra uno mismo. Elemento común en las definiciones en que la muerte es voluntaria, producida o provocada por el propio sujeto que fallece, y es también premeditada.

Una definición ampliamente difundida es la que aparece en la Enciclopedia Británica (1973): “el acto humano de causar la cesación de la propia vida” (Fritschy, 2005. Fuente N° 14). La muerte por suicidio resulta, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, cumplido por la propia víctima y que “ella sabía que iba a producir ese

resultado” (Baudelot, 2008: 53. Fuente N° 63). Se lo describe como un comportamiento intencional de terminar con la propia vida, que “está documentado desde tiempos bíblicos” (Casullo: 2005. Fuente N° 5).

El término incluye también al intento y la tentativa de suicidio. En el intento de suicidio el sujeto tiene una intención autolítica, pero por impericia o fallos en el método no logra morir. En la tentativa, conducta parasuicida o comúnmente llamado gesto autolítico, no existe la voluntad de morir, sino es comprendido como una forma de pedir ayuda o un intento de modificar situaciones para lograr un beneficio secundario. Sin embargo los estudios señalan que hay conductas parasuicidas que han acabado en suicidios consumados.

En el caso del suicidio juvenil consumado es definido como la culminación de una serie de hechos. Primero aparece la idea de suicidio. Por diferentes motivos, el joven piensa que su vida no tiene sentido y que quisiera morir. Esta idea puede desaparecer y allí culminar el proceso. Si la ideación suicida continúa estando presente y llega a estructurarse más, conforma ahora una intención organizada. En ese punto el joven piensa cómo, cuándo y dónde morir. Esta situación podría finalizar allí si se produce un cambio favorable en el estado emocional y en las circunstancias de ese joven, o permanecer en el tiempo y llevar al suicidio consumado.

Los estudios marcan una posible secuencia que de acuerdo con las situaciones puede completarse o interrumpirse:

1. Ideación suicida
2. Amenaza de suicidio
3. Planeamiento del suicidio
4. Intento de suicidio
5. Suicidio concretado /consumado

Se hace hincapié en que el suicidio es una muerte voluntaria, referida a una acción (u omisión) que produce una persona de manera voluntaria con el propósito de causarse la muerte. El suicidio no es la única conducta que forma parte de la denominada muerte voluntaria; en ella se incluye al suicidio altruista (como los kamikazes, hombres bomba del Hezbollah), así como el suicidio asistido y la eutanasia (suicidio activo y pasivo).

La mortalidad por suicidio está incluida en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (10), donde el suicidio es definido como “la conducta intencional que concluye en la propia muerte”. Los materiales suelen detallar los medios a través de los cuales se produce la muerte: envenenamiento intencional autoinfligido por drogas, medicamentos, sustancias biológicas, alcohol, vapores y la muerte autoinfligida por medios mecánicos, objetos cortantes o armas.

Las causas se dividen según la literatura en dos grupos: aquellas que desencadenan el suicidio y las que predisponen a él. Se entiende que hay elementos propios de la salud del joven como factores predisponentes y factores sociales como desencadenantes.

Las enfermedades psiquiátricas son los principales factores que influyen como predisponentes para la ocurrencia de suicidios. Los estudios señalan que alrededor del 90% de suicidios están asociados con algún tipo de desorden o enfermedad mental. Las depresiones y el trastorno bipolar están presentes en cerca del 60% de los suicidios (Mann, 2005).

4.2- Los factores sociales

Los factores sociales aparecen en general como desencadenantes del suicidio; son variados y su importancia como el carácter explicativo ocupa distintas posiciones en los esquemas argumentativos. Quien fue pionero en su destaque fue Emilie Durkheim en su obra “El Suicidio” del año 1897. Aquel analiza los factores extra-sociales y concluye en que no permiten explicar el suicidio: ni por la constitución orgánico-psíquica de los individuos ni, tampoco, por la naturaleza del medio físico, identificando los siguientes:

- Los estados psicopáticos (locura, monomanía, neurastenia, alcoholismo)
- Los estados psicológicos normales, la raza y la herencia.
- Los factores cósmicos (la temperatura, las estaciones, el día, la noche, los días de la semana)
- La imitación (explicada a partir de la distribución geográfica de los suicidios y el análisis de los medios).

Sin embargo dada la ineficacia explicativa de estos elementos, el autor se enfoca en el estudio de los factores sociales y presenta una tipología de suicidios cuyos principales rasgos se exponen en este capítulo. Estas definiciones son relevantes en la medida que se

encuentran muy presentes en los trabajos analizados. Durkheim es una cita obligada en los materiales producidos desde las Ciencias Sociales.

Cuando desde este campo se exponen los factores sociales que influyen en la decisión de terminar con la propia vida, aparecen concurrentemente los siguientes indicadores y variables:

- Económicos: el desempleo, las malas condiciones materiales de vida, la pobreza, el fracaso escolar y la imposibilidad de éxito laboral en el futuro
- Lazos sociales: otorgando importancia a las maneras que asume el grupo familiar, grupos de pertenencia y de pares, que integran o excluyen al joven.
- Violencia: está presente como un factor determinante. Así como el suicidio se incluye en la categoría más amplia de “muertes violentas” desde las clasificaciones internacionales, en las descripciones recogidas también está presente la violencia como desencadenante del suicidio.
- Mecanismos de dominación social o cultural que exponen al individuo a un sufrimiento intolerable. Exclusión.
- Pecado social: las creencias religiosas hablan tanto de las maldiciones generacionales como de las inequidades que generan el juicio de Dios, y que puede expresarse en la muerte prematura.

En lo que sigue focalizamos en las intersecciones que aparecen entre la sociología, los profesionales de la salud, la filosofía y la teología, a la hora de describir y explicar la incidencia de los factores sociales en el suicidio juvenil, y como venimos haciendo, a partir de los materiales que se presentan en el cuadro de trabajo que consta en Anexo 8.

4.3- Los ‘tipos sociales’ de suicidio

4.3.a- El suicidio egoísta: la individuación desintegrada

El suicidio egoísta, es el primero de los “tipos sociales” que identifica Durkheim. Una noción central en su argumentación es la de integración de la sociedad. Ante sus fallas, la desintegración religiosa, doméstica y política es la que produciría un mayor número de suicidios. En su análisis, aquel observa la eficacia de la religión en la reducción del suicidio. Esto se explica no porque haya una naturaleza especial en los sentimientos

religiosos sino porque profundiza la integración. Lo mismo que sucede en las sociedades domésticas y las sociedades políticas, cuando están fuertemente integradas. Entonces no es lo específicamente religioso o lo doméstico o lo político lo que incide sino los niveles de integración social que generan. La conclusión general de Durkheim redundas en que “el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo” (Durkheim: [1897] 2006, 309. Fuente N° 61).

En las perspectivas actuales, hallamos que esta creencia sigue siendo fuerte. Los niveles de integración social inciden en el suicidio como factores de riesgo si son extremadamente bajos o como factores protectores si son altos. Así el sujeto, cuanto más debilitados son los grupos a los que pertenece, menos depende de ellos, más se exalta a sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas en sus intereses particulares. El egoísmo es un estado en que el yo individual se afirma con exceso frente al yo social y a expensas de este último. Es por esto que da el nombre de egoísta al tipo particular de suicidio que resulta de una individuación desintegrada.

El origen de esta categoría de análisis parte de una idea fundamental: la fuerza colectiva es uno de los elementos que mejor contiene. Si esta se debilita, el suicidio se desarrolla. Si una sociedad está fuertemente integrada tiene a los individuos bajo su dependencia y de alguna forma les impide disponer de sí mismos a su antojo. Se opone, pues, a que eludan, por la muerte, los deberes que con ella tienen. Si los sujetos admiten que son los dueños de sus destinos, a ellos les corresponde señalar su final. Por otro lado, les faltaría una razón para soportar con paciencia las miserias de la existencia. Si son solidarios con algún grupo que aman ponen “más obstinación en vivir” subordinando sus intereses personales a los del grupo; “el lazo que les liga a la causa común, los ata a la vida, y, por otra parte, el elevado objetivo sobre el que tienen fijos los ojos, les impide sentir tan vivamente las contrariedades privadas” (Durkheim: [1897] 2006, 310. Fuente N° 61).

El rol de la sociedad en este sentido es clave para explicar el suicidio. Si la sociedad integra a sus miembros haciéndolos sentir parte de todos a cada uno y de cada uno a todos, posibilita un continuo cambio de ideas y sentimientos y una mutua asistencia moral, lo que hace que el individuo “en vez de estar reducido a sus solos esfuerzos, participe de la energía colectiva y acuda a ella para reconfortar la suya cuando esté gastada” (Durkheim: [1897] 2006, 312). El individualismo excesivo es para el autor el factor explicativo central para el suicidio egoísta.

En la visión del autor, el hombre -por su constitución psicológica- no puede vivir si no se consagra a un fin que le exceda y le trascienda. Este es el principal motivo para seguir viviendo. Aun cuando las condiciones de vida sean adversas o intolerables, el vislumbrar una razón de ser hace que valga la pena seguir vivo; en palabras de Durkheim,

Es muy poca cosa. No solamente está limitado en el espacio, sino que lo está estrechamente en el tiempo. Así, pues, cuando no tenemos más objetivo que nosotros mismos, no podemos escapar a la idea de que nuestros esfuerzos están destinados finalmente a perderse en la nada, puesto que a ella debemos ir a parar. Pero el aniquilamiento nos horroriza. En estas condiciones, no se podría tener valor para vivir, es decir, para obrar y luchar, porque de todo el esfuerzo que se haga no debe quedar nada. En una palabra, el estado de egoísmo se encuentra en contradicción con la naturaleza humana y, por consiguiente, sería demasiado precario para tener probabilidades de durar (Durkheim: [1897] 2006, 311)

En términos abstractos, el hombre en estado de naturaleza puede vivir dichoso sin tener otro objetivo que el de vivir. Pero el hombre civilizado que ha llegado a la edad adulta tiene una multitud de ideas, de sentimientos, de prácticas que no tienen ninguna relación con las necesidades orgánicas: el arte, la moral, la religión, la fe política, la ciencia misma. Es el medio social el que permite el desarrollo de lo que el autor llama “vida supra-física”. Por lo tanto es la acción de la sociedad la que genera en los hombres sentimientos de empatía y de solidaridad que los inclinan hacia los otros; la que lo llevan a sostener creencias, a aceptar políticas que gobiernan su conducta, a desarrollar la inteligencia y la ciencia como instrumento para el desarrollo social.

Por lo mismo que esas formas superiores de la actividad humana, tiene un origen colectivo, si el hombre se siente desligado de la sociedad también se desliga de la vida de la que es a la vez fuente y fin. De esta manera, estar ligado a una sociedad familiar o política le permite enfrentar los sufrimientos. Cuando el hombre está firmemente apegado a su fe, atado por los lazos a una sociedad familiar o política, el problema no existe. Por sí mismo contribuye con lo que es y lo que hace al grupo de pertenencia —su Iglesia, su familia, su patria, su partido-. En sus mismos sufrimientos ve un medio para servir a la realización del grupo a que pertenece. Pero en la medida en que el creyente se sienta menos solidario con la confesión religiosa de la que forma parte y se aleje, en la medida en que la familia y la sociedad se le hagan extrañas, se convierte en un misterio para sí mismo y entonces no puede escapar a la pregunta irritante y angustiosa: ¿para qué vivir?

Claro que en esa sociedad que el hombre necesita pues le da valor a su existencia, le da las razones de vivir, pueden formarse corrientes de depresión y de desencanto que no emanan de ningún individuo en particular, sino que expresan un cierto estado de desintegración social. Es así como el autor explica el surgimiento de “una especie de astenia colectiva, de malestar social”. Se produce un descorazonamiento en el individuo cuando la sociedad se desintegra.

Bien merece, pues, este tipo de suicidio, el nombre que le hemos dado. El egoísmo no es un factor simplemente auxiliar; es su causa generadora. Si, en ese caso, el lazo que liga al hombre a la vida se afloja, es porque el nexo que le une a la sociedad, se ha relajado. Los incidentes de la existencia privada, que parecen inspirar inmediatamente el suicidio y que pasan por ser sus condiciones determinantes, en realidad no son más que causas excepcionales (Durkheim: [1897] 2006, 316)

El suicidio egoísta es un efecto del desamparo moral que ha suscitado en la persona la desintegración de la sociedad.

El suicidio egoísta en los materiales analizados

Este tipo de suicidio aparece con frecuencia mencionado en los materiales que abordan el problema del suicidio juvenil. La pertenencia a grupos significativos para el joven ocupa un lugar importante a la hora de describir factores de riesgo y factores protectores. La autora argentina Edith Serfaty (2006) analiza situaciones en las que observa que la ideación suicida aislada es frecuente entre los adolescentes. Explica que en algunos casos la ideación persevera y deriva en manifestaciones relativas a la muerte o a la autodestrucción, lo que constituye una señal de atención para los familiares, amigos y el entorno del joven. Afirma que,

si la situación conflictiva o el estado emocional displacentero continúa se llega al planeamiento del suicidio, que a veces permanece latente como posibilidad y se concreta en un intento de suicidio o en el suicidio consumado (muerte de la persona) ante una circunstancia desfavorable que a los ojos del entorno puede no estar en relación con tamaña decisión. Lo que ocurre es que la idea y el plan se venían gestando desde tiempo antes (Serfaty, 2006:16. Fuente N° 26)

Allí se destacan dos componentes desencadenantes del suicidio: la situación conflictiva y el estado emocional displacentero que se sostienen en el tiempo y hacen que el joven decida terminar con su vida al presentarse alguna nueva circunstancia desfavorable.

También se atribuye a la desorganización familiar la presencia de intentos de suicidio en niños, dándole un alto valor explicativo a la integración familiar. El intento de suicidio es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, pero que no llega a tener como resultado la muerte. Es dificultoso identificar la intencionalidad de matarse de los niños porque el concepto de muerte del niño y la intencionalidad del acto se constituyen junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona. En este sentido se acepta que recién a partir de los 8 años, los niños logran una primera comprensión acerca de la irreversibilidad de la muerte. En ocasiones se presentan “conductas autoagresivas en niños menores, asociadas a trastornos psicopatológicos del espectro de la impulsividad en familias muy desorganizadas, lo cual implica un riesgo para la vida del niño sin conciencia e intención del acto que realiza” (Bella, 2010. Fuente N° 10).

La idea de los conflictos sin solucionar como desencadenante del suicidio consumado aparece también en otros textos. El suicidio es la “solución para los conflictos” del joven (García de Jalón, 2002. Fuente N° 15). En las diferentes etapas del proceso suicida es posible ver la presencia de los conflictos que se buscan solucionar. Se produce este acto intencional de quitarse la vida “porque no se le encuentra salida a una determinada problemática, es un escape del sufrimiento” (Serfaty, 1996: 21. Fuente N° 25). La intencionalidad se asocia a una reacción ante la imposibilidad de encontrar salida al sufrimiento personal.

Los signos que pueden dar cuenta de condiciones para el suicidio se identifican como: dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar, necesidades psicológicas frustradas (seguridad, confianza y logros), odio a sí mismo en el marco de una autoevaluación negativa, con auto-rechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y desamparo. Los desencadenantes del suicidio son situaciones de sufrimiento extremo y desorganización. Su influencia dependerá del tiempo que duren y el espacio ocupado en los jóvenes, pero podría ser la causa del desarrollo de una enfermedad psiquiátrica. De todas maneras no siempre se requiere de una condición prolongada en el tiempo: la existencia de una situación de angustia y conflicto puede llevar a un joven al suicidio (Villagomez, 2005. Fuente N° 31; Fortaleza Texeira, 1997. Fuente N° 33).

Las particularidades de las familias que no contribuyen a la integración del joven se asocian a este tipo de suicidio. Se detallan algunos rasgos como la presencia de padres

castigadores y madres intolerantes y ofensivas; el desarrollo de una educación negativa del padre del mismo sexo; como la condición que ambos padres favorezcan a alguno de los hermanos en vez de al sujeto en cuestión, “no estimulan, engendran culpa, rechazan y no son afectuosos con él” (Polaino, 1990: 226. Fuente N° 22).

Un aspecto mencionado con frecuencia es la irracionalidad del suicidio como forma de búsqueda de resolución de una situación de conflicto. “El suicidio es irracional por presentarse dentro de una contradicción, la actitud egoísta de promover su propio interés buscando escapar de un sufrimiento, y eliminado su autonomía al quitarse la vida, es decir tratándose simplemente como un medio” (Zuluaga, 2001. Fuente N° 32). Sobre la irracionalidad también desarrolla el trabajo filosófico de Diana Cohen (2003. Fuente N° 62) que pone en cuestión la calificación de muerte voluntaria, porque el agente suicida no puede desear su autodestrucción. Desea la supresión absoluta y definitiva del dolor y no tiene posibilidad alguna, porque el mismo individuo desaparece en esa supresión. El precio de su vida es demasiado alto y se vuelve intolerable (Cohen, 2003. Fuente N° 62). Por su parte, Matusevich y equipo (2006. Fuente N° 19) definen al suicidio como “un intento desesperado y final de resolver lo que se percibe como irresoluble de otra manera”, destacando la existencia con frecuencia de una “intrincada psicopatología... que es el resultado de la combinación de múltiples variables pasadas y presentes” (Matusevich, 2006: 446ss. Fuente N° 19). Mientras la psicopatología es frecuente pero no se da en todos los casos, la necesidad de resolver algo si aparece en todos los casos relevados en el estudio antes citado. Los problemas de desintegración familiar son presentados como factores de riesgo para los adolescentes y se describen diferentes aspectos: rigidez excesiva —en la que las relaciones inflexibles no permiten cambios funcionales en respuesta a problemas o necesidades—, falta de límites, dificultad en la comunicación, hogar fragmentado —ambiente familiar caracterizado por divorcio o estructura de un solo padre—, historia familiar con dificultades psiquiátricas, historia familiar de conductas suicidas y maltrato infantil.

Tal como se expuso en el capítulo 2, la tensión entre individuación y socialización tiene una gran relevancia en los materiales sobre problemas en la juventud. La integración del joven, su inserción en el mundo adulto se torna central para su desarrollo en tanto se transita de la adolescencia a la juventud tanto en la esfera vocacional o laboral como en los aspectos familiares y de pertenencia a grupos que sostengan al joven. La imposibilidad de esa integración es vista hoy como un elemento desencadenante para

el suicidio egoísta: “el aislamiento, la soledad, es una potente causa de suicidio” (Carbonell, 2006: 11. Fuente N° 4).

El suicidio egoísta en la Teología bautista

Un clásico manual pastoralista³⁶ define “El suicidio es un acto de autodestrucción deliberado en el cual la probabilidad de sobrevivir es incierta” (Wright, 1990: 150. Fuente N° 68). En esta breve definición aparece el elemento de la intencionalidad del suicida que supone una decisión personal de terminar con la propia vida. Está muy presente en el discurso religioso la creencia en el libre albedrío³⁷ como un elemento que define la condición de posibilidad del suicidio. Esta noción puede relacionarse directamente con el “espíritu de libre examen que anima esta religión” del que habla Durkheim ([1897] 2006: 249. Fuente N° 61) al referirse a los protestantes, de quienes provienen en última instancia, los bautistas.

Un pastor, al hablar de un suicidio plantea:

También con la pregunta: *“¿Qué podría haberse hecho para evitarlo?”* Me consolé al recordar que el suicidio es una decisión individual. Aunque puede ser muy difícil aceptar el libre albedrío de otros, incluyendo la libertad para tomar una mala decisión. (Galli, 2011. Fuente N° 51)

Esta visión del suicidio como una decisión individual se acerca a la noción del sujeto desintegrado de su comunidad. El “solo” decide terminar con su vida. El rechazo social que la persona ha vivido debilita al “sí mismo”. Quien se suicida experimenta el nivel más alto de auto-rechazo, lo que lo lleva a decidir terminar con su propia existencia. Las creencias sobre el tema del rechazo aluden a que,

“el amor y la aceptación son necesidades básicas para nuestro desarrollo. Cuando no los recibimos, se produce un vacío en nuestro interior en el cual crece el rechazo. El auto-rechazo frena la marcha de un individuo y de la iglesia, porque por un lado, separa y aísla a la persona de Dios y de otras personas, y por otro, hace que la persona se sienta indigna, sin valor o inferior. Todos hemos recibido rechazo en algún punto de nuestra vida y esto puede convertirse en la raíz de muchos problemas” (Enseñanza en Retiro de sanidad interior, 22 de julio de 2006)

³⁶ La industria editorial evangélica tiene una intensa producción de manuales pastoralistas que son empleados por los pastores para su trabajo. No todos los manuales son de origen bautista pero se utilizan en las iglesias bautistas. Ofrecen conceptos y modos de intervenir frente a diversas problemáticas. Su uso es muy extendido entre los bautistas que los mantienen como material de referencia frecuente.

³⁷ Entendido como la libertad dada por Dios al hombre de tomar sus propias decisiones, de hacer elecciones libremente.

Las “fuentes de rechazo” o “causas de rechazo” son variadas, porque se refieren a los elementos del entorno que pueden hacer que una persona se sienta rechazada por otros. Algunas se señalan como más evidentes: por ser de un origen étnico diferente, particularidades de su contextura física, por la falta de habilidad en algún área, etc. Pero algunas causas de rechazo podrían no ser tan obvias para la persona:

1. El trasfondo cultural y étnico de la familia: expresivo o poco expresivo.
2. El orden de nacimiento en la familia: ser el hijo mayor, el del medio, el menor, etc.
3. Circunstancias en torno al nacimiento:
 - Alguno de los padres era alcohólico o tenía alguna adicción.
 - Enfermedad del padre, la madre o uno de los hermanos.
 - Crisis económica familiar (Desempleo, deudas, etc.)
 - Crisis en la relación de los padres.
 - La persona fue concebida ‘por accidente’.
 - Se esperaba un bebé de otro sexo.”(Documentos de Ministerio de Sanidad interior, julio de 2006)

Las experiencias de rechazo pueden llevar a una autoimagen negativa y producir un sentimiento de indignidad en la persona: el auto-rechazo. Eso lleva a que la persona se odie a sí misma, se sienta inferior a otros, sea temerosa y desee morir.

Algunas características de quien tiene auto-rechazo son:

La persona emite un juicio de sí mismo: ‘No merezco que me acepten, no soy digno de que me quieran. Me merezco el rechazo.’

Hay dos formas en que se evidencia en su manera de presentarse a los demás. Algunos se muestran como derrotados, deprimidos o desesperados. Otros parecen exageradamente fuertes y confiados.

Suelen preocuparse por tener todo bajo control. Sienten temor de perder el control en algún aspecto.

Es muy común que no se agraden a sí mismos físicamente. (Enseñanza en Retiro de sanidad interior, 22 de julio de 2006).

Para que alguien llegue a experimentar auto-rechazo, se hace necesaria la acción de un “enemigo” que causa que la persona experimente un rechazo recurrente de manera que sienta que no encaja, comience a incorporar el patrón de rechazo y a vivir de acuerdo con él. De esta manera la persona se predispone para recibir rechazo porque llega a sentir que se lo merece, se odia y siente un profundo desagrado de sí mismo. A partir de estas experiencias la persona piensa que Dios cometió un error cuando lo hizo y puede llegar a pensar que es mejor dejar de vivir. Así el enemigo actúa a través de espíritus malignos que inspiran a otros a dañar a la persona.

4.3.b- El suicidio anómico: socialización y conflicto

Si las hipótesis que plantean una relación casi lineal entre desempleo crónico y aumento del suicidio juvenil fueran correctas y pudieran corroborarse en nuestro país, el suicidio podría ser considerado como una forma brusca de exclusión, en la que la violencia del Estado no necesitaría encarnarse en sus agentes en el rol de victimarios. Simplemente, la dinámica social emergente se ocuparía de ello. Si así fuera, solo un cambio en la mirada ejercida sobre nuestra concepción de seguridad sería capaz de cambiar el trágico 'final del recorrido' de muchos de nuestros jóvenes (Triskier: 1996, 153 - Hospital Piñeiro, UBA. Fuente N° 29)

Para comprender este tipo de suicidio, se hace necesario actualizar algunas nociones básicas que le dieron origen a la denominación en el trabajo de Durkheim, quien define a la sociedad como un poder que regula a los individuos además de atraer sus sentimientos y actividades. Este poder regulador es lo que limita al individuo y le impone patrones morales. Es un poder moral. No cumpliría esta función ni la coacción natural ni tampoco las fuerzas físicas ya que no “pueden modificar los corazones”. No se trata de un poder violento que se impone por temor, sino que se acepta por respeto. Este freno al que está sometido el hombre no es físico, sino moral, social. Ahora bien, la única forma en que los hombres acepten limitar sus deseos es si reciben la orden de una autoridad que respeten y delante de la cual se inclinen espontáneamente. La sociedad está en situación de desempeñar este papel moderador en la medida que refleja un poder moral superior al individuo. Tiene la autoridad necesaria para designar que es lo correcto, lo que se debe castigar o premiar en función del interés común.

Esto conlleva a reconocer que hay reglamentaciones -que no siempre presentan forma jurídica- que fijan con una relativa precisión el nivel máximo de bienestar que cada clase de sociedad puede legítimamente buscar o alcanzar. Este nivel cambia según la renta varíe y según los cambios que experimentan las ideas morales de la sociedad, al tiempo que ejerce una presión para que cada uno se dé cuenta hasta dónde pueden llegar sus ambiciones. Si se es respetuoso de la regla y dócil a la autoridad colectiva —si tiene una sana constitución moral— la persona percibe que no está bien exigir más. Se define un objetivo para las pasiones y un término entre ciertos límites, ni tan rígidos ni tan absolutos entre los cuales los deseos pueden moverse con relativa libertad.

Esta limitación relativa y la moderación que de ella resulta, es la que hace que los hombres estén contentos con su suerte, al mismo tiempo que les estimula con medida a hacerla mejor; y este contento medio, es el que produce ese sentimiento de goce tranquilo y activo, ese placer de ser y vivir que, tanto para las sociedades como para los individuos, es la característica de la salud (Durkheim, 2006 [1897]: 358. Fuente N° 61).

Esta limitación regula el nivel de frustración y la dicha que los hombres podrán tener. Se hace necesaria una disciplina moral para hacer aceptar a los individuos su situación. Esta disciplina es útil si es considerada como justa por los pueblos que se le han sometido. Si solamente se mantiene por la habilidad y la fuerza, la paz y la armonía sólo subsisten en apariencia; el espíritu de inquietud y el descontento están latentes; los apetitos, superficialmente contenidos, no tardan en desencadenarse. Cuando la sociedad está perturbada, ya sea por crisis dolorosas o felices, por súbitas transformaciones, es transitoriamente incapaz de ejercer esta acción; y he aquí de dónde vienen estas bruscas ascensiones de la curva de los suicidios. En este suicidio anómico se destaca su carácter de acto “esencialmente pasional”; lo que mueve al individuo es “la cólera y todo lo que de ordinario acompaña a la decepción”.

Durkheim entiende –en una relación hasta el día de hoy controvertida- que hay cierta inmunidad en los países pobres, dado que la pobreza “protege contra el suicidio, porque, por sí misma, es un freno para enseñar al hombre a contenerse”. Mientras que la riqueza agranda la ilusión al individuo de que puede engrandecerse y al sentirse menos limitado se vuelve más insoportable cualquier limitación. Creencia sostenida aun a pesar de los indicadores de malestar en contrario, tanto en países pobres como ricos. Por esta razón explica que las religiones celebren los beneficios y el valor moral de la pobreza como forma de disciplina que lleva a aceptar dócilmente la disciplina social, evitando así la anomia. Sin embargo también reconoce que en el sistema capitalista “el estado de crisis y de anomia es constante, y, por decirlo así, normal.” (Durkheim, 2006 [1897]: 365. Fuente N° 61).

La anomia abre la puerta a las ilusiones, y, por consiguiente, a las decepciones. Si el sujeto es arrojado por debajo de la condición a la que estaba acostumbrado, sentirá que se le escapa una situación de que se creía dueño. Si él mismo se reconoce como el responsable de la catástrofe su exasperación se vuelve contra sí mismo.

La anomia también explica la violencia. Porque lo que la anomia produce es un estado de exasperación y de cansancio inusitado, que puede, según las circunstancias, volverse contra el sujeto mismo o contra otro; en el primer caso hay suicidio, y en el segundo, homicidio, en ambos con un debilitamiento de los límites en tanto pérdida de fortaleza de la sociedad y sus grupos para sostener las regulaciones de la vida social.

Finalmente, aquellos tipos de anomia asociados a una causa económica, doméstica o conyugal —producida por la institución del divorcio—, siguen presentes en los materiales analizados, identificando así los orígenes del malestar y descontento que superan las posibilidades de regulación y contención social de los jóvenes.

El suicidio anómico en los textos analizados

El concepto de anomia es empleado directamente en diferentes trabajos en relación con las explicaciones del suicidio. Carbonell (2006: 10. Fuente N° 4) propone que la idea de que los cambios socio-culturales rápidos provocan una desorganización social responsable de un debilitamiento de la identidad y la anomía, forma parte del discurso científico desde, al menos, 1822. El autor también encuentra esa idea en las expresiones de sentido común que atribuyen a los cambios rápidos el mismo efecto.

Cuando se exponen las causas del suicidio en jóvenes, la anomia —y las bases del pensamiento durkhemiano— están presentes de diversas maneras. Por ejemplo, la distancia con la práctica religiosa se asocia al hecho de que los hombres jóvenes se suicidan más que las mujeres. Por un lado porque los comportamientos sexuales y violentos son más riesgosos en los hombres pero también porque “los jóvenes varones se alejan más de la religión que las mujeres” (González, 2006: 70) Esta explicación reconoce el lugar de freno que produciría lo religioso aunque no se detalla de qué modos lo hace. En diversos trabajos la disminución de la práctica religiosa se asocia al aumento del suicidio (Matusevich, 2006; OMS, 2004; González, 2006; Pinto Rodriguez, 2006). Se considera que el suicidio “es muy raro entre las personas consagradas al culto” (Pinto Rodriguez, 2006: 81. Fuente N° 56).

Los elementos que se señalan como riesgos exógenos en la salud juvenil incluyen una diversidad de problemas en la vida de los jóvenes que viven en anomia:

- violencia y descomposición del hogar
- socialización temprana en la violencia
- pobreza
- falta de oportunidades
- segregación territorial
- machismo

- falta de información o confianza en materias de sexualidad y autocuidado frente al abuso de drogas

Asimismo se sigue considerando que los factores relacionados con la cohesión social son determinantes en la salud juvenil (CEPAL: Fuente N° 49).

También se encontró que aparece la noción del suicidio como un acto de desenfreno. Szasz (2002) plantea que el mismo uso de la palabra suicidio da cuenta por un lado de una manera de morir, es decir, de quitarse la vida voluntaria y deliberadamente, pero por otro lado, se utiliza para condenar la acción. La misma palabra califica al suicidio de pecaminoso, criminal, irracional, injustificado... en una palabra, algo malo.

El suicidio es definido como una forma de muerte violenta resultado de una decisión individual, misma que obedece a diversas condiciones de orden psicológico, de salud y sociales; se relaciona con la depresión, las pérdidas afectivas, el aislamiento social, el desempleo y las dificultades económicas (Tuñón, 2005: 79. Fuente N° 60).

En su estudio sobre las creencias de los jóvenes, Chablé Ríos (2007. Fuente N° 9) destaca que los jóvenes consideran que el suicidio es un acto inmoral, que debe ser prohibido y castigado, mientras consideran que los suicidas son personas que atentan contra la sociedad, manteniendo la comprensión de la muerte como algo prohibido enmarcado en la construcción del tabú.

Respecto de los cambios familiares continúan ocupando una posición explicativa central. Distintos trabajos ven como causas del suicidio de los jóvenes los cambios en la familia, caracterizados por las altas tasas de divorcio y la desintegración familiar. El divorcio de los padres daría lugar a un suicidio anómico en los hijos, aunque en un sentido diferente al que planteaba Durkheim cuando hablaba de “anomia conyugal” porque se refería al suicidio de uno de los cónyuges. Freitez (2004. Fuente N° 13) señala que diversos estudios enfatizan que el factor principal que causaría la violencia es el deterioro de las condiciones familiares e individuales. Se ha asignado especial atención a los efectos de la estructuración e inestabilidad de los núcleos familiares como desencadenantes de diferentes expresiones de violencia de los jóvenes hacia otros o hacia sí mismos.

Sin embargo, no es solamente el hecho de haberse desarrollado dentro de un hogar deshecho puede favorecer la conducta suicida. Se presentan ciertos factores que fomentan conductas de evasión y de alto riesgo entre los jóvenes: el autoritarismo

familiar en un extremo, mientras en el otro la falta de control por parte de los adultos. La principal falla de los padres es no ser capaces de adoptar con los hijos una postura serena y comprensiva, “con lo que el conflicto padre-hijo es el dato nuclear más frecuente de la situación” (Polaino, 1990: 226. Fuente N° 22).

Para la OMS (2004) varias de las causas del suicidio están relacionadas con la anomia: la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, discusiones, ruptura de relaciones, problemas jurídicos y/o laborales, el abuso de alcohol y estupefacientes, los maltratos en la infancia, el aislamiento social. Aunque también destacan otras causas que darían lugar a otros tipos de suicidio: causas demográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, razas, religión, período del año); antecedentes familiares de suicidio, así como determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia.

El sentido de decepción que caracteriza al suicidio anómico está presente en la explicación del suicidio juvenil que es visto como una ambivalencia entre el deseo de muerte y de vida. En diferentes investigaciones los jóvenes expresan más que un deseo real de morir, un deseo de cambiar de vida que se espera tras la muerte como un descanso o un “estado nirvánico” (Polaino, 1990:227), lo que significa que lo que se pretende es modificar la situación y no la autodestrucción. Lo que se vuelve intolerante es la forma que tiene su vida y es aquello con lo que desean terminar.

En otro orden, cuando se estudia la muerte de jóvenes por anorexia, Sidun (2008:7. Fuente N° 27) encuentra que es posible pensar que “la búsqueda de la seguridad a través del cuerpo, a pesar del costo de la muerte, es la opción elegida por los jóvenes”. Esta es una lectura frecuente en los materiales producidos desde la Psicología, donde el análisis se concentra en el deseo que lleva al joven al suicidio. El deseo de cambiar la situación, de una vida mejor, de un contexto diferente suele estar presente en los relatos de jóvenes que sobreviven a un intento de suicidio.

Desde la Psiquiatría se otorga un papel explicativo muy fuerte a la enfermedad mental. Sin embargo se reconoce que la crisis suicida suele tener un origen psicosocial “consecutiva a una acumulación de acontecimientos negativos cuya progresión, en general, es lenta en función de la capacidad de ‘poner el pecho’, afrontamiento o coping de los cognitivistas, del individuo”. Se halla que la incidencia de la enfermedad mental es más fuerte en casos donde el suicidio se produce de inmediato a estos sufrimientos y la

“desesperanza y la anhedonia grave serían factores de más peso en el suicidio a largo plazo” (Stagnaro, 2006: 492, 493. Fuente N° 28).

La visión del suicidio como un acto puramente pasional “de violencia máxima”, se expresa también en el análisis de conductas autodestructivas que pueden llevar al joven a morir: uso de drogas, muerte en accidentes (Roosevelt, 1994. Fuente N° 46), las que están también marcadas por el desenfreno. Pinto Rodríguez (2006: 55. Fuente N° 56) denomina este tipo de conducta como suicidio “ómnibus” cuando una persona lleva un tipo de vida que sabe que puede llegar a matarle, y pese a ello sigue viviendo del mismo modo.

Las explicaciones sobre la violencia tienen algunos elementos que se relacionan con la idea de anomia. Por un lado la pobreza, en tanto condición material y simbólica, es definida como una posible causa de los altos niveles de violencia, aunque se reconoce que la relación no siempre es tan simple ni tan directa. Diferentes investigaciones muestran que “las tasas más altas de homicidio no se registran en las regiones más pobres sino entre las más ricas y donde hay mayores contrastes sociales” (Briceño, 2004. Fuente N° 49). Otras de las causas de la violencia que se identifican son las pautas culturales y normativas que regulan el proceso de toma de decisiones de los sujetos. Su incidencia variará según el contexto y el momento histórico (Briceño, 2004. Fuente N° 49).

En los materiales aparecen elementos de anomia de género, dado que las normas que atañen al género colocan en situación de riesgo no solamente a las mujeres en su relación con los varones, sino también a ellos en sus relaciones entre sí e incluso consigo mismos (Tuñón, 2005; 82 Fuente N° 60). Hay una línea argumentativa que lo vincula con la configuración de la identidad masculina. Los varones jóvenes (entre los trece y veintidós años de edad) sienten la necesidad de mostrarse ante su grupo de pares y ante otros hombres adultos, como dignos aspirantes al mundo de los hombres. Esta es la razón por la cual muestran una tendencia a involucrarse en actividades lúdicas y laborales que impliquen osadía, audacia y exposición a riesgos. Esto evidencia para los demás que el joven se emancipa progresivamente del cuidado feminizante de la madre. La aspiración al mundo público masculino expone a los jóvenes de tal manera que en esta etapa se presenta el mayor número de muertes por imprudencia de los varones en la región latinoamericana (Tuñón, 2005: 50. Fuente N° 60).

Anomia en los discursos bautistas

De diversas maneras la visión religiosa busca evitar la anomia. Lleva a los creyentes a aceptar los frenos morales para sus decisiones por un lado, y por otro a no entrar en desesperanza, la exasperación o el cansancio extremo. Se apela a la intervención de lo divino en las cosas cotidianas.

En el discurso de los creyentes entrevistados, la fe y la confianza en Dios aparecen como elementos centrales para contrarrestar los efectos de la anomia. En una entrevista una creyente plantea, refiriéndose a la crisis del 2001:

Esto fue un problema y no fue un problema nuestro. Yo conozco gente que se ha suicidado, que ha quedado enferma. Fue un problema del gobierno. Si nos tocó a nosotros, pero no fuimos los únicos. De eso estoy segura. Yo aprendí muchísimo a confiar en Dios en todo momento. Y a ser felices en todo momento, aun cuando hubiera una naranja para compartir en cuatro pedazos, no importaba. Hasta a ver que Dios provee día por día. También aprendí a administrar. Es un tiempo en el que aprendés a cómo moverte, como gastar menos, de qué manera hacer las cosas...
Melisa, 22/6/2006

La posibilidad de aceptar la caída de la posición social está dada por la confianza en Dios que evita que se vuelva intolerable. Es la diferencia entre un creyente y alguien que por no serlo se suicida o se enferma.

La “Declaración de creencias y prácticas bautistas” hace un fuerte hincapié en la moral que se espera de los creyentes. Sus decisiones tienen que responder a los parámetros del Reino de Dios más que a las situaciones sociales en las que viven. Es una noción de ser “ciudadanos de dos mundos”. La vida en la tierra es transitoria y la expectativa y los parámetros para ella provienen de las enseñanzas del texto bíblico:

Creemos que todo seguidor de Jesús debe buscar primero el reino de Dios y sus propósitos de justicia. En su vida particular como en sus relaciones sociales, vive bajo el mandato de expresar su fe por medio de su conducta. El creyente se compromete a un comportamiento de acuerdo con los más altos ideales cristianos. Será honesto en sus relaciones personales, recto en sus negocios y diligente en cumplir sus compromisos, dedicándose a hacer el bien en todo momento y lugar. Se opone, en el espíritu de Cristo, a toda forma de codicia, egoísmo y vicio. Tiene la responsabilidad de expresar siempre el amor hacia sus hermanos, y andar como es digno del evangelio en el mundo, haciendo la paz, viviendo rectamente, procurando la justicia y haciendo bien.

Se enseña a los creyentes a sobreponerse a las situaciones que puedan estar atravesando. Esto parte de reconocer el efecto negativo que pueden tener esas situaciones, pero la apelación a los “recursos sobrenaturales” puede minimizar tales efectos. En su mensaje

del 3 de febrero de 2008, el pastor plantea diferentes reacciones que los creyentes suelen tener y expone el lugar que debe tener la fe y el conocimiento de la Palabra de Dios. Nunca el suicidio será una opción:

¡Cuántas decisiones desafortunadas solemos tomar en esta época!

Algunos se fijan metas de lo que esperan alcanzar en el año: bajar de peso, comprar un auto, conseguir pareja, aprobar tantas materias en la universidad.

Otros sólo deciden ‘esperar que les trae la vida’ y no toman ninguna decisión específica. Eso sí: tienen la esperanza de que a fin de año van a estar mejor. ¿Cómo? No tienen ni idea. Pero eso de planificar no les gusta.

Otras personas tienen más ideas que tiempo para hacerlas todas. Y no saben cómo decidir: ¿A cuál le dan prioridad y cuál dejan de lado?

Algunas personas sienten que la vida los aplasta y no tienen espacio para decidir nada. Esa desesperanza no viene de Dios sino del diablo y en esa situación necesitás recuperar tu fe en Dios y con más razón necesitás tomar decisiones.

Otros piensan que están muy viejos: «Eso es para los jóvenes que están eligiendo pareja o buscando trabajo». Si Dios todavía te tiene de este lado de la eternidad, es porque sos una parte importante de su obra y tenés una misión que cumplir. Dios tiene propósito para tu vida y podés ser un instrumento poderoso en las manos de Dios si te animás a tomar decisiones inteligentes.

En esta mañana quiero desafiarlos a tomar decisiones inteligentes y darles base para esas decisiones. Y esa base es la Palabra de Dios. Abrí tu Biblia en Juan 10.22-31³⁸.

Cuando el creyente conoce a Dios puede encontrar el sentido opuesto a la anomia. La fe en el “poder de Dios” se traduce en la imposibilidad de la desesperanza. Siempre hay esperanza porque Dios es todopoderoso.

En el mensaje del 9 de abril de 2006 explica el pastor que el poder de Dios es activo y milagroso, sobrenatural en la vida de los creyentes. En su predicación presenta que a veces las personas “ignoran el poder de Dios”, haciendo referencia a un texto bíblico, cuando no le prestan atención. Detalla el ejemplo de los fariseos y herodianos, grupos de los que habla el evangelio, quienes no veían en lo que Jesús hacía, la manifestación del poder de Dios:

³⁸ El texto bíblico dice: “Era invierno, y en Jerusalén se estaba celebrando la fiesta de la dedicación. Jesús andaba en el templo, por el pórtico de Salomón. Entonces los judíos lo rodearon y le dijeron: ‘¿Hasta cuándo vas a perturbarnos el alma? Si tú eres el Cristo, dínoslo abiertamente.’ Jesús les respondió: ‘Ya se lo he dicho, y ustedes no creen; pero las obras que yo hago en nombre de mi Padre son las que dan testimonio de mí. Si ustedes no creen, es porque no son de mis ovejas. Las que son mis ovejas, oyen mi voz; y yo las conozco, y ellas me siguen. Y yo les doy vida eterna; y no perecerán jamás, ni nadie las arrebatará de mi mano. Mi Padre, que me las dio, es mayor que todos, y nadie las puede arrebatar de la mano de mi Padre. El Padre y yo somos uno.’ Entonces los judíos volvieron a tomar piedras para apedrearlo.”

Del mismo modo, muchos de nosotros no vemos el poder de Dios. La gente se sana, las piernas crecen, las columnas se enderezan... y unos cuantos de nosotros están esperando ‘pruebas’ del poder de Dios.

Vemos la gente que se convierte —que es el milagro más grande: pasar de muerte a vida— y pensamos: ¿dónde estará el poder de Dios? O peor: Pensamos: ‘Es lo de siempre.’

Algunos no solemos relacionar el poder de Dios con esa palabra que alguien nos dijo y fue transforma-dora. Pensamos más bien que fue una casualidad o que el otro es un gran tipo en vez de mirar a Dios.

El paso siguiente a conocer el poder de Dios es “vivir en victoria”. Esto puede verse, por ejemplo, en el mensaje del Domingo 21 de enero de 2007 que se tituló “Pasos de Fe para Vivir en Victoria”. A partir de texto bíblico de Isaías 26 se expusieron las maneras de “enfrentar las circunstancias a la manera de Dios”. Se busca enseñar a los creyentes a desarrollar la confianza en el poder de Dios frente a las dificultades. El concepto es el de “esperar en Dios” que se relaciona con pensar las cosas desde la fe y la experiencia de oír la dirección de Dios.

Esperar en Dios requiere trabajo. Por favor, entiéndame bien. Este mensaje NO es un llamado a la pereza. No estoy diciendo: no hagas nada, espera sentado, no te esfuerces. Todo eso no es bíblico. Estoy tratando de ordenar nuestra perspectiva.

Esperar en Dios nunca es pasivo. Fíjate en Isaías 26.3: ‘Tú guardarás en completa paz a aquel cuyo pensamiento en ti persevera, porque en ti ha confiado’.

¡Que nuestro pensamiento persevere es mucho trabajo!

La espera significa trabajo, pero el trabajo dirigido por Dios, con confianza en Dios, sabiendo que aunque parezca no tener sentido, va a producir un resultado desproporcionado porque es idea de Dios.

Lo que digo es: siempre habla con Dios primero y hace lo que te diga. Antes nos decían hace todo lo que puedas y, si no te queda otra, busca a Dios. O una versión más sutil de lo mismo: oramos, hacemos algo religioso, pero ponemos toda nuestra confianza en nuestros propios recursos.

En otro mensaje, del Domingo 2 de diciembre de 2007, titulado “Nuestra relación con Dios cuando no damos más” el pastor presenta los diferentes elementos que hacen a que los creyentes lleguen a sentir que no pueden seguir y da herramientas para superar esos momentos. Se apela a la santidad. Esa noción es central para nombrar las demandas morales:

La santidad es el estilo de vida que debemos llevar los hijos de Dios y eso nos pone en condiciones más favorables para recibir las bendiciones de la obediencia. La

santidad no es negociable. Es algo que 'debe' estar presente en todas las áreas de la vida. Siempre...

Pero muchas veces no vivimos en la voluntad de Dios. Cometemos pecados. Estamos en batalla. Y en los momentos en que volvemos a estar bien con Dios, sentimos que ya no podemos tener las fuerzas de Dios. Otras veces, lo que nos da batalla no es el pecado, pero de todos modos sentimos que no damos más.

Dios, que hace todo en todos, que es el autor y consumidor de la fe, quiere encontrarse con vos así como estás. Así que en esta mañana no quiero darte una excusa para que no vivas en santidad sino traerte esperanza de un nuevo tiempo de Dios en tu vida.

El mensaje se basó en Éxodo 33.12-23. En el relato, Moisés pide ver la gloria de Dios. El predicador hace un paralelismo entre cómo se sentía Moisés y lo que sienten los creyentes cuando "no dan más". Luego de exponer los detalles del texto bíblico concluye:

¿Sentís que no podés? Podés ser honesto con Dios, porque Él quiere darte su presencia y su descanso

¿Hiciste las cosas mal? Arrepentite, pedí perdón y dejá que su gracia obre en vos.

¿Sentís que no te alcanza con lo que conocés de Dios? No te conformes con una relación superficial con Dios. (2/12/2007)

Las enseñanzas en la iglesia distinguen lo religioso como una experiencia válida con la deidad, de la religiosidad como una expresión no legítima de la fe. Esto se expresa en muchos momentos. El mensaje del domingo 17 de febrero de 2008, se inicia con una cita de una autora de temas pastorales, Joyce Meyer: "Religión es la idea que tiene la gente de lo que Dios espera". El pastor explica que ese tipo de religiosidad no válida es la que "se expresa en reglas, pautas, regulaciones y fórmulas". Propone a los creyentes vivir en "compañerismo con Dios".

Esa cercanía de Dios en la vida de los creyentes es el elemento central contra la desesperanza o la desesperación, las que se evitan si la persona puede creer en una divinidad tan presente en las cosas de su vida. Como fue mencionado, el término que se utiliza para designar esta situación es el de "Reino de Dios". En la declaración de creencias bautistas se lo define de la siguiente manera:

Creemos que el reino de Dios representa su Señorío particular sobre los hombres que voluntariamente lo reconocen como Rey. Además influye el efecto de su acción en la historia, la influencia para bien de aquellos que son obedientes, y su soberanía general sobre el universo. Particularmente el reino de Dios es el reino de la salvación, al cual los hombres entran mediante su entrega a Jesucristo, por medio de una fe

semejante a la de un niño. Los cristianos deben orar y trabajar para que venga el reino, y para que la voluntad de Dios sea hecha en la tierra. La plena consumación del reino se realizará cuando vuelva el Señor Jesucristo al fin de estos tiempos.

La pertenencia al Reino de Dios da un lugar importante al sujeto como protagonista de su propia vida, capaz de hacer un aporte al mundo, con un profundo sentido de trascendencia. El creyente es parte del Reino de Dios. Allí no hay lugar para la anomia.

4.3.c- El suicidio diádico: violencia y comunicación

El suicidio es una acción humana destinada a la clausura voluntaria del tiempo individual. Pero además, el acto del suicidio se inscribe en el tiempo social y es por lo tanto un acto comunicativo. (Carbonell: 2006. Fuente N° 4)

Mientras que algunos autores sostienen que el intento de suicidio juvenil mayormente es anómico, porque el joven que se siente descontrolado busca recuperar el control o porque no se siente no apto para sostener la situación de una forma razonable, otros ven en el suicidio del joven una acción adrede o “en contra de aquellos alrededor del adolescente a quienes éste percibe como que le han hecho daño” (Matusevich, 2006: 449. Fuente N° 19).

El suicidio diádico, es aquél cuya autoagresión va dirigida -inconscientemente o no- a otro con el objetivo de vivenciar anticipadamente las experiencias negativas, las secuelas negativas, del ese otro a quien se dedica el acto autoinfligido. Conceptualizar este tipo de suicidio supone considerar al sujeto con intento suicida como un actuante dialógico.

Hemos visto que en las investigaciones que trabajan con sobrevivientes a intentos de suicidio es donde se detallan las particularidades de este tipo de suicidio. En estos casos la agresión está dirigida a la otredad aun cuando las conductas son auto lesivas. En este tipo de conducta suicida, la intención del sujeto es lastimar, manipular o impresionar a otra persona.

Una de las características principales de este tipo de suicidio es la existencia de un profundo dolor psicológico. Los motivos y propósitos de quitarse la vida están más relacionados con eventos o sucesos de vida como: decepción amorosa, problemas familiares, económicos o laborales (Mondragón, 2008. Fuente N° 21; Cohen, 2007. Fuente N° 62). Frente a factores desencadenantes se produce el suicidio como “una

forma de llamar la atención de los adultos y decirles que no pueden son sus problemas” (Serfaty, 1996: 23. Fuente N° 25).

También se reconocen elementos políticos que podrían llevar a la persona a terminar con su propia vida. En este sentido se vincula con la noción de suicidio altruista de Durkheim. El mensaje que se emite con el suicidio va a ser negativo para algunos pero beneficioso para otros. O tal vez el suicida va a provocar un daño al enemigo del grupo del que forma parte. Para Durkheim los militares cometen este tipo de suicidio altruista y también lo han cometido los mártires cristianos que sabiendo que iban a ser asesinados no lo evitaban. Durkheim (2006 [1897]) sostiene que para que haya suicidio, basta con que el acto, de donde debe necesariamente resultar la muerte, haya sido llevado a cabo por la víctima con conocimiento de causa.

El intento de suicidio diádico plantea un problema político, moral y ético, en donde la voluntad o deseo del individuo suicida incluye, interpela a la sociedad y sus contradicciones. De algún modo en esta forma de suicidio participa un otro, que ocupa un lugar en la estructura subjetiva, en la forma de personajes, instancias, instituciones, que representan el poder, la dominación, la ley, aquello a lo que se le quiere agredir, resistir, dismantelar; sin esta significación del sentido real y subjetivo del intento de suicidio no sería posible en sí mismo el acto (Mondragón, 2008. Fuente N° 21).

En algunos trabajos se retoman planteos de Foucault cuando reconoce en el intento de suicidio una expresión de resistencia, a través de un acto de poder que el sujeto ejerce sobre el propio cuerpo. Ejerce su libertad en la resistencia. Su acto es una respuesta al ejercicio del poder sobre su cuerpo, sus afectos y aficciones, sobre sus actos y acciones. El sujeto resiste a los embates del exterior. Opone una fuerza contraria y semejante a la que se ejerce sobre él. Busca utilizar esa fuerza deteniendo su paso y transformándola en energía que devuelve ahora hacia el exterior. “La autoagresión mortal constituye una reacción a un medio agresivo que se juzga inaceptable y también una agresión contra ese mismo medio” (Mondragón, 2008a. Fuente N° 21). El sujeto resiste al biopoder que busca domesticar los cuerpos y las conductas.

En este tipo de suicidio, se define al sujeto que atenta contra su vida como alguien capaz de afectarse no solamente a él mismo, sino también a su exterior. La otredad representa, en el exterior, significaciones religiosas, culturales e históricas que han investido al

suicidio de una prohibición radical y total. En ese sentido el suicidio es una expresión de resistencia.

Por otro lado, y desde otra mirada, el suicidio es más bien un acto de derrota. En determinadas circunstancias podría pensarse al suicidio como un acto de responsabilidad moral. “Supongamos que ya no está en mi poder velar por el interés de la sociedad, supongamos que soy una carga para ella, en tales circunstancias mi renuncia a la vida no solo será inocente, sino loable” (Zuluaga, 2001. Fuente N° 32) En este caso la otredad aparece como beneficiaria de la muerte del joven.

Presencia en los discursos bautistas

En el discurso de los creyentes aparece la noción del suicidio diádico aunque más desdibujada. Cuando relatan el caso de algún joven que ha intentado suicidarse lo atribuyen a algún desengaño amoroso o a conflictos con los padres. Sin embargo, es claramente una forma no aceptada de transmitir el mensaje. Evidencia la imposibilidad del sujeto de ejercer la fe para resolver la situación de conflicto. Muestra que no es capaz de aceptar la voluntad de Dios para su situación. Se otorga un alto peso a la enfermedad mental para explicar la decisión de terminar con la propia vida, tal como se detalla en el apartado sobre ese tema.

Recapitulando

Los tres tipos de suicidio: anómico, egoísta y diádico la sociedad está presentes en las caracterizaciones de los procesos suicidas de los jóvenes. Mientras que en el primer tipo tiene un alto peso el malestar de la cultura, el desenfreno, lo pasional y la falta de regulación externa que impediría el suicidio, en el segundo tipo el sujeto que no logra integrarse a la sociedad, que es excluido por sus grupos cercanos, cuya vida se vuelve intolerable, es el que decide morir. El suicidio diádico, más ligado al estudio de sobrevivientes de suicidio, pone de relieve el componente comunicacional en el acto suicida. Hay un mensaje para otro que el joven quiere dar.

En lo que respecta al discurso religioso, en los bautistas se presentan elementos de la fe para contrarrestar estos tres tipos de suicidio. Las pasiones y emociones deben estar controladas por la obediencia a la deidad. La fe sostiene la esperanza para evitar que la

vida se vuelva intolerable y la comunidad se ofrece para mediar en los conflictos. El joven creyente no debe suicidarse. Es inadmisibile. Innecesario. Evitable.

CAPÍTULO 5
TEXTURAS DE LA INTERVENCIÓN.
MODOS DE ABORDAJE DEL SUICIDIO JUVENIL

*“el factor de riesgo del proceso de suicidio es la contingencia de un encuentro.
La consideración final empuja, de esta manera, a señalar que
aún no hay como prevenir las contingencias de los encuentros.” (López, 2010. Fuente N° 17).*

Como pudo entreverse hasta aquí, predomina en los contenidos analizados una lógica causal de tipo determinista y unidireccional, con un predominio de la mirada clínica; de modo que del diagnóstico (factores de riesgo, enfermedad y muerte) derivan directa o indirectamente, pautas para la intervención. También es evidente la influencia de la aproximación sociológica con Durkheim y su obra “El Suicidio” (1897), de la epidemiología clásica así como la relevancia dada a las estadísticas.

En este capítulo desarrollaremos los parámetros hallados para delinear las acciones, las que se orientan fundamentalmente a la prevención. Siguiendo la misma modalidad de trabajo adoptada, volvemos aquí a integrar los discursos de los materiales escritos como hablados, obtenidos de primera mano en el trabajo de campo. Concluye con una síntesis de las propuestas de intervención que presentamos en un detallado cuadro al final del capítulo.

Lo primero que debe señalarse en términos generales, es la creencia fundante y presente en el conjunto de materiales, es que el suicidio se puede prevenir. Aparece como casi inexplicable pero prevenible. Desde la psiquiatría, se sostiene que la conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que “hasta cierto punto se podía predecir” (García de Jalón, 2002. Fuente N° 15). Esta posibilidad de predecir, — y por ende, de prevenir— se sostiene en la identificación de factores de riesgo: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos. Partiendo de esta idea, la epidemiología ha sido fundamental para evaluar tanto el riesgo autolítico de un individuo como las posibilidades de acción en una comunidad donde se mide el comportamiento de aquellos factores.

Pero este punto genera controversia. Algunos trabajos cuestionan la utilidad explicativa de los factores de riesgo para el caso del suicidio porque “el factor de riesgo del proceso de suicidio es la contingencia de un encuentro. La consideración final empuja, de esta

manera, a señalar que aún no hay como prevenir las contingencias de los encuentros” (López, 2010. Fuente N° 17). Asimismo, se plantea que no existe ningún estudio prospectivo randomizado que permita proponer una conducta pertinente y coherente, “fácilmente realizable en la práctica y eficaz para prevenir un acto suicida y el conjunto de la literatura presenta límites en cuanto a las definiciones y la metodología a seguir” (Stagnaro, 2006: 510. Fuente N° 28). Los trabajos profundizan en el sentido que tiene el suicidio en diferentes contextos y circunstancias, y en una búsqueda de modos de intervención. Tanto en los trabajos realizados desde la psiquiatría, la psicología como desde la filosofía, hay un marcado interés por comprender el sentido que tiene el acto de suicidio y se busca reflexionar y recurrir a explicaciones del mismo a partir de las cuales identificar las maneras de intervenir.

La teología por su parte pone el acento en el deber ser —comprendido como los mandatos absolutos que delinean qué hacer frente al suicidio y qué hacer para evitarlo—, junto a un énfasis en la tarea pastoral frente a los procesos suicidas.

Las diferentes estrategias de prevención que se proponen destacan a la educación dirigida tanto al público en general como a los profesionales del ámbito de la asistencia primaria; el tratamiento de las enfermedades mentales; la restricción de los medios disponibles para suicidarse, relaciones sociales ricas, el apoyo social, una relación estable de pareja y el mantenimiento de creencias y prácticas religiosas o espirituales.

A continuación se presentan detalladamente los resultados del análisis de los materiales trabajados, cuya síntesis puede verse en el Anexo 8.

5.1- El énfasis en la medición: la mirada de la Salud Pública

Los estudios enfatizan la importancia de la medición del problema del suicidio juvenil como punto de partida para la elaboración de estrategias de intervención que puedan ser eficaces. Para esto se realizan investigaciones epidemiológicas ponderando tanto la ocurrencia de los suicidios y los intentos, como también el comportamiento de los factores de riesgo en diferentes escenarios.

Los estudios más recientes sobre la mortalidad juvenil datan de los últimos veinte años. A principios de la década de los noventa, hubo una serie de investigaciones que trabajaron sobre las muertes de jóvenes por causas violentas. La aparición de estos estudios puede vincularse con la 111ª Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización

Panamericana de la Salud (OPS)³⁹, donde se discutió el problema de la violencia y la salud. Documentos que emanaron de aquella reunión sostienen que las conductas violentas en la Región de las Américas constituye un gran problema de salud pública y son causa de deterioro de la calidad de vida. “Sus consecuencias para la salud y el bienestar de las colectividades, su equilibrio social y su estabilidad económica reviste proporciones alarmantes” (OPS, 1993). En ese contexto, la OMS definió como tema oficial para la conmemoración del Día Mundial de la Salud el tema de la violencia, con el objetivo de concientizar y debatir esta problemática durante el período de 1993-1994. Desde entonces, hay diversos estudios que trabajan la cuestión de la mortalidad juvenil. A continuación se describen los principales por orden cronológico de su publicación.

Hacia finales del Siglo XX la OPS financió investigaciones que indagaron en el período 1979-1990. En ellas se analiza la tendencia de la mortalidad por causas externas y grupos de causas en 15 países. Se demuestra que en nueve países (Argentina, Canadá, Costa Rica, Chile, EE.UU. de Norteamérica, México, Surinam, Trinidad y Tobago y Venezuela) la tendencia de la mortalidad es descendiente en todos los grupos de edad estudiados y que en tres países más, sea para la población general (Uruguay), sea para el grupo de 10 a 24 años (Panamá y Puerto Rico), se observa también una tendencia decreciente. Solo tres países (Brasil, Colombia y Cuba) muestran tendencias francamente crecientes de su mortalidad en todos los grupos de edad, mientras en otros dos (Panamá y Puerto Rico), tales movimientos se aprecian en la población en general y en uno (Uruguay) afectan solo al grupo de 10 a 24 años de edad.

En dichos informes también se concluye que la mortalidad por causas externas según grupo de edad se concentra en el grupo de los adolescentes y jóvenes, y las tendencias de la mortalidad por sexo, aunque predomine en el sexo masculino, las diferencias tienden a disminuir. Según la magnitud de la mortalidad por causas externas se configuran tres grupos de países, de acuerdo a las tasas alcanzadas por este indicador: países de elevada mortalidad (Colombia, Cuba, Chile, México y Surinam); países de nivel intermedio (Brasil, Canadá, EE.UU. de Norteamérica, Puerto Rico y Venezuela); y países de moderada mortalidad (Argentina, Costa Rica, Panamá, Trinidad y Tobago y Uruguay). La mortalidad por suicidio sigue siendo motivo de preocupación en Canadá, EE.UU., Surinam, Trinidad y Tobago, Argentina y Uruguay. En el comportamiento global de los tres grupos de causas externas (accidentes de tráfico, suicidio y homicidio) se observa

³⁹ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

claramente que el único que muestra tendencias inequívocas al descenso en la mayoría de los países de la Región de las Américas es el de los accidentes de tráfico, mientras que la mortalidad provocada por homicidio y suicidio en algunos tiende al aumento, afectando de manera muy preocupante a los adolescentes y jóvenes y, en particular, al grupo de 15 a 19 años de edad. En dichos estudios también se propone cual debería ser el papel del sector salud en la prevención de la mortalidad debida a causas violentas (Yunes y Rajs, 1994: Fuente N° 45).

En España para 1996 se realiza un estudio de la mortalidad juvenil (tomando desde 15 a 39 años). Trabaja con datos de la comunidad de Madrid entre los años 1980 y 1992 mirando las causas de muerte y revisando algunos de los criterios del registro que encubren las muertes por drogadicción. Para la localidad de Madrid se registra un empeoramiento en las edades de 15 a 39 años frente al mejoramiento de las tasas de muerte para otras edades, valorando el número de años potenciales de vida perdidos y sus implicaciones socioeconómicas (Génovas, 1996: 115). Allí también se analiza el comportamiento de la accidentalidad, el sida y la drogadicción, observando un empeoramiento de las tasas de muerte por causas respiratorias y circulatorias asociado al consumo de drogas, pero que en los registros de causa de muerte no aparece como tal. En el estudio realizado sobre las historias clínicas de la ciudad, se pudo comprobar que la mitad de los casos consignados correspondían a mortalidad por drogas, aunque dicho dato quedara velado.

Hacia finales del siglo XX, los estudios sobre mortalidad juvenil se centraron en el problema del crecimiento de la violencia, considerándolo como una epidemia que se convirtió en un problema de Salud Pública de primer orden en América. Se reconoce que la tasa de mortalidad por causas externas (homicidios, suicidios, accidentes de tráfico y otras lesiones accidentales) afecta significativamente la tasa de mortalidad general, siendo particularmente alarmante en el grupo de adolescentes y jóvenes (de 10 a 24 años).

Se describe la tendencia de la mortalidad por homicidios, suicidios, accidentes de tráfico y otras causas externas, en la población total, adolescente y joven, de 16 países. Se utiliza información acerca del período comprendido entre los años 1980 y para el último año disponible de la década de 1990. La fuente de los datos es el Banco de Datos de la Organización Panamericana de la Salud. Se realiza una descripción diferencial de los subgrupos de adolescentes y jóvenes, por edad y sexo. Los resultados demuestran que en

la mayor parte de los países (Canadá, Estados Unidos, Ecuador, México, Chile, Costa Rica, Trinidad & Tobago y El Salvador) hay una tendencia decreciente en la mortalidad por causas externas, tanto en la población total como en adolescentes y jóvenes. Colombia y Brasil son los únicos países analizados que presentan tasas de mortalidad por causas externas francamente ascendentes en los grupos estudiados. Los países con mayores tasas de mortalidad por causas externas en adolescentes y jóvenes, en orden decreciente, son: Colombia, El Salvador, Venezuela, Brasil y Puerto Rico. Los accidentes de tráfico son el determinante principal de la mortalidad por causas externas en la población total como en adolescentes y jóvenes, presentando tendencias decrecientes en casi todos los países estudiados. En 10 países se observa un ascenso progresivo de la mortalidad por homicidio en todos los grupos estudiados (Colombia, Puerto Rico, Trinidad & Tobago, Argentina, Uruguay, Panamá, Estados Unidos, Venezuela, Ecuador y Brasil). Los países con mayor tasa de mortalidad por homicidio entre los varones de 15 a 19 años son, en orden decreciente: Colombia, El Salvador, Puerto Rico, Venezuela y Brasil. Los varones de 20 a 24 años presentan las tasas más altas de homicidio dentro de los grupos estudiados. La mortalidad por suicidio es un problema creciente entre adolescentes y jóvenes de Cuba, Canadá, Estados Unidos, Trinidad & Tobago, Argentina y El Salvador. Las tasas crecientes de mortalidad por homicidio reflejan la necesidad inminente de programas de vigilancia epidemiológica y de prevención de violencia dirigidos a adolescentes y jóvenes de la Región de las Américas (Yunes, 1999: 103. Fuente N° 44).

Acompañando esta tendencia en las investigaciones hallamos un trabajo presentado en las I Jornadas regionales de Asociación de Estudios de Población de la Argentina (Álvarez, 2002) donde se aborda la problemática de la violencia en Argentina, según las principales causas de muerte y para diferentes edades, en jóvenes de 15 a 29 años, en el que se concluye como lo más notable la extraordinaria mortalidad masculina producida por causas externas (accidentes, suicidios y homicidios) que suponen cerca del 70% de las muertes anuales en los varones de ese tramo de edad. Se observa que la tendencia de los accidentes durante el período 1991-2000 es decreciente, las agresiones tienden a ser un problema creciente, así como los suicidios que han tenido un aumento importante en población masculina.

Cuando se exponen y analizan los principales elementos que caracterizan la situación epidemiológica de la conducta suicida, se enfatiza en los factores sociales como

determinantes de la salud, lo valioso de los datos epidemiológicos de suicidio, así como la prioridad temática: conocer más acerca del suicidio en el grupo más afectado como los adolescentes y jóvenes es clave para la formulación de políticas de prevención.

Los trabajos comparativos entre países americanos también estuvieron presentes en la muestra, focalizando en los dos países con mayor crecimiento de la mortalidad juvenil por causas violentas: Brasil y Venezuela. Estos se valen de otros estudios, por lo general de organismos internacionales como CEPAL, OPS, CELADE, proponiendo algunas hipótesis explicativas generales. Retoman el cálculo de “años de vida potencial perdidos AVPP”⁴⁰, señalando que “se reconoce la necesidad de efectuar inversiones importantes en la salud y en la promoción del desarrollo social de los jóvenes, las cuales producirán grandes beneficios durante varias generaciones en el futuro. De lo contrario, se redundará en enormes costos para las personas y la sociedad en general” (Freitez y Romero: 2004, 16. Fuente N° 13).

Grisales (2005) trabaja sobre la ciudad de Cali (Colombia) estudiando específicamente la mortalidad juvenil y su contribución al cambio en la esperanza de vida en el período 1989-1999. Concluye señalando que en la mortalidad de los jóvenes hay predominio de las causas externas, las enfermedades transmisibles y los tumores. Se observó una ganancia total en la esperanza de vida de 4.49 años. Se presentó una pérdida en la esperanza de vida juvenil debida al grupo de enfermedades transmisibles y al de tumores, de 0.07 y 0.28 años respectivamente, mientras que los grupos de causas externas y del sistema circulatorio se asociaron con una ganancia en la esperanza de vida juvenil de 0.52 y 0.002 años respectivamente (Grisales: 2005, 85. Fuente N° 39).

El estudio dirigido por Lera (2005. Fuente N° 40) analiza la evolución de los AVPP por quintil de ingreso, sexo y principales grupos de diagnósticos entre los períodos 1994-1996 y 1999-2001, en las comunas del Gran Santiago. Se considera como límite potencial de la vida los 80 años y se incluyeron en el análisis todas las muertes entre los 20 y 79 años. Se calculan los AVPP totales y por sexo calculando el promedio de AVPP totales y por sexo, diferenciando dos períodos: 1994 a 1996 y 1999 a 2001. Este estudio es de tipo ecológico, analizando además la mortalidad prematura de las poblaciones que residen en

⁴⁰ Este indicador manifiesta los años que una persona deja de vivir si muere antes de cumplir una edad que se fija como hipótesis de partida. La edad referente puede ser la de la esperanza de vida, o bien otra en función de los objetivos perseguidos. En el trabajo que estamos citando se adoptó como referencia los 70 años.

las 34 comunas del Gran Santiago, las que corresponden a todas las comunas de la Provincia de Santiago, y a las comunas de Puente Alto (Provincia Cordillera) y San Bernardo (Provincia del Maipo). Las fuentes de información utilizadas en este estudio son de tipo secundarias y corresponden a las bases de datos de mortalidad del Ministerio de Salud de Chile. Los autores afirman a partir de los elementos aportados por su estudio, que se han ganado años de vida entre los dos períodos, mayor en los hombres que en las mujeres. Lamentan que esas ganancias no han sido con equidad. Todos los grupos de ingreso ganaron años en similar magnitud, “lo cual mantiene la desigualdad entre pobres y ricos en términos de muertes prematuras” (Lera, 2005: 581. Fuente N° 40).

Algunas investigaciones se dedican a la cuestión del papel que ha jugado el modelo hegemónico de masculinidad en la ocurrencia de muertes derivadas de accidentes y otras formas de ejercicio de la violencia. El estudio en una comunidad rural de la sierra de Sonora (México), muestra resultados que difieren de aquellos que tradicionalmente los estudios de las masculinidades han mostrado para México y América Latina. El modelo dominante de masculinidad en las comunidades estudiadas no ha condicionado significativamente la ocurrencia de las muertes por accidentes y otras causas violentas. La responsabilidad, la disciplina y el respeto hacia las personas consideradas socialmente débiles (mujeres, ancianos y niños, principalmente) son características que debe poseer un “hombre de verdad” en las comunidades estudiadas. El apego de los hombres a estas formas de comportamiento y su temor a perder honorabilidad como hombre de verdad si se desvían de estas normas de conducta, los ha llevado a evitar una serie de prácticas temerarias que pudieron poner en riesgo su vida y la de otras personas (Rivas, 2005: Fuente N° 59).

Otro estudio analiza las principales causas de mortalidad entre los varones jóvenes de México, a saber: los accidentes, homicidios y suicidios, a la luz de la perspectiva de género. Este enfoque permite mostrar el peso del modelo hegemónico de masculinidad en las prácticas de riesgo que conducen hacia estas causas y cuestionar la socialización de género como un proceso desencadenante de riesgo para la relación de los varones con las mujeres y consigo mismos. En este caso se encuentran resultados similares a la mayor parte de los estudios del tema en las grandes ciudades (Tuñón, 2005: Fuente N° 60).

Por su parte, la investigación realizada por González (2006. Fuente N° 34) mide la prevalencia de comportamientos de riesgo en la población adolescente escolar de los

colegios públicos de la localidad de Suba (Colombia). Los expertos se interrogan acerca de los comportamientos de riesgo psicosocial que asumen los adolescentes, a partir de determinadas relaciones entre ellos y sus familias. A partir del análisis de resultados de encuestas establecen (a través de las asociaciones) que existe una influencia de la familia en el joven para asumir o no conductas de riesgo. En este estudio el autor concluye que hay una pobre influencia de la edad en las ideas de suicidio y una expresión de la edad en los comportamientos violentos. Relaciona también a la edad con los trastornos de conducta alimentaria. Atribuye al crecimiento del joven su distanciamiento de la religión.

Un estudio sobre el suicidio en adolescentes y jóvenes de 10-24 años en Argentina entre los años 1991-2000 procuró medir la frecuencia de las muertes en el total del país y por jurisdicción. A través de un análisis estadístico, calculando las tasas específicas por año y por causa, por sexo y grupo de edad, concluyó que la tasa de mortalidad por esta causa se incrementó desde 1991 a 2000 de 3,09 a 6,1/100.000 habitantes. Qué asimismo, las formas de suicidio más frecuentes fueron el ahorcamiento y el disparo por arma de fuego, seguido del envenenamiento. Es más elevada en el sexo masculino y se incrementa a medida que aumenta la edad, al igual que en la mayoría de los países de la región, mientras que las muertes violentas pasaron del 38% de las defunciones de jóvenes y adolescentes en 1990 al 50% en el 2001 (Serfaty, 2006: Fuente N° 26), constituyendo un problema de salud pública de magnitud considerable.

Otro trabajo -que compara diferentes escenarios- busca contribuir a la comprensión del fenómeno de la violencia urbana en tres grandes ciudades de América Latina, comparando los patrones y tendencias de la mortalidad por causas externas de Campinas (Brasil), Córdoba (Argentina) y Medellín (Colombia), utilizando las estadísticas vitales. El análisis de la información corresponde al período 1980 a 2005, para los siguientes grupos de causas: homicidios por armas de fuego y otros, suicidios y de intención no determinada; desagregado por edad y sexo, con tasas calculadas con media de trienios próximos a los años censales. También se valora la comparabilidad de datos y fuentes de información entre Argentina, Colombia y Brasil, para estudios de mortalidad como del contexto social, educativo y ocupacional en estas tres ciudades con algunas características similares: de uno a dos millones de habitantes, centros universitarios de importancia para el país y referentes industriales en sus respectivas regiones. Entre sus resultados los autores señalan que la tendencia de la mortalidad por causas externas es creciente entre 1980 y 2000, y decreciente entre 2001 y 2005, con amplia superioridad el

nivel de Medellín sobre ambas ciudades y de Campinas respecto a Córdoba. En el caso particular de Medellín la tendencia es creciente entre 1980 y 1991 para disminuir entre 1991 y 2005. Al comparar la mortalidad por causas violentas, se evidencian diferencias significativas en el nivel pero no tanto en el comportamiento por edad y sexo (Ribotta, 2007: Fuente N° 41).

Todos los materiales se expresan en los diagnósticos mientras expresan preocupación por la falta de suficiente atención desde las políticas públicas, en particular de las políticas de salud. Si bien las interpretaciones sobre los hallazgos pueden variar, en general analizan los elementos que caracterizan la situación epidemiológica de la conducta suicida, en la búsqueda de describir “la realidad del comportamiento social de este problema de salud para la formulación de políticas efectivas en su prevención.” (Reyes, 2002. Fuente N° 43).

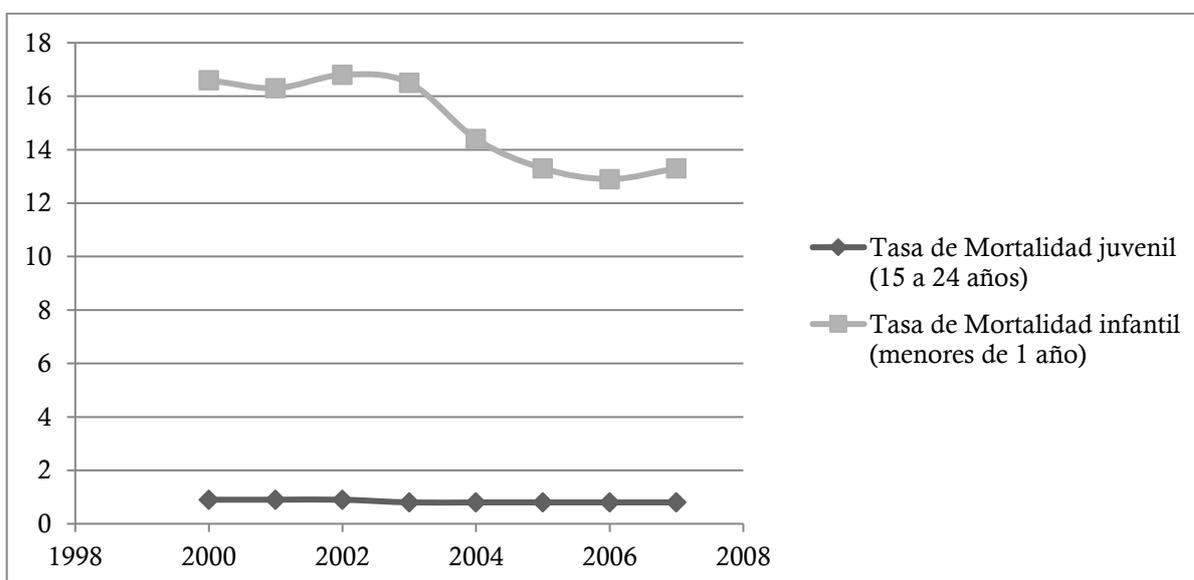
A los fines de evaluar la pertinencia y factibilidad económica y social de las acciones, los estudios destacan que hay dos características importantes de los problemas de salud y muerte de los jóvenes: la mayoría son prevenibles y son además multidimensionales, lo que exige un enfoque multidisciplinario y sectorial. Sugieren políticas de prevención de la violencia, promoción de estilos de vida sanos y estímulos que mejoren las condiciones de vida de la población joven. Precisamente, en las reflexiones que el equipo de investigación especializado en Salud Pública y dirigido por Grisales (2005. Fuente N° 39) realiza para Colombia, se explica que el alto peso relativo de las causas externas dificulta el análisis del perfil de mortalidad porque oculta la presencia de otras causas que están asociadas con condiciones socioeconómicas. Para una mejor comprensión de este fenómeno serían necesarios enfoques multidisciplinarios para entender esta especificidad del proceso salud-enfermedad propia de la población joven. Señala una diferencia con las demás enfermedades que son causa de la mortalidad juvenil, sobre las cuales la intervención debe centrarse en la estimulación de “la práctica de hábitos saludables desde la edad escolar y fortalecer los programas de prevención y control de enfermedades” (Grisales, 2005: 92 Fuente N° 39).

Por su parte, en las mediciones es claramente mayoritaria la muerte de varones jóvenes por causas externas. La muerte de los varones se entiende por la exposición gratuita a riesgos, la ausencia de autocuidado y los patrones de conducta autodestructivos a los que predispone el modelo dominante de identidad masculina en nuestra cultura. Algunos

autores dudan de esto por la imposibilidad de contar con datos que ilustren “el peso específico que pudieron tener las conductas imprudenciales de los varones en la ocurrencia de los decesos por causas violentas” (Rivas, 2005: 43. Fuente N° 59). En el estudio realizado por este autor, las conductas imprudenciales se concentraron en los hombres jóvenes (de 15 a 24 años) más que en otros rangos de edad.

La falta de acceso a los servicios de salud es señalada como otro de los factores de riesgo. En el caso de Argentina la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2006 informa que la cobertura de servicios asociada a salud en la población de 18 a 24 años es del 54,8 %, mientras que en la población de mayores de 65 años llega al 88, 2 %. Hay un gran número de jóvenes que no acceden a los servicios que necesitarían.

Los estudios coinciden en señalar una deficiente intervención desde las políticas públicas que podría marcar una diferencia. Comparando con el problema de la mortalidad infantil, en el que se percibe una clara intención de reducirla con políticas específicas, con la mortalidad juvenil no ocurre lo mismo; mientras la infantil ha descendido marcadamente en los finales del XX, la juvenil se mantiene constante, como puede apreciarse en el siguiente cuadro:

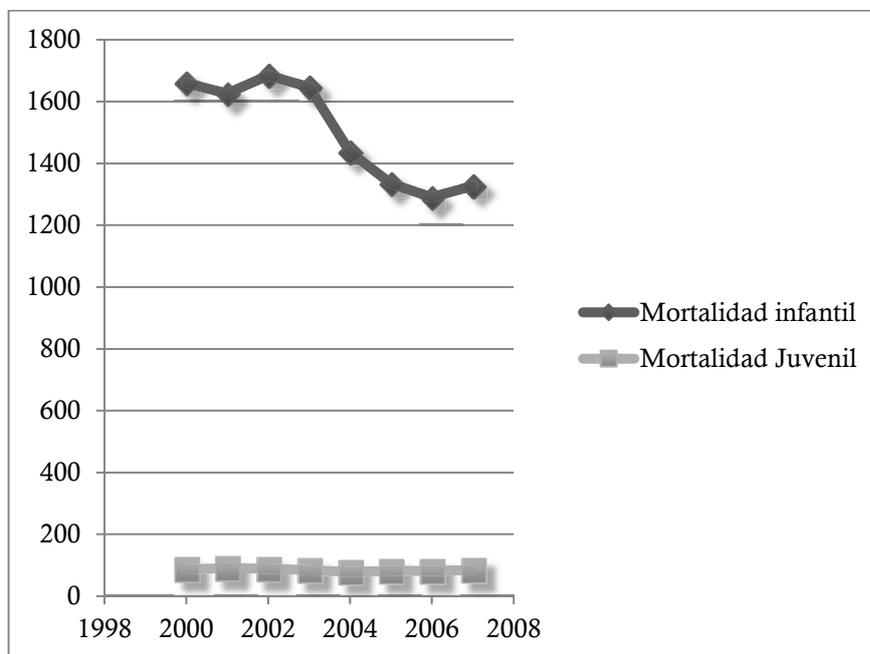


A los fines de ampliar los datos, se presentan las tasas calculadas a partir de los 1000 nacidos vivos:

Año	Tasa de Mortalidad juvenil (15 a 24 años)	Tasa de Mortalidad infantil (menores de 1 año)
2000	0,9	16,6
2001	0,9	16,3
2002	0,9	16,8
2003	0,8	16,5
2004	0,8	14,4
2005	0,8	13,3
2006	0,8	12,9
2007	0,8	13,3

Elaboración propia a partir de: *Estadísticas Vitales 2000-2007* (2001-2008) Ministerio de Salud de la Nación

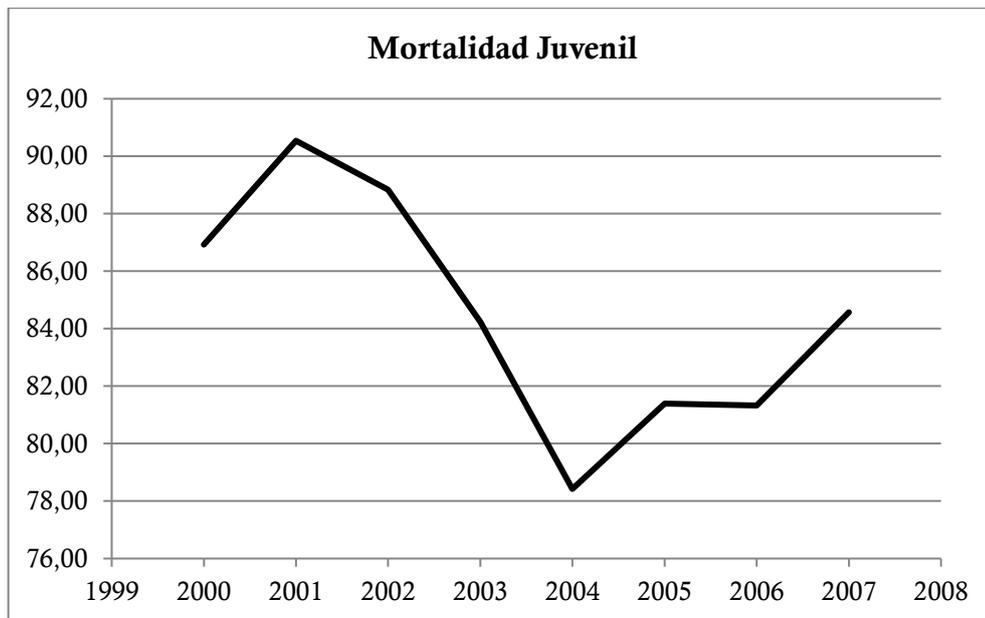
La misma curva se observa al comparar las tasas calculadas a partir de los 100000 habitantes:



	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mortalidad infantil	1659,7	1625,6	1684,7	1646,8	1436,4	1334,8	1290,26	1327,1
Mortalidad Juvenil	86,9	90,5	88,8	84,2	78,4	81,4	81,33	84,6

Elaboración propia a partir de: *Estadísticas Vitales 2000-2007* (2001-2008) Ministerio de Salud de la Nación

Aunque en la comparación parecieran no apreciarse grandes variaciones, al realizar el gráfico solamente de la mortalidad juvenil puede notarse que hubo fluctuaciones al tomar las tasas en función de los habitantes, habiendo un crecimiento marcado en 2001 que desciende hasta 2004 para luego crecer nuevamente en los años estudiados:



Elaboración propia a partir de: *Estadísticas Vitales 2000-2007 (2001-2008)* Ministerio de Salud de la Nación.

Lo central de este énfasis en la medición, es hacer visible el problema del suicidio en el marco de la mortalidad juvenil y en términos generales fundamentar la demanda por políticas públicas de salud que debieran asistir y prevenir en estas circunstancias. Los estudios epidemiológicos revelan una contribución importante, constituyen una advertencia para los profesionales de la salud, pero como ya señalamos afianzan diagnósticos que no necesariamente resultan en intervenciones concretas. Incluso, los materiales analizados no han incorporado ninguna de las críticas provenientes de otros enfoques como la epidemiología crítica: en este caso, ello redundaría en develar las debilidades de los factores de riesgo pues en la medida que tales condiciones son permanente y estructurales dejan de ser contingentes para formar parte del estilo de vida de poblaciones y hogares. Si no se puede operar sobre ellos no tiene sentido seguir considerándolos factores sobre los cuales intervenir. Incluso, el sexo y la edad -factores que siempre están presentes en las argumentaciones- no son factibles de ser modificadas, por lo tanto, no aportan al diseño de soluciones salvo como aspectos de la realidad sobre la que irá a intervenir. Ocurre similar controversia con la distinción entre exógeno y endógeno. Veamos pues que la principal característica de los riesgos para la salud juvenil es la primacía de riesgos exógenos. Esto presenta grandes desafíos respecto del tipo de políticas necesarias, porque deberían superar los esquemas sectoriales convencionales. La violencia se debe prevenir mediante “la participación coordinada y activa de todos los sectores de la sociedad, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial” (Yunes, 1999.

OPS. Fuente N° 44). Se hacen necesarios enfoques sistémicos que atiendan al joven frente al intento de suicidio. El sistema de salud debería cuidar a los jóvenes, porque “la mitad de los jóvenes que se suicidaron habían hecho intentos previos” (Texeira, 1997. Fuente N° 33).

Las propuestas para la prevención se pueden sintetizar en los siguientes aspectos:

- Acciones educativas para la atención en emergencias que evite la muerte de los jóvenes que sufren lesiones. Estas acciones deberían dirigirse a toda la población.
- Servicios de atención de urgencia más eficientes y accesibles a todas las localidades capaces de atender a lesionados de diversa gravedad.
- Creación de un sistema de vigilancia epidemiológica de los accidentes y de las demás violencias, y de mecanismos de evaluación periódica del funcionamiento y logros del sistema de salud.
- Formulación e implantación de normas clínicas para el tratamiento de lesionados en todos los niveles de la atención.
- Creación o mejoramiento de los servicios de rehabilitación.
- Capacitación del personal profesional y auxiliar de los servicios de salud en los aspectos clínicos y epidemiológicos correspondientes.

Para finalizar este acápite, recuperamos a Velasco (2005) quien se propone “desestabilizar una construcción discursiva reduccionista” sobre el suicidio. El cuestionamiento principal que autores como este realizan a los estudios epidemiológicos, es que siendo el suicidio un proceso subjetivo que puede tener como desenlace la muerte, gran parte de los estudios sólo se dedica a contabilizar las muertes que ya han ocurrido y acumular datos estadísticos; “como si al hablar de suicidio, estuviéramos aludiendo al fruto malsano de una enfermedad que como tal debe ser enfrentada médicamente y reducida a la autopsia del hecho.” (Velasco, 2005:136. Fuente N° 30).

Desde esta perspectiva, algunos trabajos se interesan por una descripción de las características del suicidio como proceso, buscando identificar otros factores sobre los cuales se pueda intervenir preventivamente. A partir de los modos en que se explica el suicidio las propuestas de intervención sobre el mismo adquieren diferentes matices, lo que procuraremos exponer a continuación.

5.2- El énfasis en la prevención

La intervención preventiva dominante en los materiales analizados, sugiere la presencia de diferentes actores que aparecen como actores y destinatarios de las propuestas. Podemos agrupar los niveles de prevención que se proponen en tres grupos:

Prevención básica: atiende a las condiciones de vida de los jóvenes, los patrones culturales de masculinidad, la promoción de la salud mental y la capacidad de enfrentar las adversidades o conflictos.

Prevención secundaria: refiere a la atención dirigida tanto a personas que han sobrevivido a intentos de suicidio como a las personas de su entorno.

Prevención terciaria: es aquella dirigida a los familiares, convivientes y personas cercanas a quien se suicidó.

Veamos a continuación en detalle el contenido de la estrategia y sus niveles de abordaje.

5.2.a- Prevención básica

El nivel más básico de la estrategia preventiva debe apuntar a los aspectos nodulares de explicación del suicidio. El punto central de la paradoja del suicidio se resuelve en el registro de lo imaginario. El que se mata no percibe que el deseo lo constituye a él esencialmente. “Su muerte es una señal de que en las condiciones en las que la persona se encuentra no puede seguir viviendo... no se puede vivir a cualquier precio” (Cohen, 2003: 209. Fuente N° 62) Son esas condiciones de vida que presentan el principal desafío para la prevención. En los materiales se define en términos de inclusión social. Las personas jóvenes deben ser “sujetos y beneficiarios efectivos del desarrollo, esto es, construir proyectos de vida y sueños colectivos en el marco de sociedades que los incluyan en sus oportunidades y los protejan en los riesgos” (CEPAL, 2008. Fuente N° 6). Esto incluye promover una mayor participación de los jóvenes en el proceso del diseño de las políticas públicas y de la planificación de acciones (Rodríguez, OPS, 2006. Fuente N° 37).

A los fines de reducir el “riesgo estructural” se proponen cambios y acciones para los Estados y las comunidades:

- reducir la impunidad en los ambientes donde viven los jóvenes,

- generar procesos de organización y participación de la comunidad, que permitan respuestas organizadas por y desde el seno de la comunidad ante lo injusto o lo delictivo, y que ello impere,
- promover acciones que vinculen a los jóvenes en tiempo libre, especialmente en tiempo de vacaciones,
- controlar las ofertas de drogas o alcohol hacia los jóvenes,
- permitir la participación de personas o entidades en procesos de organización y desarrollo superando la estigmatización de lo juvenil y de la pobreza,
- resocializar en las cárceles dando la posibilidad de ofrecer una segunda oportunidad,
- aumentar la credibilidad de las promesas institucionales de modo de recuperar la fe en lo legal y reducir el poder de lo ilegal. (González Q., 2006. Fuente N° 34)

En el marco de las sociedades latinoamericanas, el suicidio juvenil es un fenómeno de urgencia social que debe ser abordado desde una perspectiva preventiva y participativa. Es necesario trabajar con los propios adolescentes, sus padres, así como capacitar a los docentes sobre el tema, dado que la escuela es un ámbito propicio para la puesta en práctica de acciones preventivas, porque puede contribuir a la toma de conciencia y ser parte de la planificación de actividades de prevención eficaces en el marco de gestiones multidisciplinares, que incluyan a funcionarios, planificadores, trabajadores de la salud, investigadores y profesionales de diversas disciplinas y sectores. Para mitigar el problema los docentes tienen una función de suma importancia (Casullo, 2005: 35. Fuente N° 5; Fritschy, 2005. Fuente N° 14).

Sobre la prevalencia de muerte de varones jóvenes, las explicaciones se basan en la producción científica sobre identidades masculinas en América Latina que señala la existencia de un “modelo de masculinidad hegemónica” o un “modelo hegemónico de socialización de género” que se caracteriza por formar hombres fanfarrones, golpeadores, violentos, peleadores —entre otras características negativas—, las cuales llevan a los varones a entablar vínculos desiguales, ejercer violencia irracional, cometer atentados contra su salud y su vida, así como hacia la salud y vida de otras personas, entre otras consecuencias. No obstante este reconocimiento, no aparece una propuesta que sea optimista en términos de superación de esos patrones culturales. (Rivas, 2005. Fuente N° 59). En todo caso, las ideas giran en torno a acciones básicamente educativas tendientes

a reemplazar estas pautas genéricas desde la socialización primaria, con nuevas maneras de ser y de asumirse hombres y mujeres. Esto podrá contribuir a reducir las causas genéricas de morbilidad y mortalidad, a alterar el panorama y a caminar hacia el logro de un desarrollo social más integral que pueda apuntar a la modificación de las relaciones de poder inequitativas entre mujeres y varones (Tuñón, 2005. Fuente N° 60).

En términos de la participación de los medios, se hace hincapié en evitar el efecto de imitación que “ha desencadenado en algunos lugares verdaderas epidemias de suicidio entre los adolescentes como se produjo en la localidad de Gobernador Gálvez, al sur de la provincia de Santa Fe en 1994” (Cordero: 1996, 43. Fuente N° 8). En este sentido la prevención está dada por un trato muy cuidadoso de la información en los medios de comunicación. Se considera que pueden jugar un papel importante a la hora de prevención de suicidios. En función de cómo se comuniquen las noticias relativas a suicidios se puede producir un efecto de prevención o bien lo contrario, promover que individuos vulnerables intenten suicidarse al leer las noticias⁴¹ (Rodríguez, 2007. Fuente N° 38).

En este sentido, distintos estudios midieron la influencia de los medios de comunicación masivos en las tasas de suicidio y han concluido que las imágenes visuales sobre suicidio son un poderoso estímulo para el suicidio por imitación en personalidades vulnerables, determinando incluso la selección de métodos que no eran usuales en una determinada cultura (Urzúa, 2003. Fuente N° 58 - Porter, 2004; OMS). Los medios pueden convertirse en un aliado eficaz en la prevención del suicidio como causa de muerte evitable debido a la posibilidad de comunicarse con multitudes. Algunas indicaciones concretas para el tratamiento de este tipo de noticias que propone OMS (2008) son:

- Las noticias sobre el suicidio de un sujeto deben aparecer en las páginas centrales y preferiblemente en forma de notas breves

⁴¹ Hay dos denominaciones para este efecto de imitación. Uno es el llamado “Efecto Werther”, adoptado por el sociólogo norteamericano D. P. Phillips (1974) para describir el efecto de la sugestión en la conducta suicida a partir de la novela “The sorrow of young Werther” (1774) de Johan W. Von Goethe, que cuenta la historia de un joven talentoso quien desesperanzado por pasiones amorosas, se suicida mediante un disparo en la cabeza. Su venta fue prohibida en diversos lugares de Europa porque desencadenó numerosos suicidios en jóvenes mediante el mismo método. Otro es el “Efecto Yukiko” que se ha utilizado para referirse a la imitación de la conducta suicida en Japón, luego de numerosos suicidios en adolescentes y jóvenes después de la cobertura sensacionalista del suicidio de Yukiko, estrella japonés de rock en el año 1986.

- No deben aparecer fotos del fallecido ni la palabra suicidio. Es preferible calificar la muerte como de causa violenta o el empleo del calificativo de muerte autoprovocada o autoinfligida.
- No se debe describir el método utilizado con lujo de detalles.
- No deben ofrecerse explicaciones simplistas ni únicas de lo sucedido.
- No debe equipararse el suicidio con atributos valiosos del carácter ni valores morales dignos de imitar como la valentía, la lealtad, el valor, amor, dignidad, honor, el altruismo, la sensibilidad y el sentimiento solidario, etc.
- No deben recalcarse únicamente los aspectos positivos de la personalidad del difunto sino también los posibles factores que facilitaron el suicidio como el padecimiento de una enfermedad mental, el abuso de drogas y alcohol, los intentos suicidas previos, ingresos psiquiátricos, falta de apoyo familiar y social, etc.
- Se deben ofrecer ejemplos de otras personas que en situaciones similares han respondido con mecanismos de adaptación creativos y de otros individuos que en peores situaciones supieron encontrar soluciones no autodestructivas.

En lo que respecta a la relación entre suicidio y fracaso escolar, se propone que los docentes intervengan en la prevención de las conductas suicidas (Polaino, 1990: 230. Fuente N° 22). La propuesta que no debe generar una disminución en el nivel de exigencia hacia los estudiantes, sugiere se encaren las siguientes acciones:

- aumentar la motivación,
- facilitar el aprendizaje con propuestas pedagógicas más eficaces,
- desarrollar una actitud comprensiva,
- llevar adelante un seguimiento individualizado,
- generar vías de comunicación que sean abiertas, francas y sinceras con los estudiantes.

En un sentido amplio se supone que la intervención en la educación pública a partir de la difusión de información que permita la identificación de factores de riesgo es una estrategia poco desarrollada pero que se cree eficaz. Tanto dirigida a los jóvenes como a las familias (Mann, 2007. Fuente N° 18). Pensando particularmente en estas últimas se

hace hincapié en la restricción al acceso de elementos letales como un modo de reducción de los riesgos de suicidio (Mann, 2007. Fuente N° 18).

En cuanto a los profesionales de la salud hay un énfasis en la necesidad de una mayor capacitación para la identificación del riesgo de suicidio en los pacientes (Mann, 2007. Fuente N° 18). Ello incluye la referencia a planteos provenientes de la suicidiología, entendiendo que todo suicidio se debe a un dolor psicológico o “psychace”, por lo que para su prevención se sugieren controles a la población y la medicalización de la angustia. El principal cuestionamiento a esta estrategia es que no interviene sobre las causas que provocan la angustia y entonces el concepto de prevención se confunde con el de control y represión (Carbonell, 2006: 15).

El desarrollo de ciertas aptitudes en los jóvenes es visto como un factor protector frente al riesgo de suicidio, entre otras:

- fortalecer la capacidad de autodeterminación (no tiene la habilidad porque no se le permite por sobreprotección o por autoritarismo no se le enseñó a decidir o por actitudes permisivas en exceso),
- proveer espacios de intimidad,
- promover la pertenencia a grupos,
- revertir los efectos del desarrollo en un ambiente limitado por la pobreza y la inseguridad, y el vínculo con grupos marginales y delincuenciales.

5.2.b- Prevención secundaria

Este nivel de prevención se piensa a partir de la ocurrencia de un intento de suicidio. La atención psicológica de un joven que ha intentado suicidarse suele estar enmarcada en la llamada “clínica del desamparo”. Se trata de jóvenes que provienen de un núcleo primario “disfuncional, desintegrado, con padres negligentes o ausentes, incapaces de amparar el normal desarrollo del psiquismo. Cuando se parte de ese marco social, eso produce demoras en la externación y limitaciones en el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social. Es necesario establecer dispositivos asistenciales adecuados para esta población, y trabajar en prevención” (Rodríguez Garín, 2006: 440 Fuente N° 23). El desamparo debe ser atendido con acciones de protección en las diferentes esferas de lo social en las que los jóvenes están presentes. Se propone fomentar la unión familiar como

medida preventiva, aumentar la calidad de atención a los jóvenes, en áreas de salud, escolar, laboral y familiar (Villagómez, 2005. Fuente N° 31).

Para fundamentar esta idea suele citarse el trabajo de Durkheim en su afirmación de que un aumento notable de suicidios siempre testifica un serio trastorno de las condiciones de integración de la sociedad. El debilitamiento de los vínculos sociales en la familia, en la escuela y en el trabajo constituyen los tres grandes vectores de ruptura de la cohesión social que afectan a los jóvenes y deben revertirse para prevenir las muertes por violencia en sus diferentes expresiones (Pinto Rodríguez, 2006: 422 Fuente N° 56).

Cuando se estigmatiza al sobreviviente de suicidio como “loco” se desdibuja el hecho de que se trata de una persona sujeto de derechos. Algunos autores enfatizan en la necesidad de respetar la legislación de salud mental para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, que son una parte vulnerable de la sociedad y que viven estigmatizadas, discriminadas y marginadas (Kraut, 2006. Fuente N° 50). Este es un punto de partida fundamental para encarar la tarea preventiva.

En cuanto a la atención psiquiátrica del suicidio hay diferentes niveles de intervención que se plantean en relación con la evaluación del paciente, según las características del acto suicida y las correspondientes posiciones éticas por parte del médico (Zuluaga, 2001. Fuente N° 32). Las ideas del citado autor se presentan sintetizadas en el siguiente cuadro:

Intento de suicidio que ponga en peligro la vida de terceras personas — realizados con gas doméstico, CO2 y explosivos—	Paternalismo fuerte justificado: hospitalización y tratamiento obligatorio.
Estado vegetativo persistente como consecuencia de un intento de suicidio	Eutanasia, interpretando el intento de suicidio como un testamento vital.
Intento de suicidio como consecuencia de un trastorno o enfermedad mental	Paternalismo blando, representado en la intervención psicoterapéutica con la finalidad que el usuario (paciente con derechos) acceda a tratamiento.
Intento de suicidio con un tercero posiblemente perjudicado (feto), si hay trastorno o enfermedad mental	Paternalismo blando.
Intento de suicidio grave en personas con enfermedades crónicas o degenerativas que lleven necesariamente a la muerte, o sean gravemente incapacitantes	Ofrecer la posibilidad del suicidio asistido.
Suicidio en ejercicio pleno de la autonomía	Respetar la decisión.

En el caso del suicidio juvenil que en muchos de los estudios analizados está fuertemente asociado a la enfermedad mental, se recomienda el “paternalismo blando”. Aunque en

los relatos suele darse más el caso de un “paternalismo fuerte justificado: hospitalización y tratamiento obligatorio”. La decisión del tratamiento es tomada por el profesional de la salud en acuerdo con los padres del joven. Las propuestas se asocian a la medicalización, indicando las dosis necesarias para los diferentes cuadros. Para la depresión se recomienda también psicoterapia (Suarez Richard, 2006. Fuente N° 66).

Los psiquiatras infanto-juveniles plantean que no existe un bordaje estándar. Cada sujeto, sea niño o adolescente, necesita una estrategia terapéutica particular. La función del psiquiatra será evaluar y propiciar el desarrollo de las máximas potencialidades del individuo. Se cree que es necesario detenerse a pensar en la comprensión del fenómeno en su totalidad, lo que permitirá una reflexión crítica ante los excesos o malos diagnósticos que ocurren (Gutiérrez y Martínez, 2006: 657. Fuente N° 67).

En la interpretación del intento de suicidio es recurrente que sea visto como una demanda del sujeto suicida: un pedido de ayuda, de amor y de escucha, aunque bajo la amenaza de muerte latente. Por este motivo la demanda muchas veces resulta angustiante para el profesional que interviene, quien tiende a normalizar el comportamiento, observar sólo el síntoma, objetivando o cosificando al sujeto, cuando debería ser capaz de ubicarse en un lugar diferente, con un discurso distinto, con una escucha diferente, en donde se permita hablar. Se trata de un gran desafío ético para la intervención (Mondragón, 2008. Fuente N° 20).

Pastoral del intento de suicidio

En los manuales pastoralistas se hace el mismo hincapié en la necesidad de integrar los conocimientos de las ciencias de manera de superar las comprensiones que demonizan la enfermedad mental. “Hace falta construir un puente entre fe y salud mental, que ayude a una comprensión más profunda del enfermo y permita un ministerio más efectivo para el desarrollo de su condición humana” (Deiros: 2009: 216. Fuente N° 54).

La atención pastoral a un sobreviviente, en Sanidad interior, se centra en buscar que la persona sea libre del rechazo. En esa búsqueda se propone como modelo a Cristo que fue “despreciado y rechazado por los hombres, varón de dolores, hecho para el sufrimiento” (Isaías 53.3, NVI). Se enseña que el rechazo trae dolores y sufrimiento y que sólo Dios puede sanarnos y hacernos libres. La persona debe perdonar a quienes le hayan rechazado y perdonarse a sí misma.

Además, en algunos casos se hace necesario ministrar liberación, cuando en particular se atribuye el intento de suicidio a la acción de un espíritu de muerte, tal como se hizo en el caso de Antonella que se presenta en el capítulo 6.

5.2.c- Prevención terciaria

La persona que se suicida pone su esqueleto psicológico en el armario emocional de los sobrevivientes que tienen que tratar con sentimientos negativos, pensamientos sobre su posible participación en el suicidio o lo que dejaron de hacer para evitarlo (Galli, 2010. Fuente N° 51)

La atención a los sobrevivientes de un suicidio —familiares, amigos, convivientes, personas cercanas a quien se suicidó— no es el tema que más ocupa a quienes escriben sobre suicidio. Sin embargo se los reconoce como una población que a partir de un suicidio consumado pasa a estar en riesgo, tanto por la posible ocurrencia del efecto imitación como por la posibilidad de no elaborar el duelo y dar lugar a procesos depresivos que tengan como desenlace nuevos suicidios.

El duelo por suicidio es un proceso más complicado y difícil que el duelo provocado por otras causas de muerte. El “sufrimiento emocional” es muy alto frente a la muerte de un joven por suicidio (Sarró, 1996. Fuente N° 24).

Uno de los sobrevivientes que debe elaborar el duelo es el profesional de la salud en el caso de que el fallecido estuviera en tratamiento. Se considera que los efectos del suicidio son similares a los que se producen en los otros grupos de supervivientes —padres, parejas, amigos—. Esta realidad profesional recibe escasa atención ya que es un área de tabú.

Por su parte, la intervención pastoral y psicológica se plantea en común como una “contención a los sobrevivientes” en la búsqueda de una sana elaboración del duelo. (Wright, 1990. Fuente N° 68; López, 2010. Fuente N° 17). Uno de los elementos sobre los cuales se hace necesario intervenir es la culpa, relacionada a la agresividad hacia la persona suicida por la sensación de abandono y fracaso al no haber podido evitar el suicidio: “Algún superviviente... atraviesa una experiencia solitaria en la que la tristeza y la culpa, aíslan paulatinamente de la vida social e incluso de la vida familiar” (Sarró, 1996: 26. Fuente N° 24). Las intervenciones grupales son más adecuadas a los fines que las personas puedan estar en contacto con otros que han vivido el mismo tipo de experiencia de duelo. El trabajo con la familia se asume como un trabajo de “post-

vención” para ayudar a asumir las reacciones post-suicidio, incluyendo la consulta con otros colegas del profesional que intervino, como sesiones de “autopsia psicológica” que sirva de información y de revisión del suicidio por parte del equipo terapéutico.

Desde el punto de vista de la pastoral, el acompañamiento a la familia y allegados también genera sentimientos de impotencia. Un pastor bautista que acompañó a la familia de joven que se suicidó plantea:

Si ya el consuelo parece estéril cuando es la muerte la que arrebató, más infructuosos resultan nuestros gestos y palabras, cuando el que ha partido ha hecho esa donación gratuita que se llama suicidio; y ni qué pensar cuando la flor, apenas era un pimpollo. Los manuales pastoralistas tienen sus recetas. Combinan textos, incluyen frases de ocasión, sugieren rituales acordes, son eficaces, y fue bueno tener uno a mano, pero no suficiente (Galli, 2010. Fuente N° 51)

El consuelo debe basarse en la creencia de que el suicidio no pone en peligro la salvación del fallecido. Se hace hincapié en que si la persona había “recibido a Cristo en su corazón” irá al cielo y no al infierno. Esa esperanza de la vida después de la muerte es el centro de la intervención pastoral, abre la posibilidad de un reencuentro con el fallecido y de algún modo busca cambiar la sensación de irreversibilidad de la muerte, como un modo de ayudar en la elaboración del duelo.

5.3. El énfasis en el deber ser

Es notoria la presencia de argumentos que sostienen cómo deberían ser la sociedad, los grupos, los profesionales, las familias y los jóvenes a los fines de para evitar el suicidio juvenil. Tanto en la lectura de los materiales escritos como en los relatos de entrevistas y registros de observaciones se han recabado un conjunto de determinaciones que proponen como cada actor debe predominantemente ser, en lugar del hacer. Se trata de propuestas, pero en un plano más abstracto en la mayoría de los casos. Son discursos basados en *enxemplo*, es decir, narrativas ‘ejemplar’ que determinan las conductas que tienen que llevar a cabo una persona o grupo. Distinguen lo que es legítimo de lo que no lo es, y establecen lo que debe y lo que no debe hacerse o creerse.

Tomando las nociones más recurrentes, hemos reelaborado tres categorías que reúnen las descripciones que conforman la visión del deber ser de:

- sociedades inclusivas, en las que existan grupos de pertenencia para los jóvenes y profesionales altamente comprometidos,

- familias estables, y
- jóvenes con proyectos de futuro⁴².

5.3.a- Sociedades inclusivas

Es necesario reestructurar la sociedad para que deje de ser patologizante.

(Benites, 1996. Fuente N°3)

El binomio inclusión – exclusión aparece con frecuencia. Los argumentos que presentan cómo deben ser las sociedades describen la realidad de la exclusión de los jóvenes en diferentes aspectos: educativos, laborales, cuidado de la salud, etc., con el telón de fondo de la profunda desigualdad cuando se trata de los países de la Región. La mayoría de los jóvenes son pobres. La desigualdad es una de las razones que se atribuye al suicidio de los jóvenes, por lo que las sociedades deben ser más equitativas.

En este sentido, la sociedad debería brindar a los jóvenes protección del riesgo estructural en el que se encuentran. Esto se expresa en variadas dimensiones. En la dimensión material, se asume que debieran existir procesos de organización y participación de la comunidad que permitan brindar respuestas organizadas por y desde el seno de la comunidad ante lo injusto, lo delictivo y la oferta de drogas o alcohol hacia los jóvenes. Debieran existir formas de inclusión al mercado laboral y una adecuada respuesta ante el fracaso escolar y la exclusión educativa. El tiempo libre especialmente en tiempo de vacaciones, es un objetivo pendiente.

Un rol central en el cuidado de los jóvenes se asigna a los profesionales de la educación y de la salud. Partiendo de una frase “El problema no es el problema, el problema es la solución” se plantea que “el arte de la intervención terapéutica está en saber cuándo y cómo es el momento de aplicar una solución lógica y cuando la lógica de la solución deja de serlo para pasar a ser el problema” (Perez, 2002: Fuente N° 47). El profesional debe tener esa cuota de arte que permita superar la lógica de la ciencia y le ayude a explorar las mejores formas de intervención. Cuando el joven intenta suicidarse, generalmente está pidiendo ayuda, amor y escucha. Los profesionales de la salud que lo atienden

⁴² Los textos en los que se tratan especialmente estos temas son: Sánchez, 2005: Fuente N° 40; Benites, 1996: Fuente N° 3; CEPAL, 2008: Fuente N° 6; Cordero, 1996: Fuente N° 8; Bella, 2010: Fuente N° 10; Espinoza, 2007: Fuente N° 12; López, 2010: Fuente N° 17; Polaino, 1990: Fuente N° 22; Serfaty, 1996: Fuente N° 25; Triskier, 1996: Fuente N° 29; Gonzalez, 2006: Fuente N° 34; Grisales, 2005: Fuente N° 39. Lo demás irán siendo mencionados en el desarrollo de la descripción.

debieran ser capaces de completar con estos recursos que exceden la formación profesional. La cosificación del sujeto es algo que hay que evitar.

Se tendría que hacer un movimiento ético, entendido como la rendición de cuentas del sentido de nuestros actos en relación con nosotros mismos y con el otro, principalmente, considerando la ética, desde Foucault, como una práctica de sí, es decir, un ejercicio permanente del “decir-se”, una especie de estética de la existencia (Mondragón, 2008: Fuente N° 20)

La capacitación es una herramienta valiosa. La OMS destaca los resultados positivos de la formación del personal de atención primaria en la identificación y el tratamiento de las personas con trastornos del estado de ánimo, que puede hacer disminuir los suicidios entre los grupos de riesgo (Porter, 2004. OMS). En el caso de los docentes se les reconoce un rol clave en la educación para la prevención. Los docentes no solo debieran ser educadores de los mismos jóvenes, proveyendo un tipo de relación cercana, que contenga, escuche y acompañe, sino que también deberán enseñar a las familias y la comunidad las señales y signos que permitan una detección temprana del riesgo de suicidio. En este sentido, se recalca la necesidad de ajustar las metodologías de registro para que las muertes por suicidio no se diluyan en el conjunto de “otras causas”. La investigación sistemática mejoraría las acciones en materia de salud pública propiciando una actualización permanente de la información básica acerca de los signos de alarma y factores de riesgo en los profesionales de la salud, maestros, padres de familia y la población en general con el fin de evitar suicidios (Villagomez, 2005: Fuente N° 31).

El debate sobre la inclusión incorpora una dimensión simbólica en tanto lo juvenil está estigmatizado. Ser joven y ser pobre tienen una gran carga negativa: es malo, es peligroso, es violento, es irresponsable. Ello deriva -entre otros efectos- en la imposibilidad de resocialización en las cárceles para aquellos jóvenes que han cometido algún delito. Un agravante para esta estigmatización son las enfermedades mentales, cuya presencia se asocia fuertemente con el suicidio juvenil. La misma sociedad es la que patologiza a los jóvenes que luego abandona a su suerte. Toda una vida por delante y sin segundas oportunidades.

El deber ser se plantea en términos de sociedades que dejen de ver a los jóvenes como una esperanza bajo sospecha. Que los incluyan, que los hagan parte de procesos educativos y en el diseño de dispositivos capaces de superar la profunda desigualdad en la que viven, por ser pobres y además jóvenes. En este sentido, aparece la cuestión de que

“es necesaria la revisión de los ideales que se inculcan a las generaciones del presente” (Chablé, 2007. Fuente N° 9). Sociedad ideal que debe poner un freno a la violencia. La incidencia creciente de la violencia, hacen de los jóvenes víctimas y victimarios, sin que la sociedad asuma responsabilidad.

En la dinámica de una sociedad inclusiva, los grupos de pertenencia ocupan un papel fundamental. Si el entorno es incapaz de comprender la situación de un joven que sufre y ofrecerle reconocimiento y compensación, constituye una segunda victimización, a menudo más dolorosa que la que ha dado origen al sufrimiento del joven (Rodríguez de Armenta, 2007: 208. Fuente N° 38).

También se señala que los patrones de construcción del género también deben ser cambiados. Las mujeres deben dejar de ser puestas en un lugar de indefensión y subalternidad. Los varones debieran crecer sin que se asocie el ser varón, o las demostraciones de virilidad, con la agresividad, la violencia, la puesta en peligro de la propia vida. Porque las normas hegemónicas de género vigentes, colocan en situación de riesgo no solamente a las mujeres en su relación con los varones, sino también a ellos en sus relaciones entre sí e incluso consigo mismos.

Por su parte, en los ambientes religiosos se hace hincapié en el cuidado pastoral de los jóvenes. La intervención pastoral debe caracterizarse por la comprensión y el acompañamiento. Se la suele llamar “cuidado pastoral” haciendo referencia al esperado rol de protección.

Frente al suicidio consumado el pastor debe ser capaz de guardar silencio, para evitar decir “palabras nocivas que no son útiles y pueden tomarse como críticas o hirientes” (Galli, 2010: Fuente N° 51). El pastor debe estar cerca de los jóvenes: próximo, a mano, cercano, presente. Debe ser capaz de escuchar con el alma, con el cuerpo, con la mirada. De esta manera podrá reconocer las personas en estado suicida y proveer ayuda de emergencia para desviar la tendencia o conseguir ayuda profesional. Una función central del cuidado pastoral frente al suicidio es ayudar a perdonar, enseñar a perdonar. Para eso el pastor mismo deberá tener un estilo de vida de perdón.

Los manuales pastoralistas enfatizan en que el pastor debe estar dispuesto a derivar a las personas a profesionales que los ayuden. Se hace hincapié en que esto requiere un reconocimiento de las propias limitaciones. El pastor debe ser humilde para reconocer que no sabe cómo intervenir, cómo cuidar en determinadas situaciones y requiere la

intervención de otros. La pastoral del suicidio es reconocida como una de las problemáticas más difíciles y dolorosas que tienen que enfrentar los pastores.

Como también tiene dones sobrenaturales debe ayudar a los creyentes a usar sus propios dones. Las personas pueden recibir sanidad milagrosa de sus enfermedades y hasta el alivio de la misma muerte y -recordemos- que tienen la promesa de experimentar aspectos de lo sobrenatural sin necesidad de mediación de las autoridades eclesiásticas. Los pastores bautistas enseñan que el acceso a lo sagrado es directo con la única condición de la fe.

5.3.b- Familias estables

*El aislamiento, la soledad es una potente causa de suicidio.
(Carbonell, 2006: 11. Fuente N° 4)*

Cuando se piensa la problemática de la mortalidad juvenil ocupa un importante lugar explicativo la familia. Se hace hincapié en que la inestabilidad familiar está directamente asociada con el suicidio. Si bien no se define específicamente —y allí hay por cierto un enorme problema- pueden encontrarse algunos rasgos de la familia estable como el ideal. Esta parece tratarse de la familia nuclear por lo que con frecuencia se utiliza el término “núcleo familiar”. Debe tener una estructuración suficientemente flexible para adaptarse a los cambios sin que se produzca la ruptura de las relaciones familiares. Su desarrollo debe darse en un marco de equilibrio entre el cuidado y la libertad. Los padres no deben ser sobreprotectores ni permisivos, de manera de desarrollar la capacidad de autodeterminación (habilidad de decidir) de sus hijos. La sobreprotección implica que otros decidan por el joven o se desarrollen conductas autoritarias, donde se impone sin respeto y a veces con agresión la decisión del adulto. La familia no debe ser un lugar donde haya agresiones, ni violencia. Igualmente negativas resultarán las actitudes permisivas, por incapacidad de decir no y el crecimiento “bajo un entorno de autoridad dividida, donde lo bueno o lo malo <dependen>” (González, 2006. Fuente N° 34).

La historia familiar es un componente clave para resolver aquellas situaciones que potencialmente son riesgosas —antecedentes de suicidio o muertes violentas—.

Se señala que la familia debe cuidar al joven. Uno de los puntos clave de ese cuidado en relación con el suicidio, es no dejar al alcance de los jóvenes elementos letales. Algunos estudios enfatizan en las armas de fuego y otros en los medicamentos, en virtud que estos

últimos constituyen un método utilizado frecuentemente por los adolescentes para realizar intentos de suicidio, con la ingesta de medicamentos obtenidos en el hogar.

En la enseñanza religiosa se hace hincapié en la obediencia a los mandamientos de Dios en la Biblia, en la que hay indicaciones para los modos de funcionamiento de las familias. Ya el hecho de pensar a Dios como Padre coloca una serie de modelos a seguir. Los padres deben amar a sus hijos y sacrificarse por ellos, cuidarlos y proveer lo que necesiten. Deben comunicar aceptación y transmitir un sentido de trascendencia a sus hijos. También deben disciplinarlos con amor y ser capaces de perdonarlos cuando se equivocan. Perdonar no significa lo mismo que justificar, excusar u olvidar los actos cometidos por el hijo: aquí se incluye al suicidio o su intento, entre lo que debe ser perdonado. El perdón no es un suceso único, sino un proceso que puede llevar tiempo y requerir de ayuda externa, fundamentalmente pastoral. Un ideal de familia que ayude a la integración y crecimiento del joven de modo que tenga el marco material, emocional y espiritual necesario para proyectarse hacia el futuro.

5.3.c- Jóvenes con proyectos de futuro

La violencia también encuentra un excelente caldo de cultivo en la apatía, en la falta de proyecto de futuro, en la ausencia de perspectivas, en la quiebra de los valores de tolerancia y solidaridad, hechos que forman parte de la crisis de significaciones de la modernidad.
(Grisales, 2005: 91. Fuente N° 39)

Un elemento central del deber ser del joven tiene que ver con su salud. Aquí la salud se entiende en un sentido bien amplio, incluso a diferencia de cómo se comprende en otros grupos etarios. Estar sanos alude también a la salud mental –y hay un énfasis en ello- la que debe ser atendida en sus aspectos neurobiológicos y afectivos. Los primeros implican niveles de serotonina suficientemente altos y en equilibrio con la noradrenalina. La psicoterapia debe contribuir a la salud de jóvenes con antecedentes psicopatológicos y trastornos mentales de importancia, como depresión y trastorno de conducta disocial, los que requieren tratamientos y seguimientos sanitarios oportunos para evitar consecuencias de mayor gravedad. Además debieran darse cambios en las condiciones socioeconómicas y culturales que posibiliten su salud.

Como se describe en el capítulo 2, la noción de proyecto vital ocupa un lugar central en las maneras en que se expresa lo que deben ser y hacer los jóvenes. Incluye la idea de decisiones sobre el futuro vinculadas al logro del estatus adulto, como también la

cristalización del sentido de trascendencia y propósito de largo plazo para la vida, vinculado con una vocación o llamado divino.

En lo que respecta a las enseñanzas bautistas en este punto, las condiciones a seguir se detallan a continuación:

Jóvenes libres

La libertad a que se refiere deben tener los jóvenes presenta varias dimensiones. Debe ser libre de la acción de los espíritus malignos. Debe ser libre del pecado para poder decidir vivir guiado por lo que debe hacer y no por las pasiones juveniles de las que debe huir⁴³. Debe “ser libre de la amargura, perdonando a quienes lo ofenden o lastiman y perdonándose a sí mismo” (Pastor asociado, en retiro de Sanidad Interior 25/07/2006). Libertad que -como se ha explicado en el capítulo 1- a veces se consigue a través de la ministración de liberación.

Jóvenes victoriosos

La cosmovisión evangélica supone que el hombre está determinado principalmente por fuerzas externas, es decir, por poderes sobrenaturales. Si éstas son negativas, entonces la influencia es de Satanás y sus demonios. Si por el contrario, son de carácter positivo, entonces se hablará de la acción del Espíritu Santo. Por lo tanto, en el desarrollo de su vida el creyente debe lograr la victoria del bien sobre el mal. Para esto deberá ejercitar los dones del Espíritu Santo⁴⁴.

En este sentido, se enseña que cualquier creyente puede recibir los dones del Espíritu Santo. Esto representa una horizontalidad profunda que pone al joven en igualdad de posibilidades con cualquier otro creyente. Eso demanda que el joven se sobreponga a las dificultades.

En un mensaje (8/01/2006) el pastor plantea que en la “consejería personal” le ha llamado la atención “la cantidad de gente que convive con situaciones o problemas por mucho tiempo y no hace nada para cambiar”. Frente a eso estimula a que los creyentes “acepten lo que están viviendo en la confianza de que el Padre tiene todo bajo control. Es decir, vivimos cada cosa sin resignación y sin amargura, con la fortaleza que Dios nos da

⁴³ Suele citarse el texto bíblico de 2 Timoteo 2.22: “Huye también de las pasiones juveniles y sigue la justicia, la fe, el amor y la paz, con los que de corazón limpio invocan al Señor.”

⁴⁴ Este concepto es explicado en el Capítulo 1.

y creyendo que él puede cambiar cualquier cosa en bendición para nosotros.” Esta tensión entre aceptación de lo dado y la demanda de una actitud que busque modificar la situación, está presente en la enseñanza.

También en el sentido del *enexemplo*, se presentan relatos del texto bíblico en las que personas lograron sobreponerse a situaciones adversas al tomar la iniciativa de buscar la ayuda divina. En el mensaje se alienta a los jóvenes a no bajar los brazos, a no acostumbrarse y resignarse a que sea siempre así.

La victoria que el joven redonda en la sanidad interior para los viejos problemas. Se enfatiza en la autodeterminación de la persona:

“Esa es la razón por la que pedimos que las personas que necesitan sanidad interior y liberación se ocupen ellos mismos en acordar una entrevista. Si no tiene un compromiso personal en una cosa tan básica como esa, mucho menos la tendrá para hacer lo necesario para su sanidad. Para encontrar sanidad, es necesario tratar con el problema de fondo.” (Mensaje 8/01/2006)

Para recibir sanidad para algún “viejo problema” el joven necesita “renunciar a los moldes que construimos para la obra de Dios”. Estos son requisitos para que el joven pueda vivir su vida desarrollando su potencial.

Jóvenes que viven al máximo su vida

Esta consigna se refiere al vivir al máximo la vida cristiana. Tomando una de las enseñanzas sobre este punto es posible ver sus principales características que se repiten y refuerzan en diferentes momentos. En el culto del 26 de noviembre de 2006, fundando la argumentación en el texto bíblico (2 Pedro 1.3-11), se presenta la noción de que Dios ha dado todas las cosas a los creyentes en forma de “preciosas y grandísimas promesas, para que por ellas llegaseis a ser participantes de la naturaleza divina”. Se explica que el creyente puede tener parte de lo divino en su vida, es por eso que puede esperar vivirla al máximo. Y eso debe hacer. El texto agrega “procurad hacer firme vuestra vocación y elección; porque haciendo estas cosas, no caeréis jamás”.

El pastor explica a la iglesia,

Mira a tus circunstancias difíciles, a tus deudas, a tu legalismo, a tu falta de ganas de vivir: ¡Dios me dio todas las cosas que pertenecen a la vida y a la piedad!

¡Dios nos dio todo! Pero lo puso en la dinámica espiritual de las promesas.

Un pastor ilustraba este concepto con una figura cotidiana. Si yo tengo un televisor y quiero encenderlo, ¿qué es lo primero que tengo que hacer? Obviamente: enchufarlo. Si no lo enchufo, tengo el sistema eléctrico de mi casa funcionando, en condiciones, con poder y tengo un televisor que puede ser enorme, pantalla plana, plasma o lo que sea, que está listo para darme la mejor calidad de imagen pero que no funciona.

Así es con las promesas: el sistema eléctrico y el toma corriente en la pared son la parte de Dios. Están allí disponibles para mí. El enchufe, la ficha que conecta con el sistema eléctrico es mi fe, mi acción conforme a las promesas de Dios. Si yo no hago eso, no veré resultados. Entonces sí, ya tenés todo, pero como «preciosas y grandísimas promesas». Te toca a vos activar tu fe.

Se espera que los jóvenes sean personas de fe, que activan su fe para poder recibir lo que Dios les da. Se apela al joven, que mire sus circunstancias y lo que le falta para “salir adelante”, y ahí se aferre a las “preciosas y grandísimas promesas”.

Jóvenes que viven en santidad

La intervención de Dios en la vida de los jóvenes tiene algunos condicionamientos. Cuando alguien pide algo a Dios y no recibe lo que pide o espera, ello se debe a varias razones. Una de ellas es la soberanía de Dios. Por alguna razón que las personas no comprenden Dios decide no dar lo que le piden. Otra explicación radica en que la persona tiene algún problema que inhibe la acción de Dios. En algunos casos se hace depender la respuesta de la fe de la persona que pide. Si la persona no tiene la fe suficiente no podrá recibir lo que espera. La incredulidad o, dicho de otro modo, ‘la falta de fe’ impiden la acción divina.

Se enseña que el problema con la fe de los creyentes es que quieren poner a Dios en determinadas áreas de su vida y no en todas, como intentando decidir manejar las cosas “por nuestra propia habilidad”. El pastor plantea “Si querés que la fe funcione sólo en algunos momentos, te vas a dar la cabeza contra la pared. Porque cuando más la necesites, no la tendrás suficientemente ejercitada” (Mensaje 10/06/07).

La fe debe ejercitarse. La activación de la fe se evidencia en ciertos “pasos de fe” que la persona debe dar. Esto a veces entra en contradicción con la continuidad de los tratamientos médicos, para el caso. En los bautistas no se halló un requisito fuerte de abandonar los tratamientos, aunque en la comprensión de algunas personas eso es un requisito para recibir un milagro, pues da cuenta de una fe mayor. Relata un pastor

(7/04/09) que en situaciones ligadas a psicofármacos se da con frecuencia el abandono de los tratamientos;

“las personas sienten que si siguen tomando la medicación que el psiquiatra les ha dado es que tienen fe para que Dios los sane. Cuando alguien ora por ellos deciden dejar la medicación y a veces llegan a la entrevista pastoral muy descompensados por alterar el tratamiento que han seguido por años”

También el pecado en la vida de la persona puede inhibir las bendiciones de Dios. Las maldiciones provienen de pecados de los antepasados, la participación en algún culto ocultista, sean pecados de la persona o de sus padres. El pecado impide la sanidad cuando la persona no se ha arrepentido, así la doctrina del arrepentimiento es central para comprender esta cuestión. La enfermedad, inclusive la mental, puede ser el resultado del pecado personal, aunque el mismo pecado puede tener otras consecuencias y puede resultar en la enfermedad de otros, siempre que no medie el arrepentimiento de la persona pecadora. En este sentido también se asigna una gran responsabilidad a quien no recibe el milagro por pecar y también por no haberse arrepentido genuinamente. La enfermedad o las dificultades que persisten en un área de la vida son un signo visible del estado de pecado en el cual el joven se encuentra. El joven debe arrepentirse de sus pecados y vivir en santidad. Como se describe en el capítulo 4, la noción de santidad es central para la moral evangélica, y esta es una condición para que el joven sea libre. Como puede observarse el deber ser para los jóvenes es complejo y demandante.

5.4. Síntesis de las propuestas de intervención

		Responsables de las acciones				
	Familias con jóvenes	Profesionales de la salud	Docentes	Organizaciones que trabajan con jóvenes	Medios de comunicación	Estado
Nivel básico de Prevención	Restringir al acceso al joven de elementos letales.	Mayor capacitación para la identificación del riesgo de suicidio en los pacientes	Aumentar la motivación. Facilitar el aprendizaje con propuestas pedagógicas más eficaces. Desarrollar una actitud comprensiva.	Intervenir en los modos en que procesan la angustia los jóvenes	Informar cuidadosamente sobre la ocurrencia de suicidios.	Evitar a marginación de personas con trastornos mentales.
	Capacitar e en el ámbito escolar	Medicalizar la angustia.	Capacitarse para prevenir el suicidio.	Contribuir a la construcción de proyectos de vida.		Brindar capacitación a los docentes
	Fortalecer los vínculos sociales en la familia	Aumentar la calidad de atención a los jóvenes	Llevar un seguimiento individualizado.	Identificar y prevenir el suicidio, fomentar la unión familiar como medida preventiva, aumentar la calidad de atención a los jóvenes, en áreas de salud, escolar, laboral y familiar		Generar espacios de capacitación y participación de los jóvenes y sus familias en las escuelas.
	Desarrollar la capacidad autodeterminación (habilidad de decidir) del joven.	Creación de un sistema de vigilancia epidemiológica de los accidentes y de las demás violencias y de mecanismos de evaluación periódica del funcionamiento y de los logros del sistema de salud.	Planificación de actividades de prevención eficaces en el marco de gestiones multidisciplinarias	Fortalecer los vínculos sociales en el trabajo		Las personas jóvenes deben ser sujetos y beneficiarios efectivos del desarrollo, esto es, construir proyectos de vida y sueños colectivos en el marco de sociedades que los incluyan en sus oportunidades y los protejan en los riesgos.
		Formulación e implantación	Generar vías de comunicación abierta, franca y	Fortalecer la capacidad de autodeterminación		Intervenir en las causas de angustia de los jóvenes

		de normas clínicas para el tratamiento de lesionados en todos los niveles de la atención.	sincera.	n de los jóvenes		
			Fortalecer los vínculos sociales en la escuela.			Reducir la impunidad en los ambientes donde viven los jóvenes.
		Capacitación del personal profesional y auxiliar de los servicios de salud en los aspectos clínicos y epidemiológicos correspondientes.	Capacitar a las familias.			Generar procesos de organización y participación de la comunidad, que permita respuestas organizadas por y desde el seno de la comunidad ante lo injusto o lo delictivo y permite que impere.
			Aumentar la calidad de atención a los jóvenes			Promover acciones que vinculen a los jóvenes en tiempo libre, especialmente en tiempo de vacaciones.
			Difundir información que permita la identificación de factores de riesgo.			Controlar las ofertas de drogas o alcohol hacia los jóvenes.
						Permitir la participación de personas o entidades en procesos de organización y desarrollo superando la estigmatización de lo juvenil y de la pobreza (creer que es "malo" por ser joven o pobre). Re socializar en las cárceles dando la posibilidad de ofrecer una segunda oportunidad.
						Aumentar la credibilidad de las promesas institucionales de modo de recuperar la fe en lo legal y reducir del poder de lo ilegal.

		Responsables de las acciones				
	Familias con jóvenes	Profesionales de la salud	Docentes	Organizaciones que trabajan con jóvenes	Medios de comunicación	Estado
Nivel Secundario de Prevención		Superar las estigmatizaciones de las personas con trastornos mentales.		Pastoral: Sanidad Interior (sobre rechazo) y en liberación de espíritu de muerte.		Hacer cumplir la legislación en salud mental, garantizando los derechos de personas con trastornos mentales.
		Trabajar en la "Clínica del Desamparo", estableciendo dispositivos asistenciales adecuados para esta población				Capacitar para la atención en emergencias que evite la muerte de los jóvenes que sufren lesiones. Estas acciones deberían dirigirse a toda la población.
		Paternalismo fuerte o blando, dependiendo de las características del acto suicida.				Proveer servicios de atención de urgencia más eficientes y accesibles a todas las localidades capaces de atender a lesionados de diversa gravedad.
Nivel Terciario de Prevención		Dar espacio para elaborar el duelo personal, profesional	Dar contención en la búsqueda de la elaboración del duelo.	Dar contención en la búsqueda de una sana elaboración del duelo.		Creación o mejoramiento de servicios de rehabilitación
		Consulta con otros colegas del profesional que intervino, sesión de "autopsia psicológica" que sirva de información y de revisión del suicidio por el equipo terapéutico		Intervención pastoral: dar seguridad de salvación del fallecido. Trabajar sobre la culpa.		
		Trabajar sobre la culpa relacionada con la agresividad hacia la persona suicida por la sensación de abandono y al fracaso por no haber podido evitar el suicidio		Intervención pastoral: Escuchar. Acompañar: detectar pensamientos suicidas. Ayudar a perdonar. Derivar.		

CAPÍTULO 6

IDEACIÓN SUICIDA E INTERVENCIÓN RELIGIOSA EN EL ESPÍRITU SUFRIENTE. EL CASO DE ANTONELLA

“Hasta que el Señor me mostró que era emocional y que él iba a sanar mis emociones de manera progresiva.” Antonella

Antonella es una joven de 20 años quien llega a la iglesia buscando ayuda. Al momento de su incorporación a la iglesia atravesaba frecuentes ataques de pánico, alucinaciones y un cuadro que se identificaba como de “ideación suicida”. Tras su llegada recibe ministración por parte del pastor principal de liberación de un espíritu de muerte. Luego se la invita a incorporarse a la célula de Josefina quien asume el proceso de discipulado y se la deriva a entrevistas de Sanidad Interior. En este caso se ponen en juego los dispositivos de cuidado frente al riesgo de suicidio que organizan la intervención sobre Antonella. En relación con el trabajo etnográfico se mantienen entrevistas extensas y recurrentes con Josefina, su líder de célula, su madre (Rocío, 50 años), su hermano (Rodolfo, 17 años), su cuñada (Anabella, 17 años), su hermana (Milagros, 12 años), el Pastor asociado, ministro de sanidad interior (Ignacio, 40 años) y una amiga íntima (Beatriz, 35 años).

A partir del análisis del contenido de esas entrevistas es posible comprender el modo en que se entiende desde diversas miradas el proceso por el que atraviesa Antonella tanto en términos de la ideación suicida como en lo que respecta a la intervención sobre ella, desde su llegada a la iglesia hasta su incorporación como líder de una célula.

De estos materiales hilvanamos el siguiente relato que da cuenta de la relación entre sistemas de creencias, sus reconfiguraciones, y la intervención frente al riesgo de suicidio juvenil.

En su lectura puede apreciarse el modo en que se entrelazan los diferentes campos, disciplinas y argumentos hasta aquí analizados, en la comprensión de la joven y su trayectoria personal, en su contexto de vida y entorno social.

6.1- La llegada a la iglesia

A partir de la pregunta “¿Cómo llegaste a la iglesia?”⁴⁵ Antonella elabora un relato en torno de lo que consideraba los elementos que influyeron para que comenzara a asistir, mencionando fundamentalmente dos procesos: la influencia de un compañero de estudios, y una experiencia numinosa que la inquietaba, no la dejaba tranquila y le generaba una lucha interna con la cual quería terminar:

El tema de la iglesia, fue así. Cuando yo estaba haciendo el profesorado de Educación Física tenía un compañero que era apartado. Era cristiano apartado⁴⁶. Pero, si bien muchos conceptos los tenía totalmente errados y una mezcla de cosas digamos, tenía un par de... por lo menos a Dios lo nombraba. Y yo siempre fui creyente. Siempre. Y después de un tiempo Dios como que me empezó a inquietar. Me empezó a inquietar, me empezó a inquietar. Yo no sabía qué era lo que Dios quería porque yo no conocía la Biblia, no conocía absolutamente nada. Y me acuerdo que me iba a dormir y decía: “bueno, Dios ¿Qué querés? Sé que sos vos, que querés algo pero no sé qué es lo querés y no sé cómo se llega a lo que querés. Porque yo no tenía ni idea de que la biblia contenía palabra para la vida. Yo pensaba que eran tipo cuentos o cosas así. Entonces no tenía ni idea.

Y después de tres días más o menos, no me podía dormir a la noche y decía, bueno Dios qué es lo que querés, o sea. Había algo que me inquietaba adentro y no me dejaba tranquila. Entre comillas, porque viste cuando hay algo que te estorba, que te molesta, que te está todo el tiempo.

Bueno, a ese tercer día le dije bueno Dios qué es lo que querés. No tenía idea cómo se oraba, hablé con Dios como pude, digamos, de una cultura católica también pero tampoco iba a la iglesia católica ni era practicante. Y me llegó un volante a mi casa que decía estudio bíblico. Bue, porque yo creía que para seguir a Dios tenía que ser monja. Porque mi única concepción de entregarle tu vida a Dios tenía que ver con ser monja. Entonces yo decía, ¿Qué querés que me interne para ser monja? Porque la verdad que no tengo... Para mí es la forma, dentro de mi ceguera, pero tampoco me veía.

Yo no sabía que existían jóvenes cristianos, yo no tenía ni idea de nada del mundo cristiano no tenía ni idea. No sabía que había jóvenes que eran cristianos que se estudiaba la palabra de Dios, tampoco. Entonces para mí la única opción era internarme o hacerme monja.

Entonces tenía una lucha interna tan fuerte, tan molesta si lo querés llamar así, en donde dije bueno viste, si querés que sea monja, me hago monja pero terminemos con esto. Terminemos con la lucha interna.

Resultó llamativo que la entrevistada usa el término cristiano como sinónimo de evangélico. Siendo ella de una familia católica no se reconoce como cristiana ni nombra así a los elementos propios de la Iglesia Católica. Hay un fuerte énfasis en diferenciarse

⁴⁵ Los fragmentos que siguen son de la entrevista realizada a Antonella el 3/12/2008

⁴⁶ Se llama así a una persona que siendo creyente evangélica, no asiste a ninguna congregación con regularidad. Para los evangélicos hay un alto valor en congregarse, asistiendo semanalmente a la iglesia a los cultos o actividades.

de lo católico tanto en la entrevistada como en la comunidad con la que se trabajó en la investigación. Ella relata que tiró las vírgenes y las imágenes que tenía porque entendía que era parte de la “idolatría”.

El fin de la lucha interna de Antonella llega cuando ella comenzó a participar de un estudio bíblico de “Testigos de Jehová” un grupo no evangélico, considerado una secta por los bautistas. Antonella encuentra en el estudio del texto bíblico muchas cosas que la sorprenden, pero algunos aspectos de las enseñanzas no le parecían apropiadas. Comienza a cuestionarse la pertenencia a ese grupo.

Entonces en el tercer día que me pasó esto me llegó un volante de estudio bíblico. De los testigos de Jehová. Cuando me llega el volante me puse feliz porque no sabía que existía el estudio bíblico, o sea, entonces lo primero que hice fue irme para allá a estudiar la Biblia. Cuando me voy allá a estudiar la Biblia, estuve un mes. Veía como se manejaban los testigos, que iban de puerta en puerta, todo lo demás que eso yo no lo hacía. Yo iba nada más que para estudiar la Palabra y ahí es donde empecé a descubrir, digamos, que la palabra tenía contenido para la vida real, que era algo vivo y no que eran cuentos. Yo dije: ¡Guau! Esto dice Dios y estaba totalmente sorprendida y por ejemplo una de las primeras cosas que aprendí fue sobre la idolatría. Al toque que aprendí sobre la idolatría tiré todo lo que tenía de las vírgenes. Así cambio radical, total.

Y bueno después de estar un mes con los testigos y dije, Señor, pero... viste cuando decís, esto no, no. Será que me tendré que formar una familia con un testigo de Jehová, porque es como que no me gustaba. Si el estudio Bíblico pero no me gustaba la metodología de ir a predicar la palabra, eso de los 144.000 y no sé qué otras cosas más.

En medio de esos cuestionamientos, durante una fiesta conoce a un muchacho que era bautista y con quien inicia una relación. Este joven la invita a participar a un grupo de la Iglesia Bautista —una célula— y entonces Antonella se vincula con la congregación sobre la cual se realiza la presente investigación. Asiste a la célula y decide bautizarse. El bautismo es un evento que marca la integración de la persona como miembro de la iglesia. Cuando Antonella decide bautizarse está concretando una decisión de comprometerse en la asistencia a esa congregación.

Las enseñanzas acerca del bautismo son amplias. Podemos destacar algunos elementos centrales de cómo los bautistas lo definen. El bautismo es una ordenanza de Jesucristo, se practica obedeciendo mandatos que aparecen en el texto bíblico. Se reconoce que fue una práctica de la Iglesia de los primeros tiempos y es la forma normal de ingresar a la iglesia. Es un acto de iglesia y debe practicarse en el contexto de un culto o reunión de la congregación.

Quien se bautiza está expresando su fe, por eso el bautismo es definido como una declaración de fe y un testimonio público de fe. La persona muestra que está muriendo a su vieja vida y resucitando a una nueva vida como creyente. Es por eso que el Bautismo se ve como una manera de transmitir la esperanza de resurrección y de que Jesús volverá a buscar a su iglesia en la “Segunda venida”⁴⁷.

La única razón para ser bautizado es el haber creído en Jesús como su Salvador. Los creyentes no ven al bautismo como un rito de iniciación. No produce regeneración o limpieza espiritual. No se cree que el hecho de entrar y salir del agua transforme a la persona. No lava los pecados que se puedan tener ni hace que se llegue a ser una persona diferente.

Se da un profundo sentido espiritual al bautismo. Siempre es una experiencia emocionante, considerada de las más importantes de la vida, que tiene un efecto íntimo de reafirmación, de sentido de pertenencia y es algo que se recuerda durante toda la vida del creyente.

Me quedaban como huecos en el medio de la doctrina y habían cosas que no. En el medio de todo este aprendizaje yo seguía estudiando el profesorado de Educación Física y como yo ya me había determinado que algunas cosas no las iba a hacer, como por ejemplo seguir yendo a bailar y otras cosas, mis compañeros sabían. Entonces me invitan a un cumpleaños. Yo les digo, no voy a ir a bailar, mirá que yo después no me puedo volver a mi casa. No, no vamos a ir, me llevaron engañada y fueron a un boliche. Y yo no me podía volver a mi casa a las tres de la mañana, era más chica, y dije, no me quedó otra que ir.

Y en ese boliche conozco un chico. Con ese chico salgo una o dos veces. Y yo ya sabía lo que la palabra de Dios decía. Si bien no había leído del yugo desigual porque en un mes mucho no podés aprender, yo sabía que había cosas que no íbamos a poder hacer, que no íbamos a poder compartir y siempre fui muy clara yo, clara en las cosas que quiero, muy directa. Entonces lo encaré al chico y me acuerdo que en la segunda cita le dije: Mirá no vamos a poder seguir saliendo porque yo soy cristiana, tengo ciertos principios, por ejemplo, no tener relaciones hasta el matrimonio, y vos esto no lo vas a entender. O sea que tarde o temprano en algún momento de la relación se va a chocar con todo esto. Entonces yo le digo, yo sé que parece que estoy hablando como si fuera un extraterrestre o algo raro pero yo entiendo que Dios hace algo en mi vida y ese día el chico se quedó duro, porque el pibe era cristiano, o sea, se quedó duro, era un pibe cristiano de cuna y me dice, yo también soy cristiano. Pero le dije yo que con un mes había entendido un poco. Después de eso salimos un poco más y cortamos.

El tema fue que me invitó a una célula. Y era en la Iglesia Bautista. Y ahí es donde empecé a estudiar la palabra. Estuve medio año estudiando la palabra y más o menos un medio año un poquito más tomé la decisión de bautizarme. Estuve yendo a una célula en ese tiempo así que bueno después me bauticé en la iglesia y seguí.

⁴⁷ Se refiere a una vuelta de Cristo a la tierra a buscar a la iglesia e instaurar una nueva creación. Es el final de los tiempos.

El primer tiempo de participación en la iglesia fue una época de descubrimientos para Antonella, sorprendente y lleno de experiencias con lo sobrenatural. Ella hace referencia a los dones espirituales que recibió.

6.2- La voz del pastor: contrapunto de voces

Los bautistas definen a los dones como capacidades que el Espíritu Santo da a los creyentes para tener herramientas sobrenaturales para operar en la realidad. En un mensaje del 5 de abril de 2009 el pastor explica la doctrina sobre los dones en relación con el trabajo en células:

El liderazgo de las células depende de la unción espiritual, que se muestra en el ejercicio de los dones y en el servicio. El liderazgo en el cuerpo de Cristo no depende de cargos institucionales sino del poder del Espíritu Santo. Para que un líder sea reconocido en la comunidad deben confluír tres factores: el llamado de Dios, la confirmación de la comunidad y la imposición de manos con discernimiento.

Las células nos dan un ámbito para que los creyentes se capaciten para edificar el cuerpo de Cristo. La meta es que todos lleguemos a la medida de Cristo y las células son un medio para que los creyentes aprendan y maduren. Nos da el espacio para que todos los creyentes utilicen sus dones y maduren en el desarrollo de los mismos. Nos permite profundizar juntos en la Palabra de Dios y desafiarnos a llevar esas enseñanzas a la práctica.

En las células hay que dar espacio para que todos los creyentes puedan crecer, ejercitando los dones entendiendo por esto que Dios reparte dones a todos los miembros del cuerpo, llamándolos a diferentes clases de servicio. Una comunidad sana ayuda a descubrir, aceptar y alegrarse en la diversidad de dones. Los miembros se bendicen y se edifican mutuamente por el uso de los dones, y cumplen el mandato de Jesucristo de salir y hacer nuevos discípulos.

En otras entrevistas, Antonella detalla esos dones como profecía, palabra de ciencia y palabra de conocimiento.

Haciendo una revisión de todo ese tiempo uno es nuevo y viene con toda la fuerza total porque para uno, para el que está afuera es descubrir todas las cosas. El evangelio era como ¡guau! Dios dice aquello, ¿no? Todo era nuevo, todo era sorprendente, todo súper sorprendente. Entonces, de hecho en ese momento Dios empezó a liberar un montón de dones, que la Biblia dice que es como él quiere, digamos. Y uno en la poca iglesia que tiene, yo agradezco de la iglesia bautista la enseñanza de la doctrina. En otros lugares es como que es más escasa. Y eso es un punto a favor muy bueno. Es súper importante y vos te das cuenta después lo que necesitás conocer la palabra.

La integración de Antonella a la iglesia supone su propia relación con lo numinoso. Ella destaca las enseñanzas doctrinales que recibió, entre las cuales está la creencia de que el creyente puede comunicarse directamente con la divinidad.

6.3- Primera etapa: liberación

Antonella valora mucho la enseñanza que recibió en la Iglesia bautista, pero encuentra ciertos elementos de la intervención frente a sus problemas que no fue de ayuda. En una primera etapa cuando llega a la iglesia recibió ministración de liberación en una manera que la hizo sentir mal:

Hay muchas cosas donde yo me sentí mal.

Pero también en falencias no me sentí entendida o no supieron. No me sabían ministrar, o ayudar en mi problemática. Me pasó al principio que ellos adjudicaban a cosas espirituales a cosas que eran emocionales entonces era obvio, ellos trataban de encontrar una solución a través de la liberación de la parte espiritual a cosas que eran emocionales.

La liberación que recibió Antonella buscaba resolver su proceso de ideación suicida que se evidenciaba en ataques de pánico, pensamientos suicidas y depresión. Respondiendo a la pregunta “¿Qué era lo que vos tenías?” relata:

Cuando yo llegué yo tenía ataques de pánico. Yo tenía desde los 16 años. Porque con la historia de mi vida que mi papá era alcohólico, es alcohólico de hecho y jugador y demás y con toda la violencia familiar y cosas muy fuertes que yo tuve que vivir en la adolescencia se me formó un carácter en donde yo no podía llorar. Me tuve que hacer cargo de un montón de cosas a nivel emocional. Cuando yo llegué a la iglesia, yo no lloraba. No, no, no lloraba. La única manera que yo tenía de llorar era a través de un ataque de pánico. Por eso tuve que de alguna manera sabiamente, el cuerpo tenía este tipo de ataques de angustia y de ansiedad porque no tenía por donde, si no iba a explotar por adentro. Y de somatizar las cosas, somatizaba todo.

Cuando tenía los ataques de pánico, los pensamientos que te dan son que te vas a morir. No que vos te querés matar. Vos sentís como que en el medio de un ataque de pánico que estás en una nebulosa. Es una situación de adrenalina muy fuerte que segrega el cuerpo y demás y vos sentís que te vas a morir en determinado momento, por los síntomas que tenés que pensás que listo, que te morís y te morís, ¿viste? Es como algo muy fuerte. Pero los pensamientos de suicidio me venían en una época en que yo estaba muy depresiva dentro de la iglesia, inclusive, en toda esta época y yo por ahí son cosas, que por eso te digo, no te das cuenta, porque yo caminaba por la calle y decía, bueno si me atropella un auto, me atropella y cruzaba en verde. Osea, decís Dios me salvó entendés de un montón de cosas así. Porque es como que entrás en una especie de depresión porque me hacía mal a mis emociones porque yo había entrado en una paranoia espiritual si lo querés llamar así.

Porque en ese tiempo me ministraban liberación. Varias veces. El tema es que ellos me ministraban liberación, pero me ministraban liberación en algo que era emocional porque yo ya había hecho liberación. Te digo que llegó un momento en el

que yo decía Dios, si tengo un demonio adentro sacame todo porque estoy podrida de estar en liberación cada tantos días y no se me soluciona el problema.

Cuando Antonella recuerda lo que le sucedía retoma elementos propios del discurso de los profesionales de la salud de los que se ha apropiado. Aparecen nociones médicas, que ella adquirió en la atención psiquiátrica que recibió una vez finalizada esta primera etapa y las lecturas que realizó de materiales de Psicología.

Relata cómo era el proceso de ministración de liberación que terminaban cuando ella lloraba. En ese proceso le buscaban sacar diferentes espíritus “de todo, por las dudas”

Me decían, bueno, vamos a orar y cosas como: no cruces las piernas, no cruces los brazos, y por ejemplo empezaban a orar reprendiendo y atando y orando y orando para que te salga el demonio que tenés adentro en el nombre de Jesús. Yo todo espíritu de esto, espíritu del otro. También en una forma de gritar, en una forma fuerte en la que a mí claro, yo terminaba llorando y terminaba super agotada y estresada de una liberación, mal.

Porque para mí justamente que viví situaciones de violencia que me gritaran o me fueran fuertes en lo que me decían o es como que era una situación de tensión emocional fuerte. Yo terminaba llorando y quizás ellos lo adjudicaban a que realmente había algo que estaba saliendo.

El resultado de pasar por esa situación era muy negativo para Antonella: “Entonces yo llegaba a mi casa después de eso, mal. Quedaba peor. Si iba con un ataque de pánico, venía con un ataque de pánico peor”.

Este tipo de ministración se conoce entre los evangélicos como “liberación de confrontación”. Este tipo de liberación es la que enseña que quién ministra debe hacer una demostración de poder a través de los gritos y la oración intensa. La persona ministrada no es tenida en cuenta en el proceso. Solamente se le dan pautas que debe seguir y que Antonella describe: no cruzar las piernas o brazos (para evitar que los demonios pasen de un miembro a otro sin salir del cuerpo), no tomar agua (porque los espíritus vienen de lugar desiertos). Algunas conductas se toman como evidencias materiales de que la liberación se ha producido: el vómito, el llanto, el bostezo, la evacuación de heces, la orina. De algún modo cuando algo “sale” del cuerpo de la persona ministrada es visto como una señal de que un espíritu maligno está saliendo.

Mientras tanto, la entrevistada relata que tenía experiencias directas con Dios que fueron las que reconoce como sanadoras: “No me olvidé de la presencia de Dios

ministrando mi vida con amor.” Este tipo de experiencia individual de encuentro con la divinidad es alentado y legitimado por las iglesias bautistas de manera especial. El fundamento doctrinal es la “doctrina del sacerdocio de todo creyente” que plantea que cualquier creyente está habilitado para entrar en la Presencia de Dios a partir de creer en Jesús.

6.4- Segunda etapa: Sanidad Interior

Antonella reconoce que en un momento hizo el pasaje de la Liberación hacia la Sanidad Interior —que es la sanidad de lo emocional:

Hasta que el Señor me mostró que era emocional y que él iba a sanar mis emociones de manera progresiva. Pero que basta de liberaciones porque eso me hacía mal. Es como que entras en una paranoia espiritual si lo que querés llamar así, en la que decís qué tengo, qué me pasa que no se me sale de adentro que a cada rato están echando.

Todo el proceso de Liberación terminó en un retiro espiritual donde Dios “les mostró” a los líderes que ya no era necesario:

Me acuerdo de haber estado en la oficina varias veces que me hagan liberación, de haber estado en la célula y que viniera una mina por ejemplo, de afuera y me hizo liberación. Ni sabía ni quién era. Viste cuando decís, nunca más. Pero no me acuerdo bien que por ahí contaba lo que me pasaba o lo que sea y por ahí en medio de un ataque o en el medio de sentirme mal o lo que sea me oraban y terminaba de alguna manera en liberación.

O todo era un espíritu. De pánico, no porque tenés que rechazar ese espíritu de temor que tenés y entiendo que lo espiritual está ligado a lo emocional y a lo físico porque todo está ligado pero hay cosas que son emocionales y hay que sanarlas emocionalmente.

Estaban con que yo tenía un espíritu de muerte también. Porque yo tenía depresiones y en su momento nunca me quise matar pero he tenido depresiones y pensamiento de suicidio y eso.

Entonces me acuerdo que en un retiro, después de tiempo, eh, me pudrí y dije bueno, listo. Me acuerdo de haber cerrado los ojos y hacer fuerza porque encima se manifestaban un montón de brujas y cosas así que eran cosas posta y estaban todos ellos y yo. Brujas y demás que se manifestaban y dije, listo ahora se me viene a mí y salto por el techo, no sé, camino como una rana tipo el exorcista... pero listo Señor, sacame lo que me tengas que sacar porque es como que no se puede seguir con esta situación. Y ahí cuando vino a orar por mí el pastor me dijo: El Señor me dice que no tenés nada.

¡Uh! Cuando yo recibí eso, en ese momento en el que Dios estaba y ellos como que dejaron su parte racional y Dios les mostró. Ahí yo confirmé que esto es emocional. Dios tenía razón. Dios va a sanar mis emociones. O sea. Y la sanidad emocional es algo gradual. Entonces yo cuando llegué con ataques de pánico y pensamientos que tenía de suicidio y demás supe que no me supieron tratar en mis emociones ni supieron entender cuál era mi carencia qué era lo que había que suplir en ese momento.

Antonella menciona el accionar de los demonios cuando dice “se manifestaban”. Se refiere a conductas que son interpretadas como la evidencia de posesión demoníaca. Ella es dada de alta de la liberación luego de ese retiro. Inicia una nueva etapa.

6.5- Tercer etapa: liderazgo

Luego de pasar por sanidad interior Antonella comienza a ocupar un lugar de liderazgo en la Iglesia. Ella entiende que fue clave dejar de sentir culpa de estar endemoniada. Durante la entrevista se preocupa por dar a entender lo que aprendió en este proceso, repitiendo varias veces la pregunta “¿entendés?”.

Destaca que la intervención de los líderes en la primera etapa para ella no servía porque no se enfocaba en lo que necesitaba realmente:

Porque por ejemplo, si yo tenía un ataque de pánico, si una persona que tiene un ataque de pánico, vos la ministrás gritándole y retándola, la ponés peor. Porque la persona cuando está en el medio de un ataque de pánico y tiene los niveles de ansiedad allá arriba necesita que vos la calmes, le ores con el amor de Dios, ¿entendés? Porque la persona en ese momento piensa que se va a morir, que se va al infierno. A mí me pasaba que se me juntaba eso, se me juntaban los sentimientos de culpa. Entonces metidos con los sentimientos de culpa yo decía tengo algo malo. ¿No sé qué es? No voy a ser salva porque no puede ser que no me pueda liberar. ¿Entendés lo que te quiero decir? Entonces es como que sentía mucha culpa hasta que entendí que era emocional.

Cuando vos lo ves en ciertas cosas ya sana, que lo ves para atrás. Vos decís, si me hubieran avisado o si se hubieran avivado que esto era emocional el proceso de restauración no hubiese sido años, hubiese sido de meses por ahí o capaz que en el instante.

Todo lo de la liberación me la complicaba y me ponía más depresiva. Porque yo sentía la culpa de que había algo mal. Entonces yo vivía el evangelio con culpa. Con esa carga de que tenía que hacer todo el tiempo cosas o estar perfecta para que Dios me acepte. Y con esa carga.

Nuevamente aparece un proceso de Antonella en su relación personal con Dios. Ella refiere a sus diálogos con Dios que le fue mostrando lo que pasaba. Y también en esos diálogos se suman algunas personas de la iglesia, de la célula:

Y eso de ¿qué tengo? ¿Por qué? ¿Qué tengo de malo? Si yo te amo, por qué vos no me podés hacer libre de las cosas. Entonces Dios me fue mostrando muchas cosas. Yo me acuerdo de hacer un proceso de sanidad sola y con algunas personas de la iglesia, chicas de la célula que han ayudado en darme algunas palabras, como cuando recién empecé el salmo 91. Pero era como que yo necesitaba reestructurar todo un sistema

emocional y mental del cual yo venía totalmente raro que fue lo que yo usé para sobrevivir todo ese tiempo. Porque cuando mi papá se fue, quedó.

El modo en que Antonella entiende su proceso es acorde con las enseñanzas de la iglesia en cuanto a la Sanidad Interior: “reestructurar todo un sistema emocional y mental”. Esa reestructuración tiene en ella algunos rasgos que sobresalen, de los que se mencionan en los materiales sobre sanidad interior: el perfeccionismo, la adicción a la aprobación, la incapacidad de expresar las emociones. Y agrega elementos de la psicología:

Entonces, por ejemplo, la culpa, tener que estar todo el tiempo siendo perfecta, hacer cosas y demás para ser agradable a los otros y agradar a los otros. El no saber expresar, no saber decir, bancarte siempre todas las agresiones de las personas. Por eso ahora si viene alguien y me quiere decir demonio de no sé qué y gritarme le digo, pará a mí no me empujes. Es otra cosa. En ese momento no me sabía defender porque lo único que estaba acostumbrada a recibir eran que yo tenía que ser fuerte y tomar la carga de un montón de cosas pero cuando alguien me agredía o me gritaba o me rebajaba yo no sabía cómo expresarme.

Porque como toda la vida tuve que ser receptiva a eso porque no podía expresar, por ejemplo, delante de mi papá. No podía decir A porque se armaba lío. Entonces todo eso costó años de estudiar, de leer libros de psicología, de tratar de ir entendiendo y decir no, yo tengo que empezar a poner límites, yo tengo que aprender a hablar, a expresar. Si no expreso las emociones me enfermo por adentro. Cuando empecé a ver que empezaba a somatizar cosas, ¿viste?

Pero todo ese proceso lo fui, el proceso emocional, lo fui haciendo sola hasta recién ahora uno va madurando. Fui leyendo más libros de psicología y empecé a entender algunas otras cosas y voy sanando algunas otras cosas porque lo que yo necesitaba era la sanidad emocional.

Se dedica a leer libros que le ayudan a entender. La misma iglesia le da acceso a esos materiales, que son en algunos casos libros de editoriales cristianas, y es además derivada a la atención de un profesional psiquiatra.

El balance que hace Antonella es positivo por su relación con Dios y por lo sucedido en una segunda etapa de recibir ministración de sanidad interior:

Yo no puedo decir que Dios fue perjudicial para mi vida, porque Dios fue lo mejor que yo conocí en mi vida, él fue el que restauró mi vida. Pero si la iglesia no me ayudó en ese proceso porque no lo adjudico a que haya mala intención sino que no sabían contener, no sabían entender, no sabían lo que es un ataque de pánico. Entonces adjudicaban eso a algo espiritual y por ahí no podían entender que era algo emocional que tiene que ver con un proceso de ansiedad que la persona tiene que empezar a sanar. Entonces toda esa primera etapa fue fea.

Luego hubo una etapa donde pasé por Sanidad interior. Tenía entrevistas y me empezó a servir un montón porque ahí yo pude empezar a entender que Dios lo que

quería era sanar mis emociones. Y era diferente el nivel de sanidad interior porque cuando hice sanidad interior me explicaban determinados procesos. Íbamos orando. En ningún momento me agredieron.

Vuelve a diferenciar esta segunda etapa de la anterior que se relaciona con su historia personal como víctima de procesos violentos. Destaca que “lo puedo contar como lo viví yo. Quizás los pastores tenían otra percepción”.

A veces el proceso de liberación para mí era agresivo porque yo viví en un ambiente de gritos, de romper cosas. Para mí que venga una persona, en el nombre de Dios que te diga: “demonio de no sé qué salí de ahí, bla, bla, bla”. Es como que vos decís estoy recibiendo lo mismo de lo que vengo ¿esto es Dios? Osea.

Un rasgo característico en la experiencia religiosa de la entrevistada es la vivencia de Dios como alguien cercano con quién dialogar que ella contrapone a la imagen de Dios que había construido en el sistema de creencias del catolicismo.

Así yo vivía a Dios y además yo venía con un Dios de una concepción muy católica y muy de la culpa y de tener que agradar, un Dios muy lejano, un Dios que vos es como que para agradarle tenés que hacer cosas. La iglesia católica predica con palabras la gracia pero no en hechos. Porque es como que viste me re esfuerzo por ir a Luján y soy buena persona y Dios va a aceptarme.

Hasta que vos empezás a entender que Dios va más allá de lo que vos hagas, la aceptación de Dios para con tu vida y entonces eso te quita una carga también emocional de decir tengo que ser perfecta para que Dios me acepte. Y además empezar a entender que uno proyecta en Dios la imagen de sus padres. Por ejemplo, si tu papá era un tirano muy probablemente vas a ver una figura de Dios tirana hasta que empezás a experimentar y a cambiar toda una estructura mental. Cada vez que pecaba, que me equivocaba me iba al infierno prácticamente. Porque era lo que yo venía transmitiendo, viste.

Nuevamente Antonella retoma la idea de “estructura mental” como aquello que debe ser cambiado para acercarse a Dios. Cuestiona lo católico y enfatiza en el tema de la gracia de Dios. Este es un concepto que se enseña en los ministerios de sanidad interior porque resalta que Dios ama y acepta a la persona a pesar de sus errores. Muestra una imagen de Dios cercano, amigo, que contiene y consuela.

Como líder de una célula de jóvenes aplica lo que había aprendido de sus experiencias de pasar por liberación:

A mí me tocó en el grupo de jóvenes, una chica que en una reunión de jóvenes le agarró un ataque de pánico. Cuando vos vivís determinadas cosas te das cuenta enseguida las personas que les pasa. Yo me di cuenta de que no se si ya había llegado

a un ataque de pánico pero si tenía un ataque de angustia muy fuerte, se había puesto a llorar. Nadie entendía nada.

Claro, lo primero que vinieron a hacer todos los jóvenes fue orar a reprender y ahí me tocó un punto débil porque los saqué corriendo a todos. No se cómo hice en ese momento. Los saqué les dije: se van todos de acá porque yo se tratar esto. Lo de ella es un ataque de pánico. No le ora nadie. Porque quizás en algún punto yo me sentí identificada. Yo ya era líder de célula. Líder de jóvenes también.

Recapitulando

En estas tres etapas vemos como se ponen en juego frente a la situación que vive la entrevistada las creencias de los diferentes actores involucrados. Por un lado en la primera etapa es un emergente la creencia de que sus problemas provenían de espíritus malignos y el modo de intervención es la liberación. Frente al hecho de que este tipo de ministración no es efectiva Antonella pasa a Sanidad Interior. En este campo hay muchas intersecciones con la psicología y la psiquiatría en los modos en los que se definen las causas y modos de resolver las problemáticas de las personas.

En las expresiones de Antonella distintos discursos se ponen en juego por lo que es posible identificar intertextos en lo que ella plantea. Es frecuente encontrar diferenciaciones y vínculos entre,

- el soporte biológico de algunos procesos con una mirada médica: la segregación de Adrenalina, la presencia de síntomas, la psicopatización, el perfeccionismo, la culpa, la imagen paterna.
- los temas emocionales, más ligados a un discurso psicológico: la violencia, el efecto de ser víctima, la incapacidad de expresar emociones.
- lo espiritual, con conceptos propios de la teología: el amor y la gracia de Dios, los dones, el Espíritu Santo, los espíritus demoníacos
- lo racional, con nociones más ligadas a la psiquiatría: las estructuras mentales, los conceptos que impiden oír la voz de Dios.

Esta riqueza en los modos de explicar la propia trayectoria es una evidencia de cómo las intersecciones argumentativas entre las diferentes miradas se ponen en juego cuando el joven es objeto de múltiples intervenciones frente al riesgo de suicidio. Su comprensión de lo que le ha sucedido está mediada por sentidos de los diferentes campos y estas

nociones son evaluadas por la joven en términos de su efectividad para superar la ideación suicida.

A través del caso analizado es posible ver como se enlazan y efectivamente conforman un esquema interpretativo, por un lado los factores de riesgo que se identifican en los antecedentes familiares de enfermedad mental, violencia, alcoholismo. Por otro, también se reconocen factores predisponentes al suicidio que darán lugar a la ideación: ataques de pánico, angustia, depresión. Antonella sufre enfermedad mental, no obstante los factores sociales, las creencias compartidas y la pertenencia a grupos parecen determinantes. En relación con su situación aparecen las visiones de la muerte como algo posible así como los componentes espirituales ligados a su riesgo de morir. Y Antonella sobrevive.

CAPÍTULO 7

NÚCLEOS CONCEPTUALES Y BASES ARGUMENTATIVAS DE LAS CONVICCIONES. PRINCIPALES HALLAZGOS

*Desde que los humanos fueron conscientes de su propia fragilidad y mortalidad,
han buscado respuestas a los misterios de la vida. (Bianchi, 2013:39)*

Durante el desarrollo de los diferentes capítulos se han identificado las creencias puestas en evidencia a través de los discursos de los cuatro grupos de agentes seleccionados, a saber, profesionales de la salud, sociólogos, filósofos existencialistas y teólogos bautistas. Como habíamos hipotetizado encontramos múltiples intersecciones conceptuales, la descontextualización de algunas nociones y de líneas interpretativas muy utilizadas, y la fuerte presencia de las tendencias modernas de fines del siglo XIX en el análisis científico caracterizado por la relación causal simple, lineal y unidireccional, como la preeminencia de una valoración estadística del problema del suicidio juvenil en consonancia con los primeros desarrollos de la clínica y la epidemiología.

Estos recursos cognoscitivos se ponen en juego en los modos en que se construye la argumentación. Hay ciertos núcleos argumentativos que se mantienen relativamente incuestionables, aspecto que hemos tratado de explorar y presentar.

De las estrategias retóricas posibles hemos identificado con claridad —tanto en el discurso científico como religioso— algunas de ellas que recurrentemente procuran convencer de una creencia.

Una de las más empleadas para la persuasión ha sido la metáfora. A lo largo del estudio se han identificado algunas metáforas que definen el modo de conceptualizar al suicidio. Así se lo define como “escape al sufrimiento”, “final del recorrido”, “donación gratuita”, “inconsolable”, dando cuenta de los elementos que dan origen al suicidio y también como “deseo imposible” o “creencia imaginaria”. Estas últimas expresiones dan cuenta de que al explicar el suicidio hay una profunda sospecha de que el joven no desea morir. Quiere poner fin a una cierta vida que no vale la pena seguir viviendo. No desea terminar con su existencia sino con el sufrimiento, el dolor intolerable de las circunstancias en las que se desarrolla. Hay un uso frecuente de la idea de que el suicidio es algo “contra la naturaleza humana” haciendo énfasis en que rompe con la racionalidad que es lo “naturalmente humano”.

La estrategia *enexemplo* se pone en evidencia en la definición de lo que debe ser el joven, la familia, la escuela, el mismo Estado con miras a prevenir el suicidio. Estas formas narrativas ‘ejemplar’ procuran determinar las conductas que tienen que llevar a cabo una persona o grupo. Distinguen lo que es legítimo de lo que no lo es, y establecen lo que debe y lo que no debe hacerse o creerse. Cuando los autores dan estas descripciones no contraponen ninguna forma de prueba científica que fundamente que así debe ser. Solo se lo presenta con una contundencia rotunda: la familia debe ser estable; la sociedad inclusiva; la escuela debe educar para prevenir y lo va a lograr; los docentes deben ser comprensivos, comunicativos y flexibles; el joven debe proyectarse al futuro; el Estado debe intervenir más.

Respecto de las distorsiones cognitivas el pensamiento absolutista parece ser el modo dominante en el discurso religioso, mientras que en autores de la salud pública es frecuente encontrar ciertos elementos de pensamiento catastrófico sobre todo con argumentos que apelan a fundamentar la necesidad de intervención estatal. En relación con los factores de riesgo es posible encontrar algunos rasgos de la inferencia arbitraria que se exponen en detalle más adelante.

En otro orden, un núcleo conceptual y argumentativo que no presenta mayores controversias es la creencia que el suicidio es un proceso. Esta se inicia con la idea, es por eso que es premeditado, deliberado. En la concepción antropológica presente en los materiales el hombre es un ser racional. El suicidio es un acto que rompe con la racionalidad. Lo que quiere evitarse produce la autodestrucción con lo cual el joven que se suicida se vuelve un no hombre. Un ser irracional. Alguien que necesariamente tiene afectadas sus capacidades mentales para darle lógica la decisión que ha tomado. Se cree que en el origen del suicidio hay una decisión que puede ser vista como racional o demencial, de poner fin a algo que difícilmente es la intención del joven es destruir su propia materialidad.

Para explicar el proceso que lleva al suicidio se apela a factores los que -siguiendo la lógica epidemiológica- se dividen en dos grandes grupos: predisponentes y desencadenantes.

Los factores predisponentes son aquellos que hacen a un modo de comprender la vida y la muerte que tiene su origen en la trayectoria familiar y comunitaria y en la herencia social; a unas condiciones de enfermedad mental del joven y a ciertos rasgos

neurobiológicos que hacen que la persona sea capaz de pensarse muriendo y ejecutar su propio desenlace.

Desde el punto de vista religioso la influencia negativa del pasado personal, familiar y comunitario se explica en términos de maldiciones generacionales o acción demoníaca.

En este primer grupo de factores hay profundas coincidencias en el creer de los campos científicos y religiosos. Las razones que predisponen a un joven al suicidio son los aspectos internalizados en su modo de entender la realidad, los conflictos y las pérdidas y la enfermedad mental cuyo origen se encuentra en agentes endógenos (neurobiológicos) y exógenos (trayectorias vitales). Al escuchar testimonios aparecen nociones científicas asumidas, empleadas con precisión teórica.

En las argumentaciones científicas se nominan aspectos espirituales de las personas recurriendo a terminologías más propias del discurso religioso: la culpa, el dolor, la falta de paz, la falta de perdón, el rechazo y el auto rechazo son nociones ampliamente mencionadas en los modos de explicar la decisión del suicida. Elaborar la culpa es algo que parece tanto en los argumentos de los profesionales de la salud como pastorales. En ambos casos la resolución de la culpa se asocia al perdón. Si bien las implicancias de esos términos tienen variaciones son los mismos en el discurso científico y en el religioso. Es que lo devastador del suicidio de un joven abre paso a un profundo sentimiento de culpa en su entorno. Es el registro de que fuimos incapaces de evitar que sucediera algo que es completamente irreversible para la ciencia, aunque no para la fe.

Estas interrelaciones encuentran su máxima expresión en las palabras de los mismos jóvenes, de los cuales el relato de Antonella funciona como un caso testigo.

Por su parte, los factores desencadenantes son aquellos que por la profundidad de su impacto precipitan el pasaje al acto del suicidio. No son completamente responsables del suicidio. Se cree que sin la presencia de elementos predisponentes, aun con los mismos episodios desencadenantes, no se daría el suicidio consumado y ni siquiera alguna conducta auto lítica.

Estos factores son siempre sociales. Tienen diferentes niveles de distancia con el joven pero le llegan en cierto momento con una fuerza destructiva. Los más lejanos —en cuanto a su origen, porque el joven no tiene posibilidad de agencia para influir en ellos— son las condiciones estructurales de exclusión y desigualdad. Se hacen cercanos al joven

cotidianamente porque hacen a las condiciones materiales de vida. Definen el acceso no solo a ciertos bienes sino también a los servicios de salud, a la educación, a la construcción de la ciudadanía en un sentido concreto de opciones elegibles y realización o frustración de expectativas del joven.

La exclusión residencial también es cercana en los ambientes donde la impunidad, la inseguridad y la violencia son moneda corriente, y vuelven a la vida muy cercana al miedo, al padecimiento extremo, a la desesperanza, a la anomia. Ese marco desencadena suicidios juveniles.

Pero más cercanas al joven están las pérdidas afectivas, los fracasos sentimentales, escolares, laborales; cuando el joven no logra estar a la altura de lo que él mismo o los otros esperan de él. La muerte de seres queridos, el suicidio de jóvenes amigos, pueden operar como desencadenantes. También los procesos de aislamiento por desarraigo que dejan al joven sin los lazos sociales relevantes para su vida.

También estas nociones se recuperan y están presentes en lo religioso aunque se integran los elementos sobrenaturales por la intromisión de espíritus malos o de personas que actúan como parte del reino de las tinieblas, los que son señalados como los agentes que buscan la interrupción de la vida joven.

En los textos analizados y en los testimonios, la familia asume un rol protagónico para el desencadenamiento del suicidio: familias inestables, abandonicas, violentas, extremadamente rígidas, ausentes. Fundamentalmente familias que no cuidan, que no integran. Tal vez sea por eso que la iglesia es para Antonella su “familia de la fe” porque pasa a ocupar el lugar vacío que deja su familia, en donde la violencia y la fractura son fuertes.

Claro, familias ideales como todos los patrones que operan de modo implícito o explícito en consonancia con el clásico distingo normal-anormal; y también en algún punto sociedades ideales, pues aun cuando se señale la desigualdad y las privaciones ello no redundará en planteos concretos de cambio macroestructural; es decir que, veremos de aplicar unas intervenciones que se orientan hacia una imagen-objetivo que siempre mantiene una distancia con los contextos reales, por lo que resultan dudosos sus resultados. Claro que estas son presunciones: no hemos encontrado evaluaciones ni sistematización de experiencias que pongan en práctica las recomendaciones.

El modelo epidemiológico se mantiene incuestionable en los materiales recogidos y tanto los diagnósticos como las alternativas de intervención giran en torno de los factores de riesgo, entre los cuales –como hemos profundizado en el capítulo 4- los sociales resultan determinantes en las explicaciones. Asimismo, no se detectan críticas al modelo, ni siquiera en los términos más generales que planteara Illich en *Medical Nemesis* (2002 [1975]) cuando analiza la despersonalización del diagnóstico y del tratamiento lo que deriva en problemas técnicos como éticos; o más específicos de Breihl (2003) al discutir el concepto de riesgo en su formalización positivista y con valor probabilístico frente al sufrimiento en el marco de condiciones situaciones y estructurales (derivadas de la etnia, el género y la clase), cuando el margen de libertad para operar sobre tales factores es 0 o cercano al 0. Ello puede explicar la inacción, o los problemas de traducción de las previsiones en acciones.

Por el lado de los factores sociales, estos presentan una notable complejidad y vaguedad en la medida que remiten a indicadores y variables que en su mayoría escapan al poder de acción de los individuos, de allí que casi automáticamente se deba apelar al poder del Estado a través del concepto de salud pública, al que se remite casi sin cambios respecto de sus inicios a comienzos del siglo XX.

Otro consenso importante que analizamos gira en torno de la prevención. Una creencia fundante en los materiales es que el suicidio puede evitarse, prevenirse; en este sentido, al igual que cualquier muerte. La prevención se basa en la creencia de que en ningún caso la muerte es la solución para los problemas de la vida. Hay consenso en que el joven no debe decidir terminar con su vida. Si lo hace es que algo definitivamente no está bien.

Frente al suicidio consumado no hay nada que hacer salvo prevenir tanto el efecto imitación como los efectos negativos en el entorno del joven fallecido. Es por eso que las propuestas se organizan en torno a la prevención como única intervención posible.

Hay un plano macro de intervención que corresponde a la gestión estatal: la desigualdad, la exclusión. Como actores estatales que deben involucrarse están los docentes. Hay una creencia muy fuerte en la potencialidad de su tarea. Casi no se fundamenta, sino que se asume que la educación es el mejor modo de prevenir. Hay que educar a los mismos docentes, a los profesionales de la salud, a los padres, a las familias, a los jóvenes. Tanto en lo religioso como en lo científico se cree en la efectividad de la educación, pero

también de la medicalización, del cuidado y del auto-cuidado, de la información y la comunicación, de la investigación:

- Se previene educando al dar herramientas a los mismos jóvenes para enfrentar sus problemas, conflictos y decisiones siendo capaces de encontrar alternativas.
- Se previene medicalizando los estados de ánimo peligrosos, especialmente los cuadros depresivos mayores.
- Se previene informando sobre los factores de riesgo a la población en general y a los profesionales para que sean capaces de detectar casos potenciales en fases iniciales del proceso suicida.
- Se previene comunicando adecuadamente los casos de muerte por suicidio para evitar el efecto imitación.
- Se previene cuidando a los jóvenes en los hogares, reduciendo el acceso a medios letales.
- Se previene investigando, porque se pueden encontrar las regularidades que posibiliten anticipar decisiones de política pública.
- Se previene ayudando al joven a proyectar la propia vida, porque se considera que la capacidad de pensar en un futuro posible evita el suicidio.

Respecto la atención a los jóvenes y las metas de política pública, se señalan unos objetivos que podrían formar parte de cualquier política socio-sanitaria destinada a la solución de los problemas vitales (y que en este caso hacen imposible seguir viviendo): revertir el fracaso escolar dando nuevas oportunidades; solucionar el desempleo, reducir las desigualdades, fortalecer a las familias, propiciar redes y grupos de pertenencia. Resulta ostensible -como contracara de lo expuesto- lo inespecífico del discurso de los expertos en materia de suicidio.

Finalmente, el caso de Antonella es ilustrativo de un éxito preventivo aunque por fuera de todo marco de política pública. Ha sido posible identificar que su propia comprensión de la situación con otros recursos explicativos y el acompañamiento de un grupo de pertenencia, sumado al cuidado pastoral y la psicoterapia le salvaron la vida. Ella sostiene que ha sido Dios quien lo hizo dando a su fe un protagonismo para seguir viviendo.

CONSIDERACIONES FINALES

a- Balance de lo realizado

Elaborar una recapitulación a modo de cierre de un trabajo tan intenso y extenso en el tiempo es un doble desafío. Por un lado, el riesgo de simplificar la lectura de los discursos de los profesionales leídos, de las creencias involucradas, de los testimonios escuchados; por otro, evitar los lugares obvios y superar esa sensación que se tiene luego de tantas páginas leídas y escritas, lo que por momentos hace que parezca que ya está todo dicho.

Un reto que hubo que encarar ha sido la aridez del tema de la mortalidad juvenil. No es sólo es trabajado sectorial y parcialmente, sino esencialmente es triste; moviliza en un nivel muy profundo a quienes nos encontramos cotidianamente con los jóvenes que encarnan los datos de las investigaciones. Ellos tienen rostros, nombres, historias. Sufren. Lloran. Buscan ayuda y solo a veces la encuentran. Muchas veces están solos frente a la exclusión, el dolor y la pérdida. Es que esta investigación no trata tan solo de teorías abstractas o ejercicios académicos. Trata de la calidez de las historias personales y a la vez de la frialdad del dolor y la muerte prematura. Trata de miles de historias truncadas.

Por cierto que todo ello ha sido también el resultado de mis opciones profesionales y de formación, ligada siempre a la intervención directa en el mundo de la vida de los sujetos y especialmente de los jóvenes.

En fin, concluir este trabajo supuso enfrentarme con preguntas sin respuesta, con la inacción sostenida, con la certeza de que no logramos saber a ciencia cierta por qué tantos jóvenes se suicidan cada año. Es reconocer las propias limitaciones del saber desde las ciencias sociales y humanas, como der cuenta del creer. Imposibilidades explicativas insoslayables, grandes preguntas, tímidas respuestas.

Los materiales producidos desde el campo académico están permeados por esta misma sensación de impotencia explicativa. La decisión —no de uno sino de muchos jóvenes de poner fin a su vida es inexplicable— y ellos ya no están para darnos sus razones.

Nos acercamos al problema desde cuatro miradas, hipotetizando acerca de los conceptos en común y de la similar estructura en sus lógicas interpretativas, y hemos demostrado que las intersecciones en las explicaciones son múltiples, y los argumentos sostienen con convicción un conjunto de creencias que se han puesto en evidencia.

La combinación de diferentes perspectivas frente al mismo objeto en la búsqueda de las intersecciones argumentativas entre teólogos, filósofos existencialistas, profesionales de la salud y sociólogos se desarrolló en tres fases: una primera de entrevistas no estructuradas, una segunda fase de análisis de contenidos de documentos a partir de un criterio de muestreo teórico de selección y una tercera fase en el estudio de caso.

Abordar el problema del suicidio juvenil desde la perspectiva de las creencias sociales, ha sido una opción metodológica y también una propuesta de lectura del problema en clave multidisciplinar. Entendemos a la creencia como modelización de la certeza y como modalidad cognitiva que expresa un posicionamiento del sujeto con respecto a un estado de cosas cuyo valor de verdad se sostiene a partir de una adhesión personal en relación con lo compartido por los grupos a los que pertenece. De este modo, ciertos enunciados se aceptan como ciertos, por medio de operaciones subjetivas de aserción o afirmación en función de la legitimidad que le otorga el consenso del grupo. Profundizamos las reflexiones de la investigación a la luz de este concepto. Teniendo en cuenta la heterogeneidad de itinerarios disciplinares de esta tesis, se ha profundizado en las intersecciones argumentativas entre las distintas disciplinas que convergen en el campo de las ciencias sociales.

Así hemos intentado plasmarlas en un texto que se estructura con una introducción, siete capítulos, unas consideraciones finales, y dos anexos, no por su ubicación menos importantes; muy por el contrario exhiben un puntilloso trabajo en gabinete para dar cuenta de la recopilación y elaboración estadística en torno del problema objeto de estudio entre los años 2000-2007, del análisis sistemático de contenidos realizado, tanto en lo que respecta a la base bibliográfica, como a las desgrabaciones y análisis cualitativo a partir de los registros de primera mano obtenidos en las observaciones y entrevistas, a través de un acercamiento etnográfico.

En el recorrido del primer capítulo se exponen las bases conceptuales que sostienen las decisiones metodológicas adoptadas. La complejidad de la cuestión ha requerido un abordaje a través de una estrategia de triangulación. Los datos cuantitativos emanados del Ministerio de salud ubican la dimensión y relevancia social del problema del suicidio juvenil en Argentina. El análisis del contenido de materiales producidos por los profesionales de la salud, los sociólogos, los filósofos existencialistas y los teólogos bautistas posibilita construir un cuadro de situación sobre las explicaciones vigentes y hallar las creencias compartidas en estos diversos campos y contextos de producción que

exponen empleando los patrones de argumentación propios de cada disciplina las narrativas que legitiman sus creencias.

En el capítulo segundo se presentan los modos de comprender y creer sobre la juventud. Por un lado, la función social asignada a los jóvenes como protagonistas del cambio social, como esperanza bajo sospecha. Por otro la profunda demanda de que proyecten su propia vida hacia el futuro no solo en la búsqueda del logro del status de adulto sino también para la construcción de mejores comunidades en el futuro. Y finalmente las contradicciones que se evidencian al relacionar a los jóvenes con la muerte: mientras la mortalidad juvenil es un fenómeno sostenido y creciente, no se configura como objeto de políticas de salud pública y queda reducido a las estrategias de cuidado que pudieran desplegar los círculos más cercanos a cada joven. Mientras los jóvenes mueren, pareciera que solo se espera que no suceda.

En la segunda parte de la tesis se exponen los hallazgos del cuadro de trabajo (Anexo 8) en el que se presenta el resultado del análisis de las fuentes a partir de las categorías planteadas. Algunas permiten configurar características del contexto de producción: año, lugar de realización, instituciones de referencia y pertenencia tanto de los autores como de la publicación, tipo de trabajo. Por otra parte se detalla el campo disciplinar al que pertenece cada trabajo, una descripción de la bibliografía que se utiliza, las variables del estudio y un resumen. Luego de ese encuadre, se incluye la definición de suicidio que proponen los autores, una cita clave (en términos de que marca el aporte novedoso del trabajo a la temática), las palabras claves o conceptos centrales y el énfasis en la propuesta de intervención. Es la lectura y reflexión con base el cuadro que provee buena parte de los insumos para esta segunda parte de la tesis.

El capítulo tercero expone las principales nociones asociadas al suicidio juvenil que configuran el entramado de sentidos que lo explica. Iniciando con la idea de factores de riesgo entre los cuales la enfermedad mental ocupa un lugar preponderante y desarrollando las maneras de entender a la muerte en el contexto de la historia de la muerte en la cultura occidental.

Al llegar al capítulo cuatro se detallan los factores sociales que se vinculan al suicidio, como sus desencadenantes: la insuficiente integración del joven en el marco del proceso de individuación da origen al suicidio egoísta. La falta de regulación social y normas que contengan al sujeto posibilita la existencia del suicidio anómico. La

imposibilidad de dar un mensaje a otros de otro modo origina el suicidio diádico en el cual el sentido es comunicacional.

El capítulo cinco presenta las propuestas de intervención sobre el suicidio. Se basan en la creencia fundante de que el suicidio es prevenible. Proponen como deben ser las sociedades, las familias y los jóvenes para evitar el suicidio.

En el capítulo sexto los resultados del estudio etnográfico posibilitan hacer una descripción del caso de Antonella en el que pueden verse puestos en juego discursos, nociones y creencias de los campos analizados. Al relatar su propia historia la joven recurre a contenidos provenientes de los diferentes contextos que le dan recursos argumentativos para encontrar sentido a su trayectoria y que evitaron su suicidio.

De los anexos agregados, cabe destacar la importancia del "cuadro de fuentes" (Anexo 8), que proporciona a la vez un mapa de lectura y una síntesis de muchos de los aspectos conceptuales que sustentan el planteo, articulados bajo la forma sistemática de un esquema, encaminado a orientar al lector acerca de la modalidad de interpretación de las fuentes documentales consultadas y a facilitar una visualización del recorrido conceptual y de las intersecciones disciplinares.

Durante el desarrollo de los diferentes capítulos se han identificado las creencias presentes, a partir de los modos en que se construye la argumentación. Hay ciertos núcleos argumentativos que se mantienen relativamente incuestionables como se detalla en el último capítulo.

b- Nuevas aperturas

En el material trabajado, hay aspectos que no se han enfatizado y quedan como aspectos que podrían considerarse en futuras investigaciones. Desarrollos como la idea de "suicidio ómnibus" o conductas "parasuicidas" dan cuenta de procesos suicidas que no se registran ni interpretan como tales. Su análisis quizás permita redefinir la propia noción de suicidio y ampliar su alcance, tanto en lo que respecta a su comprensión como a las posibles estrategias de intervención.

Otra derivación constituye la cuestión de la violencia social como marco para el suicidio, considerado éste como muerte violenta. En relación con la violencia se dice que "encuentra un excelente caldo de cultivo" en la apatía, en la falta de proyecto de futuro,

en la ausencia de perspectivas, en la quiebra de los valores de tolerancia y solidaridad, hechos que forman parte de la crisis de significaciones de la modernidad. ¿Cuáles son las raíces y respuestas a la cuestión de la violencia? Esos aspectos requieren otras aproximaciones de investigación que los profundicen.

Por su parte, la modalidad del meta-análisis puede ser mejorada y ampliada en la medida que continuemos ampliando la base de materiales bibliográficos. Ello daría cuenta de nuevas aproximaciones, y esperamos de innovaciones en el abordaje del problema en la Región, puesto que tal como hemos puesto en evidencia predominan los principios del proyecto durkhemiano (si coincidimos en su intento de fundar una sociología como ciencia positiva de los hechos sociales) y una noción de lo social con una consistencia específica e irreductible en el esfuerzo por distinguirlo de lo individual (y del análisis psicológico), tanto como de la epidemiología, que dotó de fundamento científico al campo de la salud pública, y a la atención sanitaria de las grandes poblaciones. Modelos sociales orgánicos -sean mecánicos o dialécticos-, sea a imagen de una sociedad moderna o dispersa, de individuos errantes (posmoderna), han derivado en un tratamiento panorámico y cuantificado del problema del suicidio. La mirada probabilística y el riesgo en sus formalizaciones positivistas inhiben el pasaje de la enunciación al acto, aun cuando se insista en la eficacia de las acciones preventivas, de lo cual no hemos hallado evidencia empírica.

Quizás sea la tarea a futuro mostrar un camino alternativo que remita a otra escala, no sólo aquella de la interacción cara a cara para la descripción y análisis del suicidio, sino como un punto de partida distinto para pensar la sociedad: desde los vínculos interpersonales hacia la sociedad. La apertura hacia otros contextos etnográficos seguramente develarán otros entramados de significados sobre la muerte juvenil.

La recolección de otros relatos enriquecería el análisis hasta aquí alcanzado, a los fines de dotar de profundidad el estudio sobre la construcción de un problema público, en este caso, del suicidio juvenil. Asimismo, ha quedado por fuera del análisis en esta tesis, la mirada pormenorizada de los diferentes actores/sectores que participan de las múltiples esferas de acción pública, a través de lo que podemos reconocer como emergencia, configuración e institucionalización de un problema.

Hemos compartido las cifras que dan cuenta de un fenómeno como el suicidio juvenil de carácter creciente en nuestro país. Ello nos motivó a encarar el trabajo de investigación.

Y si bien sus muertes producen una ruptura de sentido no llegan a movilizar decisiones políticas que se involucren en el problema. La situación de los adolescentes y jóvenes — comparativamente con los niños y los ancianos— se presenta como una condición marginal que afecta a un numeroso grupo social, pero con intervenciones puntuales, fragmentadas y escasas, y como hemos analizado en otros trabajos (Barrón, 2006, 2007, 2008) con énfasis en la inserción laboral en casi cualquier condición de empleo.

Como otras tantas “muertes” en la trayectoria del país, pensar en la historia del suicidio como en una “historia social del dolor” es una metáfora elocuente. El sufrimiento que se genera frente a la ocurrencia del suicidio es social. Las pérdidas que se producen afectan a la sociedad en su conjunto. Su medición a través del índice de AVPP (años de vida potencialmente perdidos) dice del problema en algunos aspectos, pero tiene implicancias cualitativas mucho más complejas de ponderar en frecuencia e intensidad.

Al cierre de este trabajo se abren preguntas para seguir reflexionando e investigando: ¿cuáles son las condiciones necesarias —parece aún no dadas— para que la mortalidad juvenil se configure en objeto de políticas públicas?, ¿cuánto pueden aportar las ciencias sociales en este sentido?, ¿será la manera de ver a los jóvenes lo que sigue sosteniendo la inacción frente a su riesgo de morir?, ¿cuál es el valor social que tienen sus vidas?, o en todo caso, ¿valoramos las pérdidas ante sus muertes prematuras?

La investigación ha buscado aportar conocimientos en estas áreas hasta el momento poco investigadas. El suicidio presenta una problemática que exhibe compromisos ligados no solo con la práctica de los profesionales de la salud, sino con la filosofía, la sociología, la religión y la cultura ilustrando las intersecciones entre conceptos, disciplinas científicas y sistemas de creencias.

A través de la modalidad de abordaje del suicidio juvenil desarrollada hemos intentado plantear un diálogo entre la aproximación científica y la dimensión de la religiosidad, viendo en esta articulación el potencial de dar pautas para modalidades de intervención complejas y en la expectativa de que el profundo silencio que rodea a la cuestión del suicidio de los jóvenes encuentre palabras que lo expresen y a través de ellas caminos de salida que puedan evitar lo que en un punto pareciera inevitable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

a- Bibliografía general

- Acuña, Carlos y Smith William (1996) “La Economía Política del ajuste estructural: la lógica de apoyo y oposición a las reformas neo-liberales.” en *Desarrollo Económico*. (Buenos Aires) Vol. 36, N°141.
- Agamben, Giorgio (2005) *Estado de excepción*. (Buenos Aires: Adriana Hidalgo).
- _____ (2008) *El Reino y la Gloria*. (Buenos Aires: Adriana Hidalgo).
- _____ (2003). *Homo Sacer*. (Valencia: Pre-Textos).
- _____ (2007) ‘La inmanencia absoluta’ en *Ensayos sobre biopolítica*. (Buenos Aires: Paidós).
- Allardt, Eric, (1996) “Tener, amar, ser: una alternativa al modelo sueco de investigación sobre el bienestar”; en Nussbaum, M. y A. Sen, *La calidad de vida*, (México: FCE).
- Almeida Filho, Naomar de y Rouquayrol, Maria Zélia (2008) *Introducción a la epidemiología* (Buenos Aires: Lugar Editorial).
- Alvarez, María F. (2002) “La mortalidad por causas externas un desafío multisectorial”. I Jornadas regionales de Asociación de Estudios de Población de la Argentina.
- Andrenacci, Luciano (2001) “Imparis Civitatis. Elementos para una teoría de la ciudadanía” Ponencia presentada en el Vº Congreso Nacional de Ciencia Política de la Sociedad Argentina de Análisis Político. (Universidad Nacional de Río Cuarto).
- Anderson, Justo (1990) *Historia de los Bautistas*. (Nashville: Casa Bautista de Publicaciones).
- Andrés, Ramón. (2003). *Historia del suicidio en occidente*. Barcelona: Península.
- Angelino, Ricardo (2006) “Violencia” en Suarez Richard, Manuel (2006) *Introducción a la Psiquiatría* (Buenos Aires: Polemos).
- Aparicio, P. C. (2008). “Los jóvenes y los retos de la inclusión educativa y laboral en Argentina, a partir de las transformaciones de los años 90. Causas, dinámicas y consecuencias” en *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 10 (1).
- Arendt, Hannah (2003) *La condición humana* (Buenos Aires: Paidós).
- Arceo, E. y Basualdo, E, (1999) “Las tendencias a la centralización del capital y la concentración del ingreso en la economía argentina durante la década del noventa” en *Revista Cuadernos del Sur N° 29* (Buenos Aires).
- Arias Valencia, María Mercedes (2000) “La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones” en *Revista Investigación y Educación en Enfermería XVIII*. (Medellín).
- Arnett, J. J. (2000) *Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties*. (Department of Human Development, University of Maryland).

- Azpiazu, Daniel, (1999) *La desregulación de los mercados. Paradigmas e inequidades de las políticas del neoliberalismo*. (Buenos Aires: Norma/FLACSO).
- Azpiazu, Daniel, (1998) *La concentración en la industria argentina a mediados de los años noventa*. (Buenos Aires: FLACSO/Eudeba).
- Azpiazu, Daniel y Hugo Nochteff, (1998) *El desarrollo ausente. Restricciones al desarrollo, neoconservadorismo y elite económica en la Argentina. Ensayos de economía política*. (Buenos Aires: FLACSO/Tesis Norma).
- Azpiazu, D. *La inversión en la industria argentina. El comportamiento heterogéneo de las principales empresas en una etapa de incertidumbre macroeconómica*. (Buenos Aires: Cepal (1993) Documento de Trabajo Nro. 49.
- Balbi, Julio. (2006) *Integración social de la juventud, Informe sobre desarrollo humano, Provincia de Buenos Aires, 2004-2005*. (Buenos Aires: Fundación Banco de la Provincia de Buenos Aires).
- BANCO MUNDIAL. 1997. *Informe sobre el Desarrollo Mundial: El Estado en un mundo cambiante*. (Washington D.C.).
- Barrón, Elsa Viviana (2006) “Desarrollo Humano, política de juventud, proyectos vitales”; en *El conflicto social y político. Grados de libertad y sumisión en el escenario local y global*, Burkún, M. y C. Krmpotic (comp.). (Buenos Aires: Prometeo Libros).
- _____ (2007) “La teología de la enfermedad y la sanidad en los grupos pentecostales de la Unión de las Asambleas de Dios”, en *Los Caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. Idoyaga Molina, A. (comp.) 2007 Buenos Aires: CAEA/CONICET.
- _____ (2008) “Intersecciones entre religión y salud”, en *Cuidados, Terapias y creencias en la atención de la salud*. Krmpotic, Claudia (comp.) Buenos Aires: Editorial Espacio.
- _____ “Políticas de Juventud en el contexto de la integración regional. Juventudes, inclusión social y desarrollo” Publicado en el informe de las XV Jornadas de Jóvenes investigadores de la AUGM. Asunción, octubre de 2007.
- _____ “Políticas de juventud: ¿más allá de la inclusión?” en *Encuentro Políticas Públicas en la Argentina Actual. De la conceptualización a la experiencia*. Universidad de Buenos Aires. Octubre de 2007.
- Basualdo, Eduardo M. (1998) *Características estructurales de la industria argentina en la década de los noventa*. (Buenos Aires: FLACSO, mimeo).
- Basualdo, Eduardo M. (2001) *Modelo de acumulación y sistema político en la argentina. Notas sobre el transformismo argentino durante la valorización financiera (1976-2001)* (Bernal: Universidad Nacional de Quilmes).
- Bauman, Zigmunt, (1999) *La globalización: consecuencias humanas*. (Brasil: FCE).
- Baudelot, C y Leclercq, F., dirs (2008b) *Los efectos de la educación*. (Buenos Aires: Del estante).

- Beautrais Al, Joyce Pr, Mulder Rt, Fergusson Dm, Deavoll Bj, Nightingale Sk. (1996) *Prevalence and comorbidity of mental disorders in persons making serious suicide attempts: A case-control study*. (Am J Psychiatry).
- Beck, Ulrich, (1998) *La sociedad del riesgo*. (Barcelona: Paidós).
- Beck, U.; Giddens, A. y S. Lash. 1997. *Modernización Reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid. Alianza Editorial.
- Berger, Peter L y Luckmann, Thomas, (2005) *La construcción social de la realidad*. (Buenos Aires: Amorrortu).
- Berger, Peter L y Luckmann, Thomas, (1997) *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. La orientación del hombre moderno*. (Barcelona: Paidós).
- Bernard, Martin (1964) *The Healing Ministry in the Church*. (Londres: Lutterworth).
- Bianchi, Raquel Inés (2013) *Psiquiatría, Psicología y Espiritualidad*. (Buenos Aires: Tribunales).
- Blumer, H. (1969) *Symbolic Interactionism: Perspective and Method*. (Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall).
- Bobes García J, González Seijo J, Sáiz Martínez Pa. (1997) *Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas*. (Masson).
- Bottomore, Tom y Marshall, Thomas H. (1998) *Ciudadanía y clase social*. (Madrid: Alianza).
- Bourdieu, Pierre, (1997) *Capital cultural, escuela y espacio social*. (Madrid: Siglo XXI Editores).
- _____ (1979). “Los tres estados del capital cultural”. En Revista Sociológica N° 5. (México: UAM –Azcapotzalco).
- _____ (1980) *El Sentido Práctico*. (Madrid: Taurus Humanidades).
- _____ (1990) *La juventud no es más que una palabra*, en Sociología y Cultura, (México: Grijalbo).
- _____ (1991). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. (Madrid: Taurus).
- _____ (1994) *El oficio de sociólogo*. (España: Siglo XXI Editores).
- _____ (1996). “Espíritus de Estado”, en Revista Sociedad N° 8, Facultad de Ciencias Sociales. (Buenos Aires: UBA, abril de 1996).
- _____ (1997) *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. (Barcelona: Anagrama).
- _____ (1999) *La miseria del mundo*. (España: Fondo de Cultura Económica).
- _____ (2009). *La eficacia simbólica*. (Buenos Aires: Biblos).
- Brenner, Ana Karina; Lânes, Patrícia y Carrano, Paulo Cesar R. (2005) “El escenario de las políticas públicas juveniles en Brasil. Procesos sociales y propuestas políticas” en JOVENes, Revista de Estudios sobre Juventud. Edición: Año 9, Núm. 22 (México, DF, enero-junio 2005)
- Buckingham, Jaime (1976) *Hija del Destino: Kathryn Kuhlman, su historia*. (Buenos Aires: Peniel).
- Burke, P. (2006) *Formas de historia cultural*. (Madrid: Alianza).

- Caballeros, Harold y Mell Winger (2005) *El Poder transformador del avivamiento: Estrategias proféticas para el siglo XXI*. (Buenos Aires: Peniel).
- Cáceres Alvarado, Luis E.; Cordera Campos, Rafael; Figueroa Herrera, Carlos y Martínez Peláez, Manuel (2006) *Servicios de atención extracurricular a los jóvenes universitarios: estrategias de un modelo formativo para armar*. (México: Unión de Universidades de América Latina y el Caribe).
- Canclini, Santiago (1972) *Los evangélicos en el tiempo de Perón*. (Argentina: Editorial Mundo Hispano).
- Carvalho Mesquita Aures, José Ricardo de (2005) *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*. (Buenos Aires: Lugar editorial).
- Castel, Robert, (2004) *La inseguridad social: ¿qué es estar protegido?* (Buenos Aires: Manantial).
- Cejudo Borrega, Enrique (2003) “Albert Camus y la filosofía del límite (lectura casi nietzscheana de El hombre rebelde)” en Valencia ÉNDOXA: Series Filosóficas, N° 17.
- CELADE - OIJ (2000) *Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: Problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo*. (Santiago de Chile: Serie población y desarrollo)
- CEPAL (1997) *La Brecha de la Equidad: América Latina, el Caribe y la Cumbre Social*. (Santiago de Chile).
- CEPAL (2004) *Panorama social de América Latina*. (Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas)
- Cohen Agrest, Diana (2003) *El suicidio: deseo imposible*. (Buenos Aires: Ediciones del Signo).
- Coreil, J. (1995) “Group interview methods in community health research” En *Medical Anthropology* , 16 (3).
- Cortés, R. y Marshall, A, (1999) “Estrategia Económica, Instituciones y Negociación Política en la Reforma Social de los Noventa, en *Desarrollo Económico*” (Buenos Aires: IDES) Vol.39, Nro. 154.
- Csordas, T. (1994) *Embodiment and Experience: Existential Ground of Culture and Self*. (Cambridge: Cambridge University Press).
- Csordas, T. y A. Kleinman (1996) “The Therapeutic Process”. En: Sargent and Johnson (Eds.), *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. (Westport y London: Praeger Publishers).
- Coté, James y Charles Levine, (2002) *Identity formation, agency and cultura*. (Mahwah, NJ: LEA).
- Costa, P.; Pérez, J. Y Tropea, F. (1997) *Tribus urbanas. el ansia de identidad juvenil: entre el culto a la imagen y la autoafirmación a través de la violencia*. (Buenos Aires: Paidós).
- Cruz, Manuel (2007) *Cómo hacer cosas con recuerdos*. (Buenos Aires: Katz).
- Cubides, H.; Laverde, M. C. Y Valderrama, C. (comp.) (1998) *Viviendo a toda: jóvenes, territorios culturales y nuevas sensibilidades*. (Bogotá: Universidad Central, Siglo del Hombre Editores).

- Curiel, Darío (1956) “Causas principales de muerte (conveniencia de un método uniforme para su determinación con fines internacionales)” en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, marzo de 1956. (Washington: OPS)
- Checa, Susana. (2007) “Muertes silenciadas: adolescentes y jóvenes que mueren por aborto” en Morir Joven en la Argentina, Revista de Ciencias Sociales N° 67. (Buenos Aires: FSOC - UBA).
- De Certau (2007). *La invención de lo cotidiano. Artes de hacer*. (México: Universidad Iberoamericana e Instituto Tecnológico y de estudios superiores de occidente)
- Deiros, Pablo A. (1987) *Historia de la educación teológica en Argentina*. (Buenos Aires: SITB).
- Deiros, Pablo (1992) *Historia del cristianismo en América Latina*. (Buenos Aires: Fraternidad Teológica Latinoamericana).
- Deiros, Pablo y Mraida, Carlos (1994) *Latinoamérica en llamas: Historias y creencias del movimiento religioso más impresionante de todos los tiempos*. (Miami: Caribe).
- Del Angel, Silvia Martín y Ponce Nájera, María de Jesús (2007) “Estilo de paternidad que perciben en ambos padres, adolescentes estudiantes de una preparatoria particular del sur de Tamaulipas” en *Pharus academiae* · Septiembre 2007, Número 1. México: Instituto de Estudios Superiores de Tamaulipas.
- De Keijzer, Benno “El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva” en Tuñón, Esperanza (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*, ECOSUR y UJAD, Villahermosa, 1997.
- Delich, Francisco, (1997) *El desempleo de masas en la Argentina* (Buenos Aires: FLACSO/ Norma).
- Departamento Nacional de Estadística (DANE). *Proyecciones anuales de población por sexo según grupos quinquenales de edad. 1985-2015*. Bogotá: DANE; 1999.
- Di Stefano, M. (Coord.) (2006). *Metáforas en uso*. (Buenos Aires: Biblós).
- Douglas, M. (1998) *Estilos de Pensar*. (Barcelona: Gedisa).
- Duverger, M. (1981) *Métodos de las ciencias sociales*. (Barcelona: Ariel)
- Eco, Umberto, (1995) *Cómo se hace una tesis* (Barcelona: Gedisa).
- Elster, J. (2003) “Desempleo y justicia local”, en Revista Internacional de Sociología N° 34.
- Escudero, José Carlos. “Reflexiones sobre la salud” en Revista APORTES para el Estado y la Administración Gubernamental N° 17. Buenos Aires: Otoño 2001.
- Feldman, Silvio (1995) “Ponencia: El trabajo de los adolescentes Construyendo futuro o consolidando la postergación social” (Buenos Aires: UNICEF CIID CENEP).
- Fernandez Fernandez, Santiago; Cordero Sanchez, José María y Córdoba Largo, Alejandro (1996) *Estadística Descriptiva*. (Madrid: ESIC Editorial).
- Ferrater Mora (1982) *Diccionario de Filosofía*. Madrid: Alianza Editorial.

- Ferreiro, Ramón F. (2006) “El reto de la educación del siglo XXI: la generación N” en Revista Apertura N° 5, nueva época. (Jalisco: Sistema de Universidad Virtual de la Universidad de Guadalajara).
- Feyerabend, Paul (1986) *Tratado contra el método*. Madrid: Tecnos
- Filgueira, Carlos (1998) *Emancipación juvenil: trayectorias y destinos*. CEPAL, Montevideo.
- Filmus, Daniel. (1996) *Estado, Sociedad y Educación en la Argentina de fin de siglo* (Buenos Aires: Troquel).
- _____ et al. (2001). *Cada vez más necesaria cada vez más insuficiente*. (Buenos Aires: Santillana).
- Foreit, Nancy y Judy Arnold (2004) *Raíces de los problemas espirituales* (Buenos Aires: Ministerios Plumblin)
- Fitoussi, Jean - Paul (1997) *La nueva era de las desigualdades* (Buenos Aires: Manantial).
- Foucault, Michel (2005) *El orden del discurso* (Buenos Aires: Tusquets Editores).
- _____ (2007a). ‘La vida: experiencia y la ciencia’ en *Ensayos sobre biopolítica*. (Buenos Aires: Paidós).
- _____ (2007b). *Nacimiento de la biopolítica*. (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica).
- _____ (2006). *Seguridad, territorio, población*. (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica).
- _____ (2002). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. (Buenos Aires: Siglo XXI).
- _____ (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. (Buenos Aires: Siglo XXI).
- Frake, Ch. (1961) “The Diagnosis of Disease among the Subanum of Mindanao” en *American Anthropologist*, 63.
- Gallart, María Antonia (1993). “La integración de métodos y la metodología cualitativa. Una reflexión desde la práctica de la Investigación” en *Métodos Cualitativos II*. (Ceil – Conicet. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina).
- Gallego-Díaz, Soledad (2010) “La Generación del Milenio” (Madrid: Ediciones El País, publicado en www.elpais.com).
- Gaggero, Horacio, Iriarte Alicia y Roitberg, Humberto (1997) *Argentina, 15 años después. De la transición a la democracia al menemismo (1982-1997)* (Buenos Aires: UBA).
- Gaggero, Horacio, Iriarte Alicia y Roitberg, Humberto (1997) *La institucionalización de la democracia en la Argentina (1983-1995)* (Buenos Aires: UBA).
- García Canal, María Inés (1999) “Foucault, filósofo del espacio” en Revista Versión, estudios de comunicación y política N° 9 (México: Universidad Autónoma Metropolitana).
- García Delgado, Daniel, (1994) *Estado y Sociedad: Una nueva relación a partir del cambio estructural* (Buenos Aires: Norma - Flacso).
- García Ferrando, M.; Ibáñez, J. Y Alvira, F. (comps.) (1986) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación social* (Madrid: Alianza).

- García Marquez, Gabriel (1989) *Crónicas de una muerte anunciada* (Buenos Aires: Sudamericana).
- García Mendez, Emilio, (1992) *Del revés al derecho* (Buenos Aires: Galerna).
- Garfinkel, H. (1967) *Studies in Ethnomethodology*. (Englewood Cliffs: Prentice Hall).
- Garma Navarro, Carlos (2000) “La socialización del don de lenguas y la sanación en el pentecostalismo mexicano” en ALTERIDADES (Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana).
- Génovas Malera, Ricard (1996) “La mortalidad juvenil en la comunidad de Madrid.” Boletín de la Asociación Demográfica Histórica XIV. II.
- Gibert Galassi, Jorge (1999) “El problema de la explicación en ‘El Suicidio’ de Durkheim” en Revista Austral de Ciencias Sociales N° 3 (Chile: Universidad Austral).
- Giddens, Anthony (1995) *La constitución de la sociedad* (Buenos Aires: Amorrortu).
- Giddens, Anthony (1987) *Las nuevas reglas del método sociológico* (Buenos Aires: Amorrortu).
- Gil Calvo, Enrique, (2001) *Nacidos para cambiar. Cómo construimos nuestras biografías*. (Madrid: Taurus).
- Giorgi, G. y Rodríguez, F. (comp.). (2007). *Ensayos sobre biopolítica*. (Buenos Aires: Paidós).
- Girard, René (2006). *Los orígenes de la cultura*. (Madrid: Trotta).
- Good, B. (1994a) “A Body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain”. En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Mary-Jo DelVecchio, Paul E. Brodwin, Byron J. Good and Arthur Kleinman (editores). (Berkeley: University of California Press).
- _____ (1994b) “Medical Anthropology and The Problem of Belief”. En: *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. (Cambridge: Cambridge University Press).
- Gorlier, J. C. 2005. *Construcción social, identidad, narración. Nuevos enfoques teóricos y el (re) hacer del género*. (La Plata: Ed. Al Margen)
- Grandes, M. y P. Gerchunoff (1998) “Distribución del ingreso y mercado de trabajo en GBA: 1987 – 1997” en 4to. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo (Buenos Aires: ASET).
- Griaule, M. (1969) *El método de la etnografía*. (Buenos Aires: Nova).
- Hammond, Frank (1995) *Rompiendo las maldiciones*. (Bogotá: Carisma).
- Hammonds, Frank y Ida Mae Hammond (1992) *Cerdos en la sala*. (Colombia: Desafío).
- Harris Ec, Barraclough B. (1997) *Suicide as an outcome for mental disorders. A metaanalysis*. Br J Psychiatry.
- Hernández, Silvestre Manuel (2009) “Albert Camus: Los caminos de la existencia” en Casa del tiempo N° 19, Mayo de 2009. (México: Universidad Autónoma Metropolitana).
- Holzapfel, Cristóbal (2003) “Muerte y suicidio en Jaspers” en Revista PHILOSOPHICA N° 26 (Valparaíso: Instituto de Filosofía Pontificia Universidad Católica de Valparaíso).
- Husserl, E. (1949) *Ideas relativas a una fenomenología pura y filosofía fenomenológica*. (México: Fondo de Cultura Económica).

- Idoyaga Molina, A. (1999a) “La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina)” en *Scripta Ethnologica*, XXI.
- _____ (1999b) “El simbolismo de lo cálido y lo frío. Reflexiones sobre el daño, la prevención y la terapia entre criollos de San Juan (Argentina)” en *Mitológicas*, XIV.
- _____ (2002a) *Culturas enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. (Buenos Aires: CAEA-CONICET).
- _____ (2002b) “Los nervios: un taxon tradicional en el NOA. Reflexiones sobre las teorías de la enfermedad” en *Mitológicas*, XVII.
- _____ (2002c) “The illness as a ritual imbalance in Northwest Argentina”. *Latin American Indian Literatures Journal*, 28 (2).
- Idoyaga Molina, A. y Cristina Krause (2002) “The pathway of healing of a Creole adolescent from San Juan” en *Bulletin of Urgent anthropological and Ethnological Research*, 41.
- INDEC, (1999) *Grandes empresas en la Argentina, 1993-1997* (Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos).
- INDEC, (2006) *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001* (Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos. CD Rom).
- Jacinto, C. (coord) (2004) *¿Educar para qué trabajo? Discutiendo rumbos en América Latina*. (Buenos Aires: La Crujía).
- Jacinto, Claudia, (1996) “Transición laboral de los jóvenes, políticas públicas y estrategias de los actores” Documento presentado en el 2do Congreso Nacional de Sociología del Trabajo. (Buenos Aires: ASET).
- Jacobs, Cindy (2001) *Libéranos del mal: deteniendo las influencias malignas que invaden su hogar y comunidad*. (Florida: Casa Creación).
- Kaplan Hi, Sadock Bj. *Sinopsis de Psiquiatría*, 8ª edición, 983- 992; 1999.
- Kaztman, Raul, (2001) “Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos”; en *Revista de la CEPAL N° 75*.
- Keane, John (2000) *Reflexiones sobre la violencia*. (Madrid: Alianza Editorial).
- Klimovsky, Gregorio (1994) *Las desventuras del conocimiento científico*. (Buenos Aires: A-Z Editora).
- Klisberg, Bernardo y Sen, Amartya (2008) *Primero la gente: una mirada desde la ética del desarrollo a los principales problemas del mundo globalizado*. (Barcelona: Deusto).
- Kinnaman, Gary (1991) *Y estas señales seguirán*. (Barcelona: Clie).
- Konterllniky, Irene y Claudia Jacinto, (1996) *Adolescencia, pobreza, educación y trabajo* (Buenos Aires: Losada UNICEF).
- Kosel, Andrés (2008) “Los jóvenes y la política. Modulaciones de un escepticismo general” en Margulis, Mario *La Juventud es más que una palabra*. (Buenos Aires: Biblos)
- Koselleck, R. (2003) *Aceleración, prognosis y secularización*. Valencia: Pre-Textos.

- Kulfas, Matías, Daniela Ramos y Federico Sarudiansky, (1999) *El nuevo empleo industrial en la Argentina. Educación, calificaciones y organización del trabajo en los noventa* (Buenos Aires: Centro de Estudios para la Producción).
- Kuhlman, Kathryn (1976) *Una vislumbre de gloria*. (Buenos Aires: Peniel).
- Kleinman, A.; Paul E. Brodwin, Byron J. Good and Mary-Jo Del Vecchio Good (1994) "Pain as Human Experience: An introduction". En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Mary-Jo DelVecchio Good, Paul E. Broswin, Byron J. Good and Arthur Kleinman (editores). (Berkeley: University of California Press).
- Kleiman, A. (1978) "Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research". *Annals of Internal Medicine*, 88.
- _____ (1980) *Patients and healers in the context of culture*. (University of California Press: Berkeley).
- _____ (1988) *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. (New York: Free Press).
- _____ (1991) "Suffering and its professional transformation: Toward an ethnography of interpersonal experience" en *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15.
- Kliksberg, Bernardo (2004) *El contexto de la juventud en América latina y el Caribe: Interrogantes, búsquedas, perspectivas*.
- Kottow, Miguel (2005) "Bioética y Biopolítica" en *Revista Brasileira de Bioética* 2005. 1(2) (Brasilia: Sociedade Brasileira de Bioética).
- Krmpotic, Claudia (2006). "Familia y Política Social"; en *Familia(s), estallido, puente y diversidad*. Eroles, C. (comp.) (Buenos Aires: Espacio Editorial).
- Krmpotic, Claudia y Barrón Elsa Viviana (2006) "Los desafíos de una política de juventud" en *Revista Escenarios* 10 - Año 6 - N° 10, Marzo 2006. (Buenos Aires: Editorial Espacio).
- Krmpotic, Claudia S. (dir.) (2005) *Significados y sentimientos en los procesos de penalización y segregación social, en jóvenes de barrios críticos* (San Justo: Universidad Nacional de La Matanza, Informe Final de Investigación).
- _____ (coord.) (2005) *Trabajo duro, trabajo sucio. La inserción laboral de jóvenes residentes en barrios críticos* (Buenos Aires: Espacio Editorial).
- _____ (2006). "Familia y Política Social"; en *Familia(s), estallido, puente y diversidad*. Eroles, C. (comp.) (Buenos Aires: Espacio Editorial).
- _____ (comp.) (2008) *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. (Buenos Aires: Espacio Editorial).
- Krmpotic, Claudia y Barrón, Elsa Viviana (2009) "Intersecciones entre la esfera médica y religiosa. El SIDA en el discurso médico y religioso en la Argentina". Ponencia

- presentada en el 53° Congreso Internacional de Americanistas (México, 19 al 24 de julio de 2009)
- Kuhn, M. (1964) "Major trends in symbolic interaction in the past twenty-five years" en *Sociological Quarterly*, 5.
- Lamas, Marta (comp.) (1997) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. (México: Programa Universitario de Estudios de Género. UNAM - Miguel Ángel Porrúa)
- Landgrebe, L. (1968) *El camino de la fenomenología*. (Buenos Aires: Sudamericana).
- Lera M., Lydia; Sánchez R, Hugo; Albala B, Cecilia (2005) "Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago ¿Hemos ganado con equidad?" en *Revista Médica de Chile* 2005; 133. (Santiago de Chile: Sociedad Médica de Santiago).
- Liardon, Roberts (2000) *Los generales de Dios*. (Buenos Aires: Peniel).
- Llanpart Gobbi, Flavia. "La vulnerabilidad de los jóvenes en el tránsito" en *Morir Joven en la Argentina*, Revista de Ciencias Sociales N° 67. Buenos Aires: FSOC - UBA, julio de 2007.
- Llomovate, Silvia (1991) *Adolescentes entre la escuela y el trabajo* (Buenos Aires: FLACSO y Miño y Dávila).
- Löwith, K. (2007) *Historia del mundo y salvación. Los presupuestos teológicos de la filosofía de la historia*. (Buenos Aires: Katz Eds).
- Macri, Mariela y Van Kemenade, S., (1993) *Estrategias laborales de jóvenes de barrios carenciados* (Buenos Aires: CEAL).
- Marafioti, R. 2005. *Los patrones de la argumentación. La argumentación en los clásicos y en el siglo XX*. (Buenos Aires: Biblos)
- Margulis, Mario (2008) *La juventud es más que una palabra*. Ensayos sobre cultura y juventud. Buenos Aires: Biblos.
- Martin, D. 2005. *On secularization. Towards a revised general theory*. (Great Britain: Ashgate).
- Marconi, Elida (Dir.) (2002). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. 2000*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2003). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. 2001*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2004). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. 2002*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2005). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. 2003*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2006). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. 2004*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2007). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. 2005*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).

- _____ (Dir.) (2008). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. 2006*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2009). *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo. 2007*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2001) *Estadísticas Vitales 2000*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2002) *Estadísticas Vitales 2001*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2003) *Estadísticas Vitales 2002*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2004) *Estadísticas Vitales 2003*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2005) *Estadísticas Vitales 2004*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2006) *Estadísticas Vitales 2005*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2007) *Estadísticas Vitales 2006*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- _____ (Dir.) (2008) *Estadísticas Vitales 2007*. (Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación).
- Mendicoa, Gloria, (2003) *Sobre Tesis y tesis: lecciones de enseñanza-aprendizaje* (Buenos Aires: Espacio).
- Merleau Ponty, M. (1969) *La Fenomenología y las Ciencias del Hombre*. (Buenos Aires: Biblioteca NOVA de Psicología).
- Merklen, Denis, (2005) *Pobres ciudadanos. Las clases populares en la era democrática. (Argentina, 1983-2003)*. (Buenos Aires: Ed. Gorla).
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, (1995) *El libro blanco sobre el empleo en Argentina*. (Buenos Aires).
- Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación Argentina, (2006) *Catálogo 2006: Manos a la obra. Productos y Emprendedores*. (Buenos Aires: Plan Nacional de Economía Social y Desarrollo Local).
- Ministerio de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación Argentina, (2006) *Informe de Gestión: Políticas Sociales en acción. Rendimos Cuentas*. (Buenos Aires).
- Minujin, Alberto y Gabriel Kessler, (1995) *La nueva pobreza en Argentina* (Buenos Aires: Planeta).
- Miranda Ana y Salvia Agustín (2001) “Transformaciones en las condiciones de vida de los jóvenes en los noventa. Estimación de Determinantes a través de Regresiones.”

- Cuadernos del CEPED N° 5. Crisis y metamorfosis del mercado de trabajo. (Buenos Aires: CEPED, Instituto de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, UBA).
- Miró E. (2000) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. (Madrid: Masson).
- Molpeceres Pastor, Mariangeles (comp) (2004) *Identidades y formación para el trabajo en los márgenes del sistema educativo: escenarios contradictorios en la garantía social* (Oficina Internacional del Trabajo Cinterfor/OIT).
- Moreno, Martín, (1996) *Informe referido a condiciones de vida de los jóvenes* (Buenos Aires: CENEP).
- Morley, Samuel, (2000) *La distribución del ingreso en América Latina y el Caribe* (Santiago de Chile: CEPAL).
- Mosterín, Jesús (1996) “Grandeza y miseria de la filosofía analítica” en Olive, L. y Villoro, L. (eds.) *Filosofía Moral, Educación e Historia: Homenaje a Fernando Salmerón*. (México: UNAM)
- Mraida, Carlos (2004) *Socorro Señor: Mi iglesia se renovó y no la entiendo* (Buenos Aires: Certeza).
- Nelson, Joan M. (1994) *Crisis Económica y Políticas de Ajuste (1990)* (Bogotá: Norma).
- Nelson, Wilton (2000) *Nuevo Diccionario Ilustrado de la Biblia*. (Nashville: Editorial Caribe).
- Nils, Christie (2001) *Los límites del dolor* (Buenos Aires: FCE).
- Olivares, Jorge (2008) *‘¿Qué vas a ser cuando seas grande?’ Construyendo nuestro proyecto de vida*. (Buenos Aires: Juventud Evangélica Bautista Argentina).
- Organización Panamericana de la Salud (1990) *Las Condiciones de Salud en las Américas. Edición de 1990*. Vol. I, Washington, D.C.: OPS.
- _____ (1993) *Violencia y Salud*. Doc. CE 111/19, Junio - Julio. Washington, D.C.: Consejo Ejecutivo/OPS.
- Osborn, T. L. (2004) *Jesucristo el sanador* (Bogotá: CLC).
- Pacto de la Convención Evangélica Bautista sobre principios y prácticas bautistas*.
- Pallerio, María Ines (2008) *Yo creo, vos ¿sabés? Retóricas del creer en los discursos sociales*. (Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires).
- Peden M, McGee K, Sharma G. (2002) *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. (Geneve: World Health Organization).
- Pérez Islas, José Antonio y Urteaga, Maritza (Coords.) (2004). *Historias de los jóvenes en México: su presencia en el siglo XX*. (México: Instituto Mexicano de la Juventud).
- Piñuel Raigada, J.y L. y J. A. Gaitán Moya (1995) *Metodología general. Conocimiento científico e investigación en la comunicación social*. (Madrid: Síntesis).
- Piñuel Raigada, José Luis (2002) “Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido” en *Estudios de Sociolingüística* 3(1), 2002 (Madrid: Universidad Complutense de Madrid)

- Porter, David y Bertolote, José. “El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible.” (Comunicado de prensa OMS. 8 de septiembre de 2004).
- Pytches, David (2004) *Manual para ministrar en el Espíritu*. (Buenos Aires: Certeza).
- Quesada, Charo (2001) “Amartya Sen y las mil caras de la pobreza” en Revista del Banco Interamericano de Desarrollo.
- Ramiro Fariñas, Diego; Sanz Gimeno, Alberto (1999) “Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española (1860 -1990)” en Boletín ADEH, XVII, 1. (España: Asociación de Demografía Histórica).
- Riggs, Ralph (1964) *El espíritu mismo* (Miami: Editorial Vida).
- Robson, C. (2002) *Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. (Oxford: Blackwell).
- Rodríguez, Ernesto (2000) *Políticas públicas de juventud y reforma del estado en América latina: Un vínculo a construir* (Documento de Trabajo presentado en el V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública - Santo Domingo, República Dominicana, 24 al 27 de octubre de 2000).
- Rodríguez, Ernesto (2004) “Juventud y Violencia en América Latina: Una Prioridad para las Políticas Públicas y una Oportunidad para la Aplicación de Enfoques Integrados e Integrales.” en Revista DESACATOS N° 14, CIESAS, México.
- Rodríguez, Ernesto (2005) “Prevención social del delito y la violencia juvenil: experiencias innovadoras en América Latina.” Notas presentadas en la Jornada de Trabajo sobre ‘Experiencias Latinoamericanas de Trabajo con Jóvenes’, organizada por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) y el Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires (Ciudad de La Plata, 20 de Mayo de 2005).
- Rodríguez, J. M. (1946) *El Rastro de la Sangre*. (Buenos Aires: Junta Bautista de Publicaciones).
- Rosillo Ricardo, Lourdes (2009) “Marketing sectorial: Generación Y” (Barranquilla: Investigación en Psicología del Consumidor). Publicado en www.inpsicon.com
- Rossel, Cecilia (2009) *Adolescencia y Juventud en Uruguay: elementos para un diagnóstico integrado. Viejas deudas, nuevos riesgos y oportunidades futuras*. Montevideo: Instituto Nacional de la Juventud.
- Saintout, Florencia (2006) *Jóvenes: el futuro llegó hace rato*. La Plata: UNLP.
- Salvia, Agustín, Donza, Eduardo y E. Philipp, (1997) “Cambio estructural y distribución del ingreso: 1980-1996. Un análisis de la Evolución de la Desigualdad Social en el Gran Buenos Aires” (Buenos Aires: Inst. de Investigaciones Gino Germani- FCS- UBA) Documento De Trabajo N° 6.

- Salvia, Agustín y Donza, Eduardo, (2001) “Cambios en la capacidad de bienestar y en la desigualdad distributiva bajo el nuevo modelo económico en el Gran Buenos Aires” en Papeles de Población (Universidad Autónoma de México), Año 7 N° 29.
- Salvia, Agustín, Carpio, J. y Miranda, A. (1997) “La exclusión de jóvenes en los noventa. Factores, alcances y perspectivas”, en I Congreso Internacional de Pobres y Pobreza. (Quilmes: Universidad Nacional de Quilmes y Centro de Estudios e Investigaciones Laborales del CONICET).
- Salvia, Agustín y Silvana Tissera “Heterogeneidad y Precarización de los Hogares Asalariados en Argentina durante la década de los '90s” <en <http://www.cea.uba.ar/simel>> (Setiembre, 2003)
- Salvia, Agustín (2001) Una generación perdida: Los jóvenes excluidos en los noventa (Publicado en <http://www.cea.uba.ar/simel/simel/text/Flasco2.htm>)
- Sanabria, Fabián (2001) “Consideraciones para una antropología del creer en Colombia”, en Sociología, No. 24, UNAULA, Medellín, pp. 24-31.
- Sánchez D., Ignacio (2008) “Desafíos para el desarrollo académico de una Escuela de Medicina” en Revista Médica de Chile 136. (Santiago de Chile: Sociedad Médica de Santiago)
- Santa Biblia*, Reina Valera Revisión 1995. (Buenos Aires: Sociedad Bíblica Argentina).
- Sarbach, Alejandro. (2009) *Filosofar con jóvenes: orientaciones para un encuentro creativo entre la práctica docente y el pensamiento de los jóvenes*. (Córdoba: Salida al mar).
- Sennett, Richard (2000) *La corrosión del carácter* (Barcelona: Anagrama).
- Serfaty, Edith, Foglia, L. Masaútis, A. y Negri G. (2004). “Mortalidad por causas violentas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, Argentina 1991-2000”. VERTEX Revista Argentina de Psiquiatría. Volumen XIV. Suplemento II. Segundo Semestre 2003.
- Schuster, Federico (2002) *Filosofía y métodos de las Ciencias Sociales* (Buenos Aires: Manantial).
- Schuster, Felix (1992) *El método en las Ciencias Sociales*. (Buenos Aires: CEAL)
- Schutz, Alfred (1974) *El problema de la realidad social*. (Buenos Aires: Amorrortu).
- Sidicaro, Ricardo (2001) *La crisis del Estado y los actores políticos y socioeconómicos en la Argentina (1989-2001)*. (Buenos Aires: Libros del Rojas).
- Sierra Bravo, R. (1994) *Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios*. (Madrid: Paraninfo).
- Schütz, A. (1972) *Fenomenología del mundo social*. (Buenos Aires: Paidós)
- Spaemann, Robert (2000) *Personas: acerca de la distinción entre algo y alguien*. (Navarra: EUNSA)
- Stallings, Barbara & Wilson Peres, (2000) *Crecimiento, empleo y equidad. El impacto de las reformas económicas en América Latina y el Caribe* (Santiago de Chile: CEPAL).
- Stoller, Robert, (1968) *Sex and Gender: On the Development of Masculinity and Femininity* (New York: Science House).

- Svampa, Maristella (2005) *La sociedad excluyente. La Argentina bajo el signo del neoliberalismo* (Buenos Aires: Taurus).
- Szasz, Thomas (2002) *Libertad fatal. Ética y política del suicidio* (España: Paidós).
- Szilasi, W. (1973) *Introducción a la fenomenología de Husserl*. (Buenos Aires: Amorrortu).
- Taylor S. J. y Bogdan R. (1986) *Introducción a los Métodos Cualitativos de investigación* (Buenos Aires: Paidós).
- Tenti Fanfani, E. (1996). “Títulos escolares y puestos de trabajo: elementos de teoría y análisis comparado”. En Revista de Educación de Adultos. (México: CREFAL).
- Thorp, Rosemary, (1998) *Progreso, pobreza y exclusión. Una historia económica de América Latina en el siglo XXI* (Washington: Banco Interamericano de Desarrollo / Unión Europea).
- Turner, Bryan S. (2005) *La religión y la teoría social: una perspectiva materialista* (México: Fondo de Cultura Económica).
- Urteaga, Maritza (2004). “Imágenes juveniles del México moderno”, en Pérez Islas, José Antonio y Urteaga, Maritza (Coords.) *Historias de los jóvenes en México: su presencia en el siglo XX*. (México DF: Instituto Mexicano de la Juventud).
- Úriz Pemán, María Jesús (1995) *Ética Social: temas y textos* (Navarra: Ediciones EUNATE).
- Urresti, Marcelo (2002), “Generaciones” en Altamirano, Carlos, *Términos críticos de sociología de la cultura*. (Buenos Aires: Paidós).
- Van Zanten, A. (2006). *¿El fin de la meritocracia?* (Buenos Aires: IPEE/UNESCO).
- Vargas García, Héctor (2007) “Hey Dude, your lips move but I can not hear what you are saying... Get a life.” en Revista Arquetipos (enero - abril 2007 #12). (Tijuana: Sistema CETYS Universidad).
- Vasilachis de Gialdino, Irene (1993) *Métodos cualitativos I: Los problemas teórico - epistemológicos* (Buenos Aires: Centro Editor de América Latina).
- Vasilachis de Gialdino, Irene (2007) *Estrategias de investigación cualitativa*. (Barcelona: Gedisa).
- Vera, Aldo y Villalón, Marcelo (2005) “La Triangulación entre Métodos Cuantitativos y Cualitativos en el Proceso de Investigación” en Revista Ciencia & Trabajo. Año 7. Número 16. Abril - Junio 2005 (Chile: Fundación Científica y Tecnológica ACHS).
- Vilker, Silvia (2007) “Muertes sin llanto: El procesamiento social de la muerte del joven delincuente” en *Morir Joven en la Argentina*, Revista de Ciencias Sociales N° 67. (Buenos Aires: FSOC – UBA).`
- Villarreal, Juan, (1997) *La exclusión social* (Buenos Aires: FLACSO/Norma).
- Wagner, Doris (2001) *Cómo echar fuera demonios* (Miami: Betania).
- Wagner, Peter (1997) *Sociología de la Modernidad* (Barcelona: Herder).
- Wagner, Peter (1995) *El Reino y el Poder: ¿Son los dones espirituales y de sanidad que usaron Jesús y la iglesia primitiva, para la iglesia de hoy?* (Miami: Unilit).

- Wainerman, Catalina y Sautú, Ruth, (1997) *La trastienda de la investigación* (Buenos Aires: Belgrano).
- Walker, Melissa, (2000) *Cómo escribir trabajos de investigación* (Barcelona: Gedisa).
- Weller, Jürgen (2003) *La problemática inserción laboral de los y las jóvenes* (Santiago de Chile: CEPAL).
- WHO (2008). *Preventing suicide: a resource for media professionals*. (Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services)
- Wolfgang, Sofsky (1996) *Tratado sobre la violencia* (Madrid: Abada Editores).
- Zamarrón, I. (1992). “La experiencia institucional del Consejo Nacional de Recursos para la Juventud (CREA)”, en Cordera, R. (Comp.) *Juventud divino conflicto*. (México D.F.: El Nacional).
- Zelizer, Viviana A. (1994) *Pricing the priceless child*. (New York: Princeton University Press).

b- Bibliografía específica

- Albamonte, Julio (1996) “Responsabilidad profesional en psiquiatría. El riesgo de suicidio” en Vertex, Vol. VII: 48-51. Fuente N° 1
- Arboleda-Flórez, Julio (2006) “Epidemiología de los Trastornos Mentales” en Suarez Richard, Manuel. *Introducción a la Psiquiatría* (Buenos Aires: Polemos). Fuente N° 2
- Aries, Philippe (2007). *Morir en occidente. Desde la edad media hasta nuestros días*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo Editora. Fuente N° 64
- Basile, Héctor (2011) “El suicidio: un flagelo evitable” en El Expositor Bautista. Buenos Aires: Confederación Bautista Argentina Fuente N° 53.
- Baudelot, C y Establet, R. (2008a) *Durkheim y el suicidio*. (Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión). Fuente N° 63.
- Bella, Mónica E., Fernández, Ruth A. y Willington, José M. (2010) “Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes” en Arch Argent Pediatr 2010; 108 (2):124-129. Fuente N° 10.
- Benitez de Nale, Berta (1996) “El mundo que nos rodea y la depresión adolescente” en Vertex, 1996, Vol. VII: 154-156. Fuente N° 3.
- Casullo, María Martina; Fernández Liporace, Mercedes; Contini de González, Norma (2005) “Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida” en Revista de Investigaciones En Psicología. Facultad de Psicología, UBA: v.10, n.3, p. 21 - 36. Fuente N° 5.
- CEPAL - OIJ (2003) *Juventud e inclusión social en Iberoamérica*. (Publicación electrónica). Fuente N° 49

- CEPAL (2007) *Panorama Social de América Latina 2006* (Santiago de Chile: Publicación de las Naciones Unidas). Fuente N° 6
- Cohen Agrest, Diana (2007) *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica). Fuente N° 62.
- Conti, Norberto Aldo y col., (1996) “Evaluación del riesgo suicida, perspectivas bibliográficas” en *Vertex*. 1996, Vol. VII: 52-53. Fuente N° 7
- Cordero, Ramón (1996) “Suicidios en el Departamento de Castellanos —una encuesta epidemiológica—” en *Vertex*. 1996, Vol. VII: 40-43. Fuente N° 8.
- Chable Ríos, Abril; Koh Tamay, Faustina; Puc Galaz, Elisa; Luit Briceno, Jorge Isaias (2007) “Actitudes y creencias hacia el suicidio en jóvenes: diferencias por sexo y ecosistema” trabajo presentado en el Congreso Nacional de Psicología “Las Psicologías Universales Ancladas Regionalmente” realizado en la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla (Puebla, México 17, 18 y 19 de Septiembre de 2007). Fuente N° 9.
- Deiros, Pablo (2009) *La Iglesia como comunidad terapéutica*. (Buenos Aires: Certeza). Fuente N° 54.
- Durkheim, Emile. (2006) *El Suicidio*. (Buenos Aires: Miño y Dávila). Fuente N° 61.
- Espector, Eduardo M (1996) “Hallazgos destacados en torno a la neurobiología del suicidio” en *Vertex*. Vol VII: 44-47. Fuente N° 11.
- Espinoza, Mercedes (2007) “Conceptos, causas y enfoque del suicidio en la Argentina del siglo XIX y XX y el contraste con la perspectiva de Durkheim”. Trabajo realizado en el marco del Seminario “Psicología y criminología en Argentina, en la primera mitad del siglo XX”, dictado por la Dra. Ana María Talak. (Buenos Aires: Facultad de Psicología, UBA). Fuente N° 12.
- Fortaleza Texeira, Ana María y Vilar Luis, Margarita Antonia (1997) “Suicidio, lesões e envenenamiento em adolescentes: um estudo epidemiológico” en revista *Latino-Americana Enfermagem* v.5. Fuente N° 33.
- Freitez, Anitza y Romero, Dalia (2004) “Comparación de dos países con mayor crecimiento de la mortalidad juvenil por causas violentas: Brasil y Venezuela.” Trabajo presentado no I Congresso da Associação Latino Americana de População, ALAP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18- 20 de Setembro de 2004. Fuente N° 13.
- Fritschy, Blanca A. (2005) “El suicidio en el departamento La Capital, Santa Fe, Argentina” Santa Fe: Laboratorio de Geografía Ambiental, CONICET-UCSF. Fuente N° 14.
- Galassi, Jorge Gibert (1999) “El Problema de la Explicación en ‘El Suicidio’ de Durkheim” en *Revista Austral de Ciencias Sociales*. Chile: Universidad de la Frontera. Fuente N° 48
- Galli, Jorge (2011) “Pastoral del suicidio” en *El Expositor Bautista*. Buenos Aires: Confederación Bautista Argentina Fuente N° 51.
- García de Jalón, Elena y V. Peralta (2002) “Suicidio y riesgo de suicidio” en *ANALES Sis San Navarra* 2002, Vol. 25, Suplemento 387. Fuente N° 15

- González Q., Juan Carlos (2006) *Determinación de relaciones entre los comportamientos de riesgo psicosociales y la familia de la población adolescente escolar de los colegios públicos de Suba*. (Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina Departamento de Salud Pública). Tesis de maestría. Fuente N° 34.
- González, Pamela (2006) *Victimología del suicidio* (Mendoza: Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología, Maestría en criminología). Fuente N° 16.
- Grisales, Hugo; Caicedo, Beatriz; Serna, Catalina y Uribe, Diana (2005). “Causas de mortalidad en jóvenes y su contribución al cambio en la esperanza de vida: Cali, 1989-1999.” en *Colombia Médica* Vol. 36 N° 2, 2005 (Abril-Junio). Fuente N° 39.
- Guemureman, Silvia. “Muertes evitables en jóvenes: El rostro de la barbarie punitiva y la insensibilidad ante el castigo, la exclusión y la violencia social.” en *Morir Joven en la Argentina, Revista de Ciencias Sociales* N° 67. Buenos Aires: FSOC - UBA, julio de 2007. Fuente N° 55.
- Guibert Reyes, Wilfredo (2002) “Epidemiología de la conducta suicida” en *Revista Cubana de Medicina General Integral* Año 2002 Nro. 18 (2) (La Habana: Editorial Ciencias Médicas). Fuente N° 43.
- Gutierrez, María Alejandra y Martinez, Liliana Zulema (2006) “Transtornos mentales en la infancia” en Stagnaro, Juan Carlos (2006) “Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida” en Suarez Richard, Manuel. *Introducción a la Psiquiatría* (Buenos Aires: Polemos).
- Kraut, Alfredo Jorge (2006) “Salud Mental, Derechos Humanos y Sistema Judicial: un fallo auspicioso. Su proyección sobre el sistema de salud mental” Buenos Aires: Vertex. Fuente N° 50.
- Lopez Steinmetz, Lorena Cecilia (2010) “Aproximación al factor de riesgo del proceso de suicidio. Estudio bianual en el servicio de guardia hospitalaria. (Jujuy, Argentina 2007-2008)” en *Revista Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 2010, 56(1): 22-28. Fuente N° 17.
- Mann J, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, et al. (2005) “Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review” en *JAMA* — Vol. 294, No. 16. (American Medical Association) Fuente N° 18.
- Matusevich, Daniel; Ruiz, Martín; Vairo, María Carolina; Finkelstein, Carlos y Job, Alfredo (2006) “Tentativas de Suicidio en la Adolescencia con Psicofármacos de los Padres: Estudio Descriptivo” en *Vertex* 2006, Vol. XVII: 446-451. Fuente N° 19.
- Minayo, Maria Cecília de Souza e DESLANDES, Suely Ferreira. (2009) “Estudo analisa a Implantação da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências” en *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(5):1641-1649, 2009(Asociación Brasileira de Salud Colectiva / Abrasco). Fuente N° 35.

- Mondragón B., Liliana y Caballero G., Miguel Ángel (2008) “Del sujeto que ha intentado suicidarse y el Otro: la Institución Psiquiátrica” en Revista Observaciones Filosóficas- Nro. 7 (México: Universidad Nacional Autónoma de México). Fuente N° 20
- Mondragón Barrios, Liliana (2008) *El suicidio ¿el derecho a morir? Una aproximación bioética al estudio del intento de suicidio diádico*. Tesis que para obtener el grado de Doctora en Psicología. (México, D.F. :Universidad Nacional Autónoma de México). Fuente N° 21.
- Nolasco, Andreu; Melchor, Inmaculada ; Moncho, Joaquín;García, Carmen ; Verdú, José; Caballero, Pablo; Valero, Socorro; Martínez, Purificación; Pérez, María Jesús (2003) *Análisis de la mortalidad en ciudades: resultados en Valencia y Alicante*. Alicante: Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. Fuente N° 36.
- Perez Barreiro, Sergio (2011) “Alerta Suicida” en El Expositor Bautista. (Buenos Aires: Confederación Evangélica Bautista). Fuente N° 52.
- Pérez García, J., Del Pino Montesinos, J.I., Ortega Beviá F. (2002) “El Adolescente, La muerte y el suicidio”. Jornadas Europeas para la prevención de la violencia en el medio escolar. Alicante. Fuente N° 47.
- Pinto Rodríguez, María Elena (2006) *Suicidio juvenil: sociología de una realidad social* (Tesis Doctoral: Universidad Complutense de Madrid). Fuente N° 56.
- Polaino-Lorente A. y de las Heras, E J. (1990) “En torno a/fracaso escolar como hipótesis jusficatoria-explicativa del suicidio infantil” en Revista Complutense de Educación, vol. I (2) (Madrid: Universidad Complutense). Fuente N° 22.
- Ribotta, Bruno; Cardona, Doris; Peláez, Enrique; Alvarez, María Franci; Aidar, Tirza (2007) *Comportamiento de las causas externas en tres escenarios urbanos de América Latina. Comparación de Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia)*. Versión ampliada de la ponencia “Violencia urbana y mortalidad entre los jóvenes. Comparación de Córdoba (Argentina) y Campinas (Brasil)” presentada en IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Huerta Grande, Provincia de Córdoba. 31 de octubre, 1 y 2 de noviembre de 2007. Fuente N° 41.
- Rivas Sánchez, Héctor Eloy (2005) “¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora”. En Revista Estudios Sociales. Volumen XII. Número 26. Julio- Diciembre 2005. Hermosilla, Sonora, México. Fuente N° 59.
- Rodríguez de Armenta, María José, Seguí-Gómez, María y López-Valdés, Francisco J. (2007) *Causas externas. Suicidio, homicidio, violencia*. Medicina Preventiva y S. Pública. Universidad de Navarra. Fuente N° 38.
- Rodríguez Garín, Eduardo; Chieri, Patricia; Bula, Alejandra y Comas, Corina (2006) “Estudio epidemiológico sobre población adolescente internada en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas” en Vertex 2006, Vol. XVII: 440-445. Fuente N° 23.

- Rodríguez, Ernesto. (2006) *Políticas públicas y marcos legales para la prevención de la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes. Estado del arte en América Latina 1995-2004*. (Lima: Organización Panamericana de la salud). Fuente N° 37.
- Romero Sepúlveda, María Inés. (1994) “La salud del adolescente y Joven”. Boletín Esc. de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile; 23:15-17. Fuente N° 42.
- Roosevelt, M.S. Cassorla, Elizabeth L.M. Smeke (1994) “Autodestrucción humana” Cuadernos de Salud Pública v.10 supl. 1 (Río de Janeiro). Fuente N° 46.
- Ruiz Ramos, Miguel; Blanes LIoréns, Amand y Viciano Fernández, Francisco (1997). *La mortalidad en jóvenes y su impacto sobre la evolución de la esperanza de vida en Andalucía durante el periodo 1980-1992*. Re\ Esp Salud Pública 1997: 71: 139-148 N.” 2 – Marzo Abril 1997
- Sánchez R, Hugo; Cecilia Albala B; Lydia Lera Ma (2005) Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago ¿Hemos ganado con equidad? En Revista Médica de Chile. 133: 575-582. Santiago de Chile: Unidad de Salud Pública y Nutrición, Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos, Universidad de Chile. Fuente N° 40.
- Sarró, Blanca y de la Cruz, Cristina (1996) “Suicidios y supervivientes” en Vertex. Vol. VII: 25-31. Fuente N° 24.
- Schutzenbrtger, Anne Ancelin (2006) *Ay mis ancestros*. Buenos Aires: OMEBA. Fuente N° 65.
- Serfaty, Edith (1996) “Suicidio en adolescentes y jóvenes” en Vertex. Vol. VII: 20-24. Fuente N° 25.
- Serfaty, Edith; Andrade, Jorge; Foglia, Luis; Masaútis, Alicia y Negri, Griselda (2006). “Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. Argentina 1991-2000”. Sinopsis Revista Asociación de Psiquiatras Argentinos. Año 22. N° 42. Septiembre 2006. Fuente N° 26.
- Sidun, Ayelen (2008) “Juventud y muerte: representaciones de jóvenes anoréxicas sobre la muerte” en 10° Congreso REDCOM “Conectados, Hipersegmentados y Desinformados en la Era de la Globalización”. Universidad Católica De Salta: 4, 5 y 6 de setiembre de 2008. Fuente N° 27.
- Stagnaro, Juan Carlos (2006) “Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida” en Suarez Richard, Manuel. *Introducción a la Psiquiatría* (Buenos Aires: Polemos). Fuente N° 28.
- Suarez Richard, Manuel (2006) *Introducción a la Psiquiatría* (Buenos Aires: Polemos). Fuente N° 66.
- Triskier, Fabián (1996) “Desempleo y suicidio juvenil: un final del recorrido” en Vertex, 1996, Vol.VII: 148-153. Fuente N° 29.
- Tuñón Pablos, Esperanza y Bobadilla Bernal, Daniel Jacob (2005) “Mortalidad en varones jóvenes de México”. En Revista Estudios Sociales. Volumen XII. Número 26. Julio-Diciembre 2005. Hermosilla, Sonora, México. Fuente N° 60.

- Urzúa Aracena, Mario (2003) "Suicidio, intimidad e información" en Documentación de las Ciencias de la Información N° 26 (Madrid: Universidad Complutense). Fuente N° 58.
- Velasco Salles, María del Mar y Pujal i Llombart, Margot (2005) "Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista" Athenea Digital - num. 7: 133-147. Universidad Autónoma de Barcelona. Fuente N° 30.
- Villagómez Bedolla, Rosa Isela; Balcázar Musacchio, Adriana y Paz Ramírez, Ramón (2005) "Suicidio en jóvenes" en Revista de la Facultad de Medicina UNAM, No. 002, 2005. México DF. Fuente N° 31.
- Wright, Norman (1990) Como aconsejar en situaciones de crisis. Barcelona: CLIE.
- Yunes, João y Rajs, Danuta (1994) "Tendencia de la mortalidad por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de la región de las Américas" en Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 10 (supl. 1). Fuente N° 45.
- Yunes, João y Zubarew, Tamara (1999) "Mortalidad por Causas Violentas en Adolescentes y Jóvenes: Un Desafío para la Región de las Américas" en Revista Brasileira de Epidemiología Vol. 2, N° 3, 1999 (San Pablo: Asociación Brasileira de Pós Graduação em Saúde Pública). Fuente N° 44.
- Zuluaga, Alvaro Franco (2001) "Ética y conductas suicidas" en Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXX N° 4. Fuente N° 32.

ANEXOS

Anexo 1: Distribución de la mortalidad juvenil, total país (2000 a 2007)

Año		Total del país		Jóvenes		Total jóvenes	
		Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje
2000	Total	277148	100	2451	3337	5788	
	Varones	151136	54,5	1789	2520	4309	74,45
	Mujeres	125953	45,4	661	817	1478	25,54
	Sin especificar	59	0,1	1	0	1	0,01

Elaboración Propia con base en: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación. (2001)

Año		Total del país		Jóvenes		Total jóvenes	
		Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje
2001	Total	285941	100	2683	3421	6104	
	Varones	154736	54,11	1907	2601	4508	73,85
	Mujeres	130970	45,8	776	819	1595	26,14
	Sin especificar	235	0,09	0	1	1	0,01

Elaboración Propia con base en: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación. (2002)

Año		Total del país		Jóvenes		Total jóvenes	
		Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje
2002	Total	291190	100	2591	3473	6064	
	Varones	157974	54,25	1887	2645	4532	74,7
	Mujeres	132896	45,63	703	826	1529	25,25
	Sin especificar	320	0,12	1	2	3	0,05

Elaboración Propia con base en: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación. (2003)

Año		Total del país		Jóvenes		Total jóvenes	
		Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje
2003	Total	302064	100	2429	3110	5539	
	Varones	161937	53,6	2292	2219	4511	81,44
	Mujeres	139890	46,3	706	818	1524	18,55
	Sin especificar	237	0,1	1	0	1	0,01

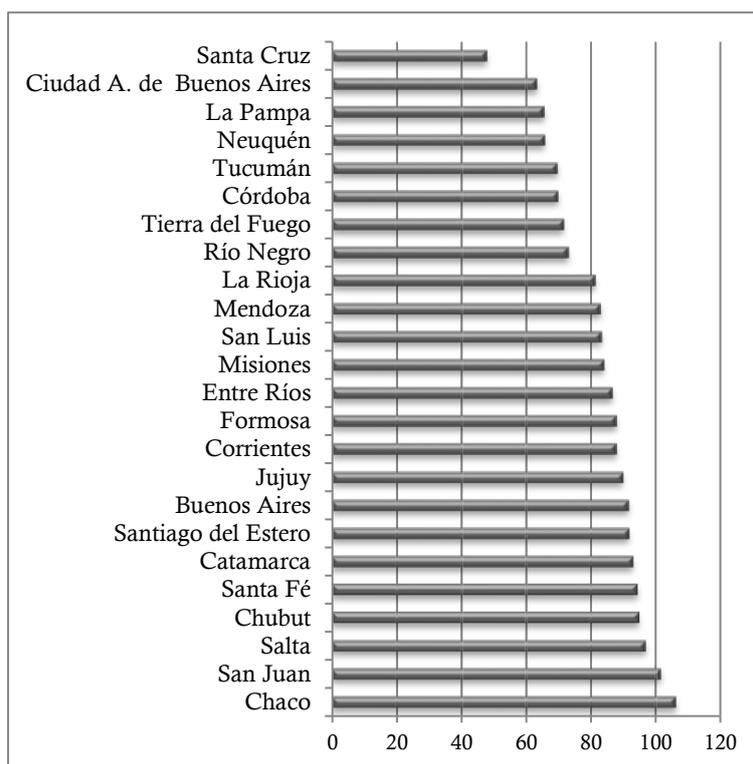
Elaboración Propia con base en: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación. (2004)

Año	Total del país		Jóvenes		Total jóvenes		
	Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje	
2004	Total	294051	100	2246	2909	5155	1,75
	Varones	155813	52,98	1599	2178	3777	73,27
	Mujeres	138028	46,94	645	730	1375	26,75
	Sin especificar	210	0,08	2	1	3	0,05
		Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje
2005	Total	293529	100	2370	2991	5361	1,82
	Varones	155606	53	1660	2221	3881	72,39
	Mujeres	137668	46,9	706	766	1472	27,46
	Sin especificar	255	0,1	4	4	8	0,15
		Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje
2006	Total	292313	100	2398	2987	5385	1,84
	Varones	154479	52,84	1669	2211	3880	72,05
	Mujeres	137647	47	727	774	1501	27,88
	Sin especificar	187	0,16	2	2	4	0,07
		Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje
2007	Total	315852	100	2551	3088	5639	1,78
	Varones	165959	52,54	1808	2282	4090	72,5
	Mujeres	149698	47,39	742	802	1544	27,41
	Sin especificar	195	0,07	1	4	5	0,09
		Casos	Porcentaje	15-19 años	20-24 años	Casos	Porcentaje

Elaboración Propia con base en: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación. (2005-2008)

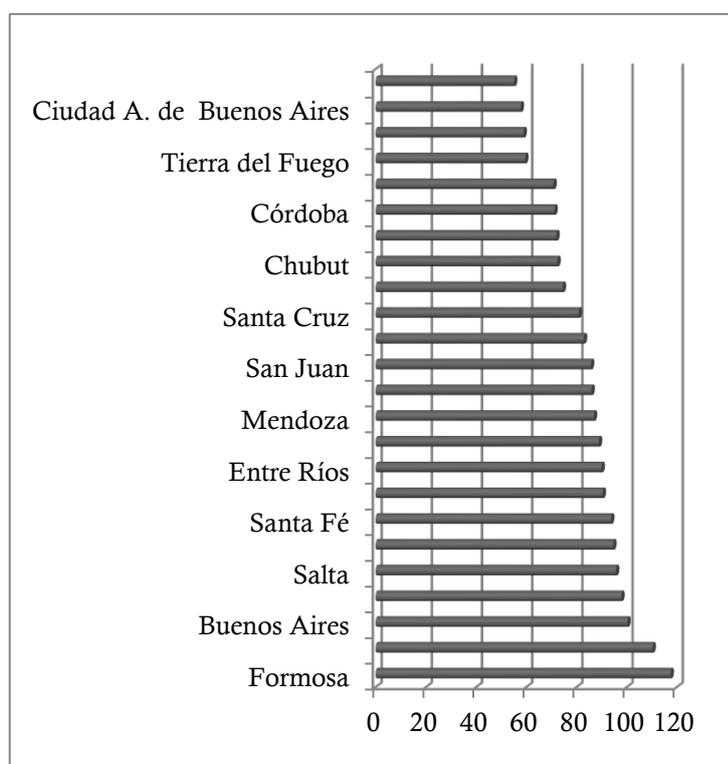
Anexo 2: Gráfico de distribución de las tasas de mortalidad juvenil por localidad de cada uno de los años analizados

Año 2000	
Chaco	106,2
San Juan	101,5
Salta	96,9
Chubut	94,9
Santa Fé	94,4
Catamarca	93,0
Santiago del Estero	91,8
Buenos Aires	91,6
Jujuy	89,9
Corrientes	87,9
Formosa	87,9
Entre Ríos	86,7
Misiones	84,0
San Luis	83,3
Mendoza	82,9
La Rioja	81,4
Río Negro	73,1
Tierra del Fuego	71,6
Córdoba	69,8
Tucumán	69,6
Neuquén	65,7
La Pampa	65,5
Ciudad A. de	63,3
Santa Cruz	47,8

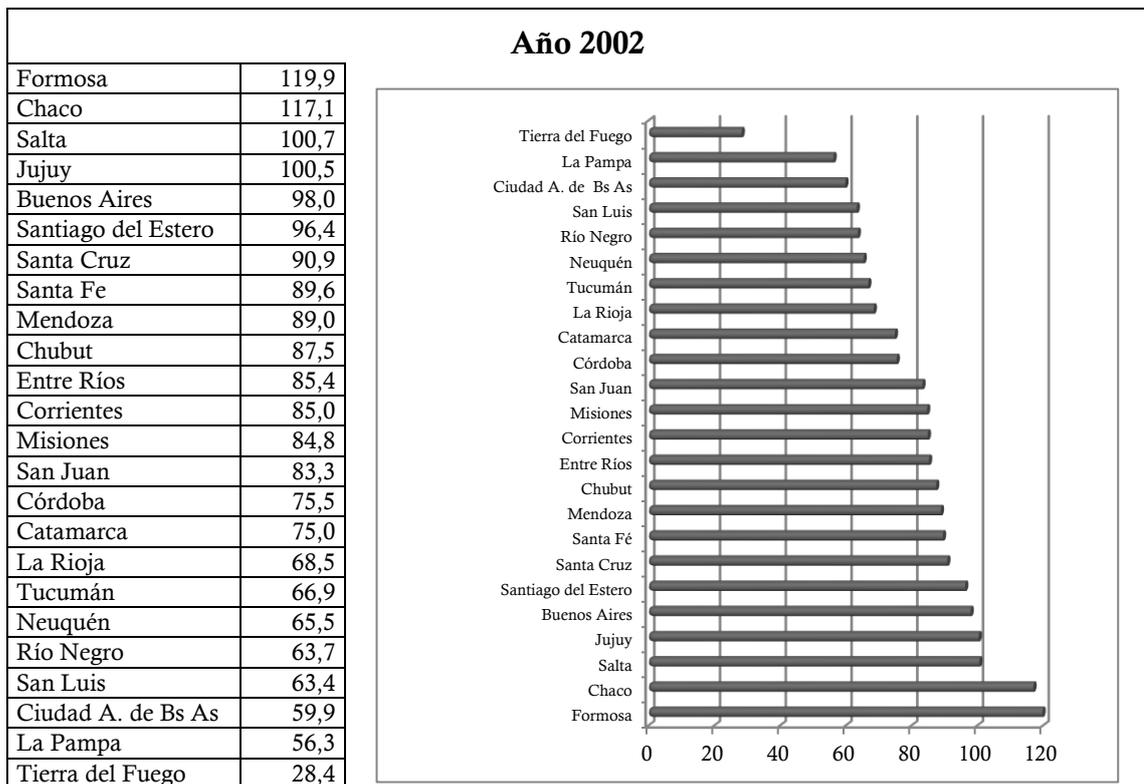


Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2002)

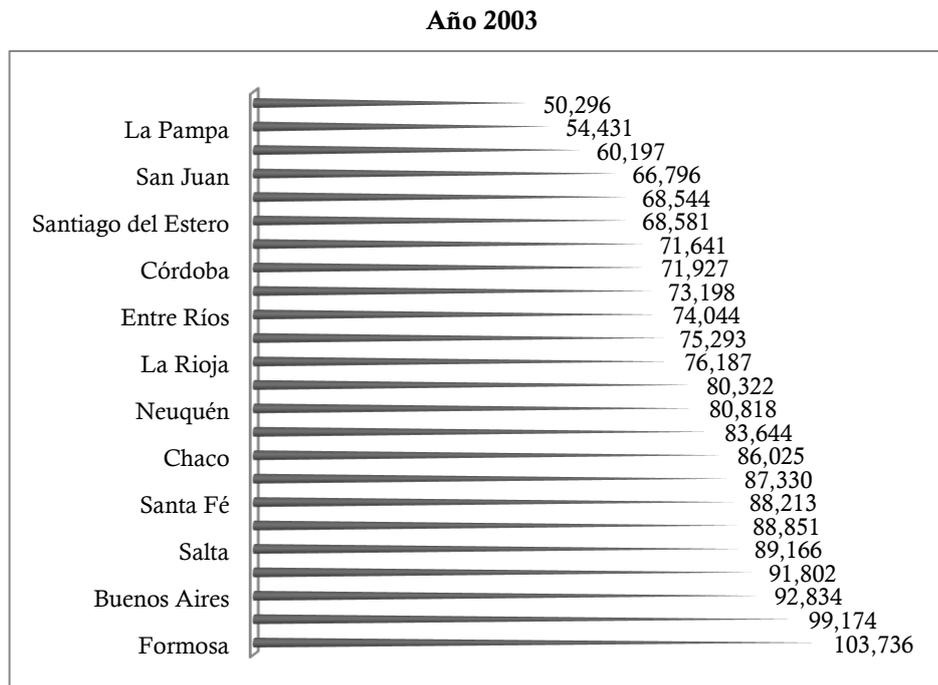
Año 2001	
Formosa	117,5
Chaco	110,4
Buenos Aires	100,3
Misiones	97,9
Salta	95,8
Corrientes	94,7
Santa Fé	93,8
Neuquén	90,5
Entre Ríos	90,0
Santiago del Estero	89,0
Mendoza	87,0
Jujuy	86,0
San Juan	85,8
Catamarca	83,0
Santa Cruz	81,0
Tucumán	74,6
Chubut	72,4
La Rioja	72,0
Córdoba	71,3
Río Negro	70,9
Tierra del Fuego	59,6
La Pampa	59,0
Ciudad A. de Buenos	57,8
San Luis	55,2



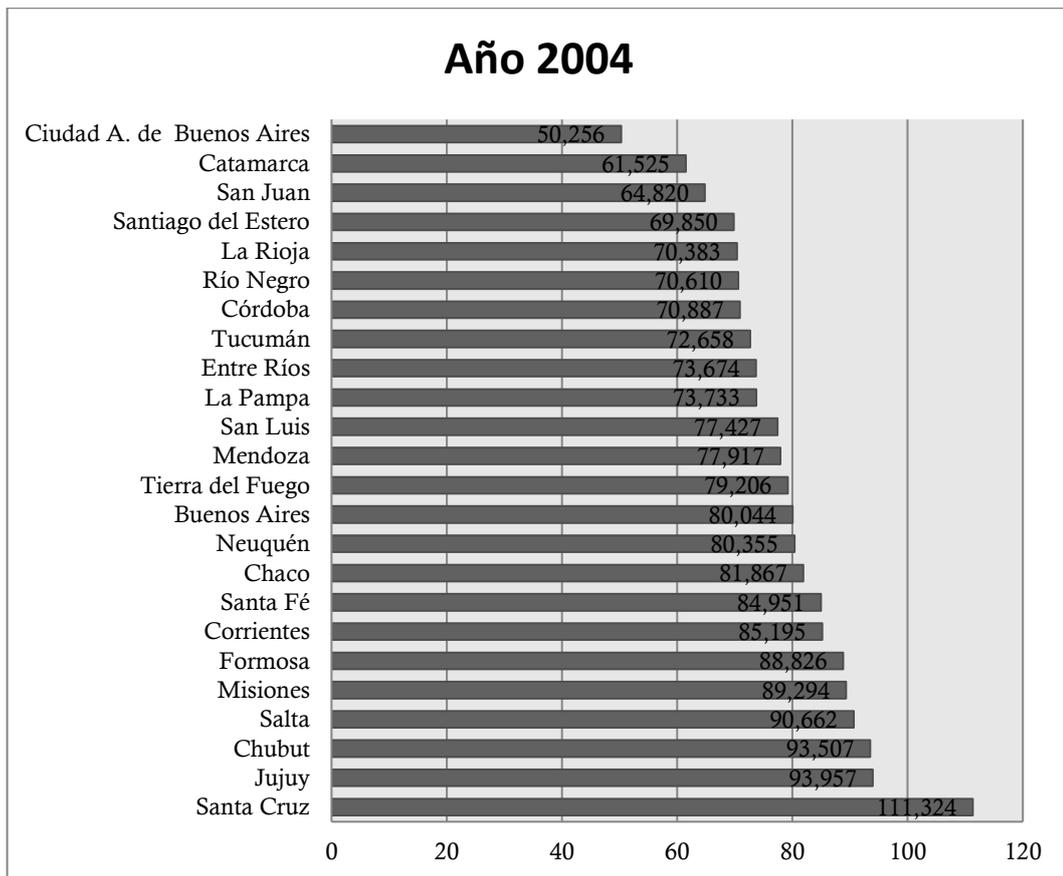
Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2003)



Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2004)

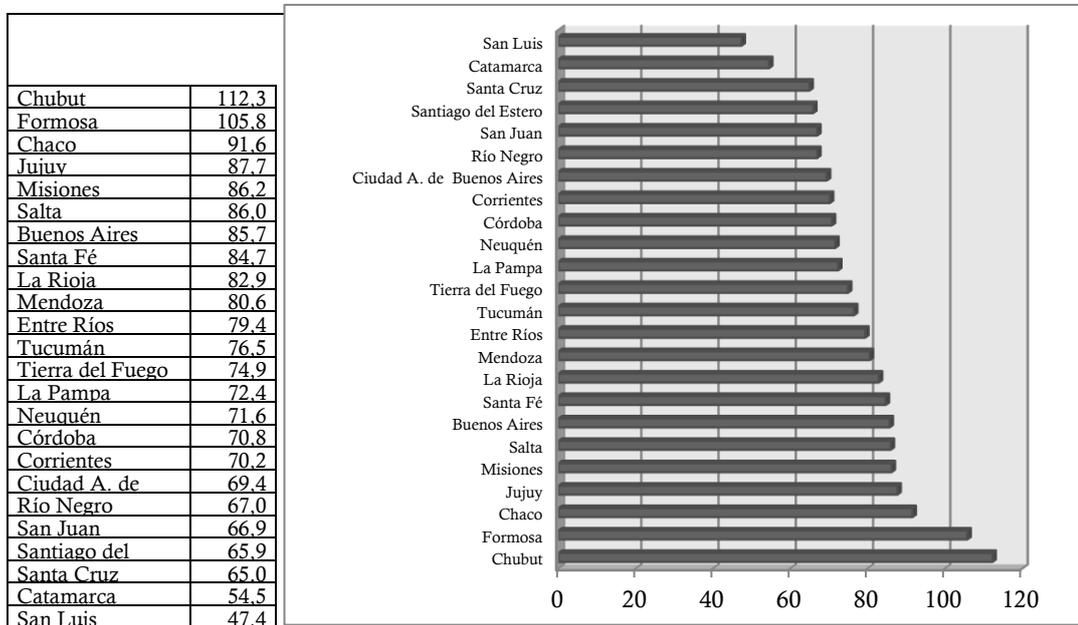


Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2004)

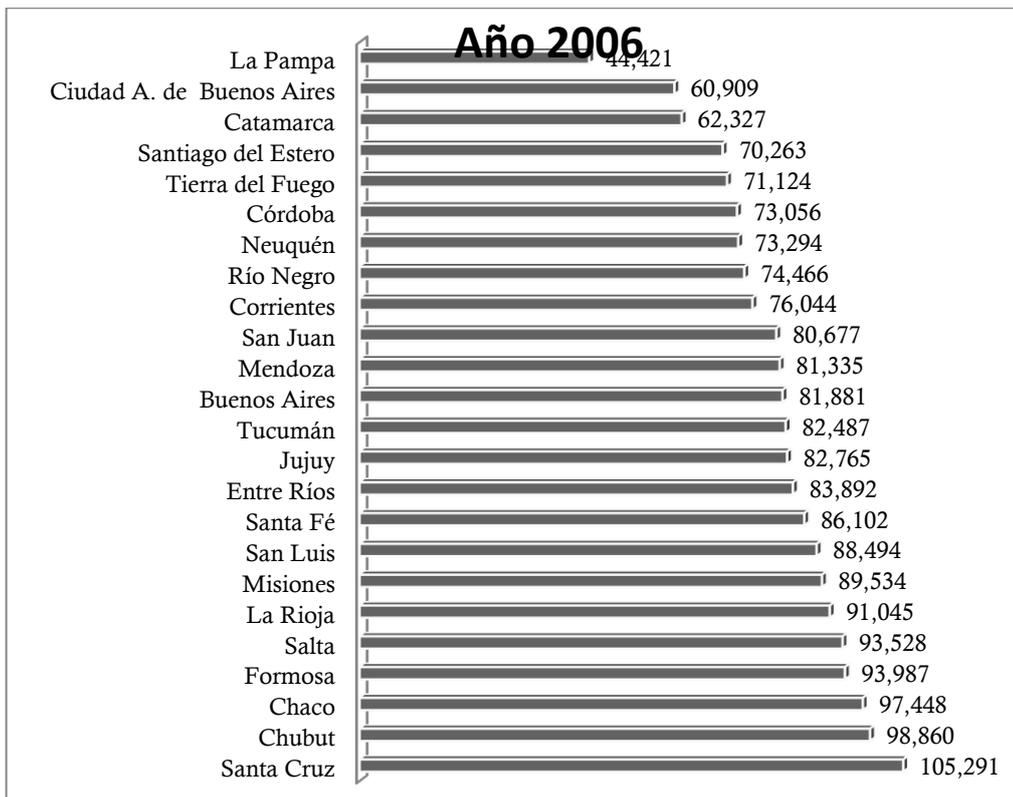


Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2006)

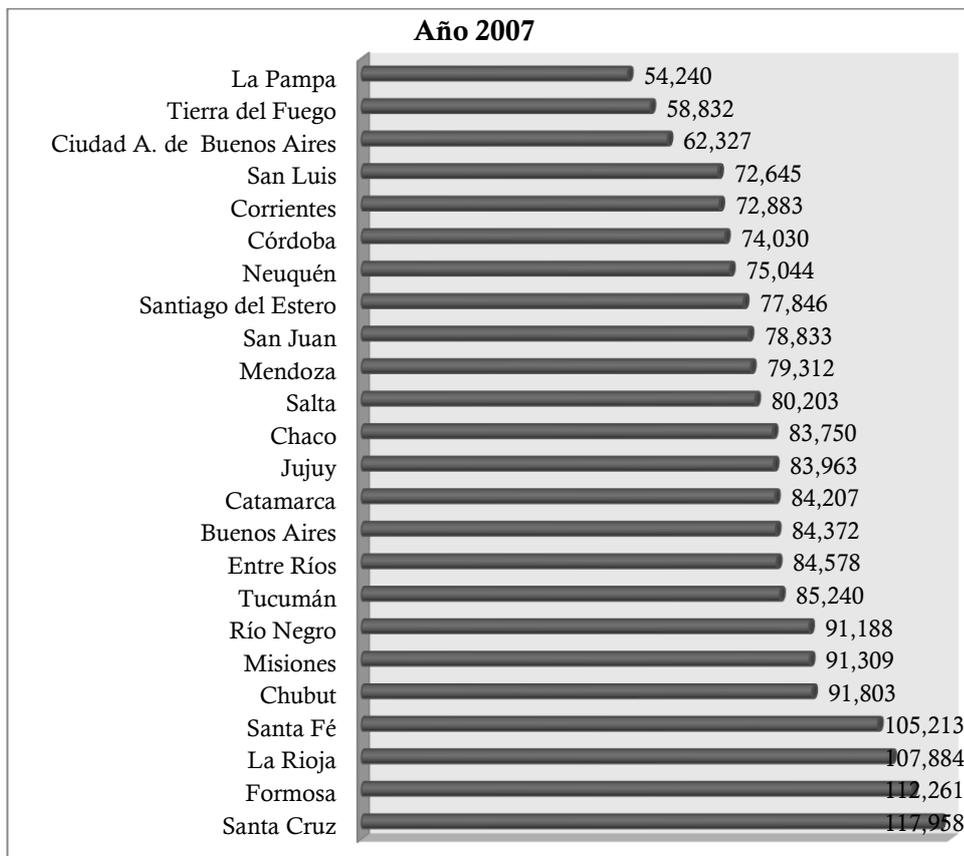
Año 2005



Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2007)



Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2008)



Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2009)

Anexo 3: Lista de mortalidad según causas seleccionadas

DENOMINACIÓN DE LOS GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN	CÓDIGOS CIE-10
1. Enfermedades infecciosas y parasitarias	A00-B99
Enfermedades infecciosas intestinales	A00-A09
Tuberculosis inclusive secuelas	A15-A19; B90
Tétanos	Neonatal: A33; Obstétrico: A34; Otros: A35
Septicemias	A40-A41
Infección meningocócica	A39
Meningitis viral	A87
Sarampión	B05
Rubéola	B06
Hepatitis viral	B15-B19
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia	B20-B24
Tripanosomiasis	B57
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	Todas las demás categorías A y B
2. Tumores	C00-D48
Malignos	C00-C97
Esófago	C15
Estómago	C16
Colon, recto y de la porción rectosigmoidea y ano	C18-C21
Hígado y de las vías biliares intrahepáticas	C22
Páncreas	C25
Tráquea, de los bronquios y del pulmón	C33-C34
Mama	C50
Útero	C53-C55
Próstata	C61
Leucemias	C91-C95
Tumor maligno de sitios no especificados	C80
Los demás tumores malignos	Todas las demás categorías C
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o desconocido	D00-D48
3. Diabetes mellitus	E10-E14
4. Deficiencias de la nutrición y anemias nutricionales	E40-E64; D50-D53
5. Meningitis	G00,G03
6. Trastornos mentales y del comportamiento	F00-F99
Síndrome de dependencia del alcohol	F10
7. Enfermedades del sistema circulatorio	I00-I98
Enfermedades hipertensivas	I10 -I14
Enfermedades isquémicas del corazón	I20-I25

Insuficiencia cardiaca	I50
DENOMINACIÓN DE LOS GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCIÓN	CÓDIGOS CIE-10
Complicaciones y descripciones mal definidas de enfermedad cardiaca	I51
Las demás enfermedades del corazón	Las demás categorías I00-I52
Enfermedades cerebrovasculares	I60-I69
Ateroesclerosis	I70
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	Todas las demás categorías I
8. Enfermedades del sistema respiratorio	J00-J99
Infecciones respiratorias agudas	J00-J22
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	J40-J47
Neumonitis debidas a sólidos y líquidos	J69
Insuficiencia respiratoria no clasificada en otra parte	J96
Las demás enfermedades del sistema respiratorio	Todas las demás categorías J
9. Enfermedades del esófago, estómago y duodeno	K20-K31
10. Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	K35-K46; K56
11. Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	K70; K73-K74; K76
12. Enfermedades del sistema urinario	N00-N39
13. Embarazo, parto y puerperio	O00-O99
14. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	P00-P96
15. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Q00-Q99
16. Causas externas	V01-Y98
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	V02-V04 con cuarto dígito 1 ó 9; V051; V092 y V093 V12-V15 y V20-V28 con cuarto dígito 4, 5 ó 9; V30-V38, V40-V48, V50-V58, V60-V68, V70-V78 con cuarto dígito 5, 6, 7 ó 9; V19, V29, V39, V49, V59, V69 y V79 con cuarto dígito 4, 5, 6 ó 9; V803 - V805; V811; V821; V830-V833; V840-V843 ; V850-V853; V860 - V863; V870 - V878; V892 y V899
Otros accidentes de transporte, inclusive secuelas	Las demás categorías V01-V99, Y85
Ahogamiento y sumersión accidentales	W65-W74
Otras causas externas de traumatismos accidentales, inclusive secuelas	W00-W64, W75-X59, Y86
Suicidios, inclusive secuelas	X60-X84, Y870
Agresiones, inclusive secuelas	X85-Y09, Y871
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	Y10-Y34; Y872
Complicaciones de la atención médica y quirúrgica	Y40-Y84
Las demás causas externas	Todas las demás categorías V01-Y98
17. Demás causas definidas	Resto de categorías, excepto R00-R99
MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS	R00-R99

Anexo 4: Cuadro de Causas de Muerte detalladas (15 a 24 años) Total País.

Causas de muerte (15 a 24 años)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
1. Enfermedades infecciosas y parasitarias	271	220	211	190	169	188	169	144
Enfermedades infecciosas intestinales	7	1	0	2	3	4	3	5
Tuberculosis inclusive secuelas	37	35	31	22	27	34	35	25
Ciertas enf. prevenibles por vacuna	0	0	0	0	0	0	0	0
Infecciones meningocócicas	2	1	2	2	0	3	0	3
Tétanos	0	0	0	1	0	0	0	0
Hepatitis virales	8	4	2	4	4	0	0	3
Septicemia	116	90	97	89	79	97	74	72
Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia	86	76	65	59	47	41	47	29
Tripanosomiasis	2	0	3	2	1	0	2	0
Las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	13	13	11	9	8	9	4	7
2. Tumores	426	473	425	403	441	416	433	507
Tumores malignos	383	405	381	366	397	379	391	464
Estómago	11	9	4	3	4	8	6	6
Colon	7	10	13	11	9	10	18	24
Páncreas	0	5	0	2	4	1	5	1
Demás órganos digestivos y peritoneo	15	12	10	12	19	18	10	10
Tráquea, de los bronquios y del pulmón	12	14	15	12	5	8	12	13
Mama	4	6	4	4	2	3	1	3
Útero	7	10	11	8	9	7	8	10
Los demás tumores malignos	327	339	324	314	345	324	228	397
Carcinoma en situ, tumores benignos y de comportamiento incierto o	43	68	44	37	44	37	42	43
3. Diabetes melítus	20	18	15	20	25	22	23	25
4. Desnutrición - Deficiencias en la alimentación y anemias nutricionales	3	16	20	12	12	10	12	7
5. Meningitis	15	10	14	16	17	18	14	8
6. Trastornos mentales y del comportamiento	9	3	6	11	5	8	9	8
Síndrome de dependencia del alcohol	sin dato	2	3					
7. Enfermedades del sistema circulatorio	297	294	279	277	265	271	292	256
Enfermedades hipertensivas	3	7	3	3	4	3	1	4
Enfermedades isquémicas del corazón	6	23	32	33	15	29	29	22
Insuficiencia cardíaca	32	78	71	68	61	76	59	59
Las demás enfermedades del corazón	28	75	65	66	84	68	85	77
Enfermedades cerebrovasculares	38	102	99	97	90	83	110	81
Aterosclerosis	0	0	2	0	0	1	0	1
Las demás enfermedades del sistema circulatorio	9	9	7	10	11	11	8	12

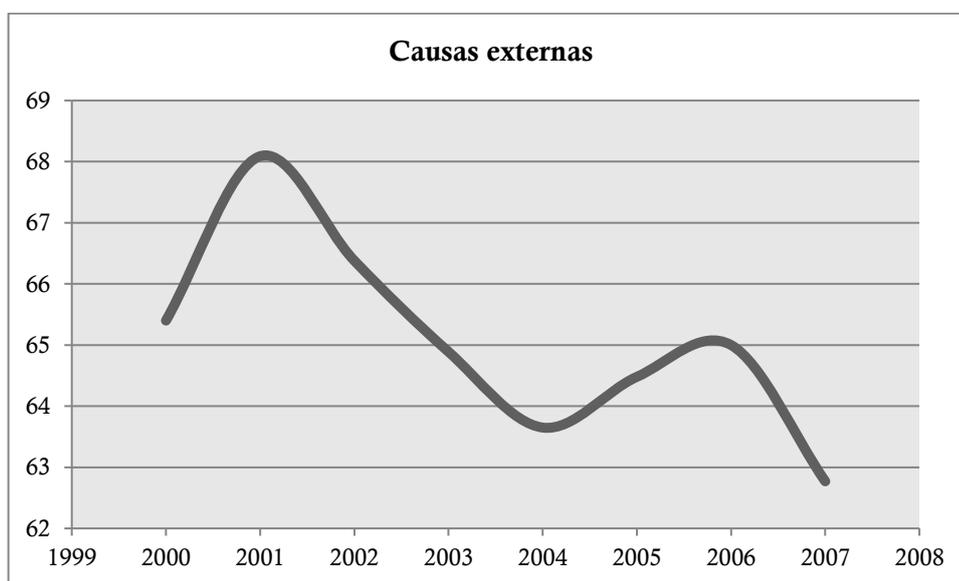
Elaboración Propia con base en: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación (2001-2008)

Causas de muerte (15 a 24 años)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
8. Enfermedades del sistema respiratorio	243	239	283	280	275	279	271	318
Infecciones respiratorias agudas	68	89	89	97	96	113	107	104
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	24	25	20	22	22	21	16	24
Las demás enfermedades del sistema respiratorio Todas las demás categorías	151	125	174	161	157	145	148	190
9. Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	7	5	11	4	8	9	9	12
10. Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	7	9	9	6	7	8	9	5
11. Enfermedades del sistema urinario	48	57	46	52	52	38	47	34
12. Embarazo, parto y puerperio	62	79	99	89	74	71	80	98
13. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	0							
14. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías	48	45	57	46	46	51	51	75
Esófago estómago y duodeno	0	0	0	0	0	0	0	3
15. Causas externas	3784	4154	4023	3593	3279	3454	3495	3536
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	707	758	634	611	654	665	803	836
Otros accidentes de transporte	134	138	97	61	61	67	88	59
Otras causas externas de traumatismos accidentales	909	872	856	781	799	926	706	940
Suicidios	579	684	700	818	814	787	833	734
Agresiones	651	821	865	832	624	589	543	466
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	773	850	847	478	314	410	392	487
Las demás causas externas	31	31	24	12	13	10	130	14
16. Demás causas definidas	310	254	308	312	294	292	297	360
B. TOTAL MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS	238	228	258	228	186	226	174	245
Totales	5788	6104	6064	5539	5155	5361	5385	5639

Elaboración Propia con base en: Estadísticas Vitales. Ministerio de Salud de la Nación (2001-2008)

Causas de muerte (15 a 24 años) en porcentajes

Causas de muerte (15 a 24 años) en porcentajes	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4,68	3,6	3,48	3,43	3,28	3,5	3,13	2,55
Tumores	7,36	7,75	7	7,27	8,55	7,76	8,04	8,99
Diabetes melitus	0,35	0,3	0,25	0,36	0,48	0,41	0,43	0,44
Desnutrición - Deficiencias en la alimentación y anemias nutricionales	0,05	0,26	0,33	0,22	0,23	0,18	0,22	0,12
Meningitis	0,25	0,16	0,23	0,29	0,33	0,33	0,26	0,14
Trastornos mentales y del comportamiento	0,15	0,05	0,1	0,2	0,09	0,15	0,16	0,14
Enfermedades del sistema circulatorio	5,13	4,81	4,6	5	5,14	5,05	5,42	4,54
Enfermedades del sistema respiratorio	4,2	3,91	4,66	5,05	5,33	5,2	5	5,64
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	0,12	0,08	0,18	0,07	0,16	0,17	0,16	0,21
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	0,12	0,14	0,15	0,11	0,13	0,15	0,16	0,08
Enfermedades del sistema urinario	0,83	0,93	0,75	0,94	1	0,7	0,87	0,6
Embarazo, parto y puerperio	1,07	1,29	1,63	1,6	1,43	1,32	1,48	1,73
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	0,83	0,74	0,94	0,83	0,9	0,95	0,94	1,33
Causas externas	65,4	68,09	66,38	64,89	63,65	64,48	65	62,77
Demás causas definidas	5,35	4,16	5,07	5,63	5,7	5,44	5,5	6,38
TOTAL MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS	4,11	3,73	4,25	4,11	3,6	4,21	3,23	4,34



Elaboración Propia con base en: *Estadísticas Vitales 2001 a 2007. (2002 - 2008)*

Anexo 5: Comportamiento de las causas externas en el total del país

Causas externas	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	Casos	%														
Accidentes de tráfico de vehículo de motor	707	19	758	18	634	16	611	17	654	20	665	19	803	23	836	24
Otros accidentes de transporte	134	3,6	138	3,3	97	2,4	61	1,7	61	1,9	67	1,9	88	2,5	59	1,7
Otras causas externas de traumatismos accidentales	909	24	872	21	856	21	781	22	799	24	926	27	706	20	940	27
Suicidios	579	15	684	16	700	17	818	23	814	25	787	23	833	24	734	21
Agresiones	651	17	821	20	865	22	832	23	624	19	589	17	543	16	466	13
Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	773	20	850	21	847	21	478	13	314	9,5	410	12	392	11	487	14
Las demás causas externas	31	0,8	31	0,8	24	0,6	12	0,3	13	0,4	10	0,3	130	3,7	14	0,4

Elaboración Propia con base en: *Estadísticas Vitales 2000-2007 (2001-2008)*

Causas externas por localidad

Porcentaje de causas externas	Ciudad A. de Buenos Aires	Buenos Aires	Catamarca	Córdoba	Corrientes	Chaco	Chubut	Entre Ríos	Formosa	Jujuy	La Pampa	La Rioja
Año 2000	61	68,13	69	64,93	55,26	51	70,73	53,53	49,45	50	57,14	76,74
Año 2001	63,7	71,77	58	69,26	60,24	66,5	73,44	57,3	60	56	50	58,97
Año 2002	61,78	69,46	65,21	66,12	67,55	58,37	75,95	49,41	55,83	67,72	74,19	50
Año 2003	56,25	67,6	61,7	58,1	63,12	54,76	78,08	56,13	43	61,79	82,76	56,82
Año 2004	61,24	63,42	55	69,64	57,59	57,4	70,66	65,16	59,09	56,41	57,5	48,78
Año 2005	59,72	65,23	61,11	67,35	54,54	59,78	72,52	60,12	55,55	62,72	67,5	63,26
Año 2006	56,97	64,05	69,04	70,07	61,38	59,8	67,9	64,24	52,52	65,71	60	60
Año 2007	50,4	60,23	67,24	68,05	64,54	58,04	64,47	58,79	57,37	65,74	70,96	62,68
Promedio del período	58,88	66,23	63,29	66,96	60,65	58,21	71,72	58,1	54,1	60,76	65	59,65

Porcentaje de causas externas	Mendoza	Misiones	Neuquén	Río Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fé	Santiago del Estero	Tucumán	Tierra del Fuego
Año 2000	67,49	60,25	67,14	67,86	61,27	64,81	64,4	89,47	74,47	53,6	52,8	75
Año 2001	69,38	60,42	77	66,26	55,82	64,13	70	63,63	74	58,19	63,21	78,57
Año 2002	73	53,52	72	71,05	60,63	62,22	68,08	73,68	69,68	52,63	65,71	71,43
Año 2003	70,08	56,21	72,37	81,01	56,02	66,23	75	95,83	72,07	55,96	62,03	77,77
Año 2004	77,27	52,29	59,74	70,66	56,82	62,66	67,92	80	70,02	56,25	60,64	66,66
Año 2005	70,88	58,14	75,71	75	64,21	62,82	60,6	75	67,45	63,55	61,42	86,66
Año 2006	77,59	61,74	72,6	75,31	57,81	61,05	61,9	72,5	69	62,06	68,07	60
Año 2007	71,31	50,26	78,95	67	55,67	74,47	66,03	65,22	71,65	57,25	63,51	69,23
Promedio del período	72,12	56,6	71,94	71,77	58,53	64,8	66,74	76,91	71,04	57,44	62,17	73,16

Elaboración Propia con base en: *Agrupamiento de causas de mortalidad por división político territorial de residencia, edad y sexo*. Ministerio de Salud de la Nación (2002-2009)

**Anexo 6: Tasas de mortalidad por Causas Externas República Argentina
(tasas por 100.000 personas 15 a 24 años)**

1979	
Accidente de tráfico (1)	13,8
Suicidio (2)	5,37
Homicidio y otras (3)	4,17
Caída accidental (4)	1,84
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	6,19
Resto causas externas (6)	20,81
Total	52,18
1980	
Accidente de tráfico (1)	13,25
Suicidio (2)	5,42
Homicidio y otras (3)	3,76
Caída accidental (4)	1,96
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	0
Resto causas externas (6)	20,57
Total	44,96
1981	
Accidente de tráfico (1)	12,57
Suicidio (2)	5,88
Homicidio y otras (3)	3,8
Caída accidental (4)	1,26
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	0
Resto causas externas (6)	22,28
Total	45,79
1982	
Accidente de tráfico (1)	12,16
Suicidio (2)	5,3
Homicidio y otras (3)	5,21
Caída accidental (4)	1,23
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	3,15
Resto causas externas (6)	18,43
Total	45,48
1983	
Accidente de tráfico (1)	11,87
Suicidio (2)	4,86
Homicidio y otras (3)	4,9
Caída accidental (4)	0,95
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	3,69
Resto causas externas (6)	19,64
Total	45,91
1984	
Accidente de tráfico (1)	11,13
Suicidio (2)	4,23
Homicidio y otras (3)	7
Caída accidental (4)	1,04
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	3,66
Resto causas externas (6)	18,93
Total	45,99

1985	
Accidente de tráfico (1)	8,51
Suicidio (2)	4,88
Homicidio y otras (3)	8,67
Caída accidental (4)	0,7
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	3,69
Resto causas externas (6)	17,67
Total	44,12
1986	
Accidente de tráfico (1)	10,37
Suicidio (2)	6,04
Homicidio y otras (3)	9,64
Caída accidental (4)	0,69
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	3,72
Resto causas externas (6)	18,58
Total	49,04
1987	
Accidente de tráfico (1)	9,52
Suicidio (2)	5,6
Homicidio y otras (3)	9,94
Caída accidental (4)	0,66
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	6,36
Resto causas externas (6)	16,28
Total	48,36
1988	
Accidente de tráfico (1)	9,55
Suicidio (2)	6,32
Homicidio y otras (3)	10,38
Caída accidental (4)	0,51
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	5,76
Resto causas externas (6)	16,77
Total	49,29
1989	
Accidente de tráfico (1)	10,31
Suicidio (2)	5,35
Homicidio y otras (3)	11,43
Caída accidental (4)	0,66
Lesiones c. Ext. Ignorada (5)	7
Resto causas externas (6)	16,79
Total	51,54

Elaboración Propia con base en: Yunes (1993)

Anexo 7: Perfil de informantes de estudio etnográfico

Área	Técnica	Seudónimo / Identificación	Informante	Escenario	Cantidad	Descripción general
Descripción general	Observación	Iglesia de Zona Oeste	Congregación completa	Cultos domingos	80	Se reúnen unas 200 personas los domingos por la mañana
	Observación	Ministerio de Sanidad Interior	Grupo de líderes y personas "nuevas"	Retiros de sanidad interior	5	Participan un promedio de 50 personas de diferentes edades a partir de los 18 años.
	Observación	Ministerio de Sanidad Interior	Líderes del ministerio de sanidad interior	Capacitaciones de sanidad interior	10	Se trata de un grupo formado por hombres y mujeres de más de 25 años y hasta 50 años. Son voluntarios que se capacitan para atender consultas de sanidad interior de jóvenes y adultos.
	Observación	JEBA	JEBA: Juventud evangélica bautista argentina	Congreso nacional	1	Reune a 1500 jóvenes de todo el país que viajan por delegaciones. Pertenecen a las iglesias bautistas. Cada joven aporta los fondos para su participación.
	Observación	JEBA	JEBA: Juventud evangélica bautista argentina	Retiro Nacional de líderes	1	Participan 50 líderes mayores de 20 años y menores de 40 años de diferentes provincias: Mendoza, Santa fé, Buenos Aires, La Pampa, Entre Ríos. Se reúnen en Villa Giardino, Córdoba en la "Villa Bautista".
	Entrevista	Horacio	Pastor principal	Encuentro personal	4	50 años. Especialista en Ministerio de Adoración. 20 años de trabajo pastoral.
	Entrevista	Ignacio	Pastor asociado	Encuentro personal	4	40 años. Licenciado en Teología.
	Entrevista	Rosa	Coordinadora de grupo de mujeres	Encuentro personal	4	45 años. Ama de casa. Comerciante. Estudia profesorado en Informática.

	Entrevista	Fiona	Intercesora	Encuentro personal	2	55 años. Se dedica a la oración. Asiste a la iglesia desde su juventud.
	Entrevista	Celeste	Esposa del pastor	Encuentro personal	5	45 años. Ama de casa. Estudiante de secundario para adultos.
Caso de ideación suicida	Entrevista	Antonella	Joven con ideación suicida	Encuentro personal	15	(20 años) Caso de ideación suicida, ataques de pánico.
	Entrevista	Horacio	Pastor principal	Encuentro personal	1	50 años. Especialista en Ministerio de Adoración. 20 años de trabajo pastoral.
	Entrevista	Alberto y Mariana	Matrimonio líderes de jóvenes	Encuentro personal	2	El tiene 37 años, ella 38 años. Participan en la congregación desde que tenían 18 años. Allí se conocieron. Coordinan las actividades del grupo de jóvenes y el trabajo en las células (grupos pequeños).
	Entrevista	Josefina	Líder de célula	Encuentro personal	5	Joven de 19 años que coordina la célula en la que participa Antonella. Participa en la Iglesia desde que era niña.
	Entrevista	Beatriz	Amiga de Antonella	Encuentro personal	5	35 años. Ama de casa. Llegó luego de su divorcio a la iglesia. Es amiga íntima de Antonella.
	Entrevista	Rocío	Mamá de Antonella	Encuentro personal	1	50 años. Docente. No asiste a la iglesia.
	Entrevista	Rodolfo	Hermano de Antonella	Encuentro personal	4	18 años. Empieza a asistir a la iglesia invitado por Antonella.
	Entrevista	Anabella	Cuñada de Belén	Encuentro personal	5	17 años. Es novia de Rodolfo. Asiste a la iglesia por invitación de otros jóvenes desde hace 2 años. Su familia no asiste. Es miembro de la célula de Josefina.
	Entrevista	Milagros	Hermana de Belén	Encuentro personal	1	12 años. Asiste a la iglesia acompañando a Antonella.

Anexo 8: Cuadro de trabajo de fuentes analizadas

Nº de Fuente	Autor/es	Año	Lugar de Realización	Campo /s disciplinares	Nro de pág	Instituciones de referencia y pertenencia (autores y publicación)	Título del trabajo	Bibliografía citada	Tipo de trabajo	VARIABLES del Estudio	Resumen
1	Albamonte, Julio	1996	Ciudad de Buenos Aires	Psiquiatría. Derecho.	4	Asociación Médicos Municipales	“Responsabilidad profesional en psiquiatría. El riesgo de suicidio”	Código Penal.	Artículo	No tiene.	Presenta información a los psiquiatras para enfrentar la posibilidad de un juicio por mala praxis.
2	Arboleda-Flórez, Julio	2006	Canada	Psiquiatría. Epidemiología.	25	Universidad Quee’s, Ontario, Canadá	“Epidemiología de los Trastornos Mentales”	28 textos de EE UU. 9 de OMS. 4 de Canada. 3 de Europa.	capítulo de libro	factores de riesgo.	El capítulo presenta un resumen de la historia de la epidemiología. Describe las medidas empleadas y propone la profundización de los estudios.
3	Benitez de Nale, Berta	1996	Rosario de Santa Fe - Argentina	Psiquiatría	3	Asociación Rosarina de Psiquiatría. Revista Vertex	“El mundo que nos rodea y la depresión adolescente”	4 artículos de Barcelona. 1 de EEUU. 2 argentinos.	Artículo	Influencia de la sociocultura en la estructura psíquica del hombre y afecta en forma global a niños y adolescentes	Plantea que "en la trinchera de la Salud Mental nos encontramos en alarma" por el aumento de depresión, trastornos de la ansiedad, violencia, trastornos de la alimentación, suicidio y accidentes.
4	Carbonell Camós, Eliseu	2006	Quebec	Antropología	24	Universidad de Quebec en Montreal) "Centre de recherche et	Tiempo y suicidio. Contribución antropológica a una discusión	24 textos de America del Norte. 1 de AL. 1 de	Informe de estancia posdoctoral		Estudia los textos que plantean la relación entre tiempo y suicidio y cómo la explican. Un aporte: "Esto podría interpretarse en el sentido de lo que Gabennesch (1998) denomina "efecto de promesa rota" (broken-promise effect), es decir, dentro de los ciclos temporales, el incumplimiento de las

						d'intervention sur le suicide et l'euthanasie" (CRISE), "Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies. Instituts de recherche en santé du Canada" (IRSC) "Fonds de recherche en santé du Québec" (FRSQ).	transdisciplinar	Australia. 68 europeos			expectativas se convierte en un factor que precipita el suicidio. Ello explicaría, según Gabennesch, porqué el riesgo suicidio aumenta en primavera: la llegada de la primavera abre una expectativa universal de mejora. También explicaría porqué aumenta el número de suicidios al inicio de los ciclos temporales: el día de año nuevo, el inicio de la semana o las semanas que siguen al cumpleaños. Pasando del plano individual al colectivo, el broken-promise effect permite, en lugar de situar la causa del suicidio en los cambios sociales, situarlo en el fracaso relativo de esos cambios, el incumplimiento de las expectativas que aquellos cambios abrieron en su momento. (Carbonell, 2006:14)
5	Casullo, María Martina; Fernández Liporace, Mercedes; Contini de González, Norma	2005	Buenos Aires, CBA, Catamarca y Tucuman .	Psicología.	16	Facultad de Psicología, UBA	"Estudio comparativo sobre adolescentes en riesgo suicida"	8 trabajos de EEUU. 4 de argentina realizados por el mismo equipo.	Artículo	Factores de riesgo.	Se presentan datos obtenidos por la administración de una Escala para la Detección de Adolescentes en Riesgo Suicida (ISO-30) en su adaptación local, a un total de 1297 estudiantes adolescentes de ambos sexos residentes en las provincias argentinas de Catamarca, Tucumán, Buenos Aires y ciudad de Buenos Aires, con una edad promedio de 15 años. Se ha podido detectar un 11% de sujetos en alto riesgo suicida en los centros urbanos y un 13 % en localidades de menor densidad poblacional. Ser mujer, hijo/a único/a, vivir en pequeños centros poblacionales así como el bajo nivel educativo de los padres aparecen como los principales factores de riesgo.
6	CEPAL	2006	Santiago de Chile	Sociología. Economía.	57	CEPAL	Panorama Social de América Latina 2006	8 textos. 3 de CEPAL. 1 UNICEF. 4			La juventud adquiere su especificidad cuando la sociedad le otorga un tiempo prolongado de "moratoria de roles", es decir, una suspensión temporal de obligaciones que favorece la preparación para enfrentar nuevas situaciones. En otras palabras, el joven no es niño ni adulto, y su

								Argentina y Chile.			principal función es prepararse para construir un hogar propio e insertarse en mercados de trabajo que exigen cada vez mayores conocimientos y destrezas. Esto significa que el tránsito de la infancia a la madurez implica un período en que se producen importantes cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales: “se inicia con la capacidad del individuo para reproducir a la especie humana y termina cuando adquiere la capacidad para reproducir a la sociedad”
7	Conti, Norberto Aldo y col	1996	Ciudad de Buenos Aires	Psiquiatría.	2	Revista Vertex	“Evaluación del riesgo suicida, perspectivas bibliográficas”	7 trabajos de EEUU y Europa	Reseña bibliográfica	Criterios para predecir el riesgo suicida	Se sistematizan indicadores para la medición de riesgo desde diferentes propuestas
8	Cordero, Ramón	1996	Rafaela, Santa Fe.	Psiquiatría. Medicina Legal.	4	Revista Vertex. Tribunales de Rafaela	Suicidios en el Departamento de Castellanos —una encuesta epidemiológica.	No tiene. Referencia la encuesta realizada.	Artículo	Año. Edad. Sexo. Fecha. Medio utilizado.	Presenta los resultados de una encuesta aplicada en el Departamento Castellanos de la provincia de Santa Fe.
9	Chable Rios, Abril; Koh Tamay, Faustina; Puc Galaz, Elisa; Luit Briceno, Jorge Isaias	2007	Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Yucatán	Psicología	10	Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Yucatán. Congreso Nacional de Psicología en la Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla	“Actitudes y creencias hacia el suicidio en jóvenes: diferencias por sexo y ecosistema”	11 trabajos. Todos de México.	Trabajo Libre	Diferencia 1 semántico para Suicidio: 20 reactivos y tres factores: Ético, Evaluación y Actividad. Cuestionario de creencias	Para conocer si existen diferencias en las actitudes y creencias hacia el suicidio entre jóvenes adultos del estado de Yucatán, por sexo y ecosistema, se aplicó un Diferencial Semántico de Suicidio de siete puntos y el Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida CCCS-18a una muestra no probabilística por cuota por sexo (60 hombres, 60 mujeres) y ecosistema (60 rurales, 60 urbanos) de jóvenes adultos, con un promedio de edad de 20.64 años (DE=2.19). Los resultados muestran que no existen diferencias en la evaluación del concepto Suicidio ni por sexo ni por ecosistema. En el caso de las creencias actitudinales sobre el comportamiento suicida, se observó que no existen diferencias en cuanto a la legitimación, moralidad ni la posibilidad de considerar el suicidio propio, mientras que en cuanto a el suicidio en enfermos terminales, las mujeres están más en contra del mismo que los varones. El suicidio es visto en general como algo inmoral, poco atractivo, que no

									actitudinal es sobre el comportamiento suicida: 18 ítems y consta de 4 factores: I. Legitimación del suicidio, II. Suicidio en enfermos terminales, III. Dimensión moral, y IV. Suicidio propio.	debe legitimarse en ningún caso. Pero resulta interesante considerar el alto índice de suicidios cometidos en la entidad, a pesar del rechazo que provoca.	
10	Dra. Mónica E. Bella, Dra. Ruth A. Fernández y Dr. José M. Willington	2010	Cordoba - Argentina	Psiquiatría. Salud Pública.	6	Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba. Escuela de Salud Pública de FCM-UNC.	“Intento de suicidio en niños y adolescentes: depresión y trastorno de conducta disocial como patologías más frecuentes”	26 trabajos. 12 de EEUU. El resto de America Latina.	Artículo original	caracterización sociodemográfica, método de autoagresión utilizado para el intento de suicidio, antecedentes	Las conductas suicidas en niños y adolescentes se asociaban hasta hace poco con trastornos psicopatológicos de menor gravedad, como los trastornos reactivos. En las últimas décadas, según referencias internacionales, se observa un agravamiento de los trastornos psicopatológicos que se asocian a los intentos de suicidio en niños y adolescentes. Conclusiones. Los niños y adolescentes con intento de suicidio presentaron antecedentes psicopatológicos previos y trastornos mentales de importancia, como depresión y trastorno de conducta disocial, que requieren tratamientos y seguimientos sanitarios oportunos para evitar consecuencias de mayor gravedad. El método más utilizado para el intento de suicidio fue la ingesta de psicofármacos.

									psicopatológicos individuales, trastorno mental y del comportamiento en curso		
11	Espector, Eduardo M	1996		Psiquiatría.	4	Revista Vertex. Comisión del capítulo de Psicofarmacología de APSA.	“Hallazgos destacados en torno a la neurobiología del suicidio”	19 trabajos de EE UU. 2 argentinos. 7 europeos	Artículo	No tiene.	Presenta los resultados de estudios que miden componentes químicos asociados al riesgo de suicidio (especialmente 5HiAA en LCR)
12	Espinoza, Mercedes	2007	Buenos Aires	Psicología. Criminología	10	Facultad de Psicología, UBA	Conceptos, causas y enfoque del suicidio en la Argentina del siglo XIX y XX y el contraste con la perspectiva de Durkheim	15 trabajos. 12 de Buenos Aires. 1 de Quilmes. 1 enciclopedia. Durkheim.	Monografía de Maestría		El título propuesto en el presente escrito condensa el tema a indagar, es decir, cómo y desde qué puntos de vista ciertos autores (argentinos y europeos), de las últimas décadas del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, estudian una problemática que afecta de forma negativa a la población: el suicidio.
13	Freitez, Anitza y Romero, Dalia	2004		Demografía. Salud Pública.	16	Associação Latino Americana de População, ALAP	Comparación de dos países con mayor crecimiento de la mortalidad juvenil por causas violentas: Brasil y Venezuela	18 textos: 5 de EEUU, 2 de la CEPAL, 13 de AL	Ponencia en Congreso	El indicador de años de vida potencial perdidos (AVPP) permite evaluar la importancia	Las muertes y las deficiencias físicas causadas por la violencia se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública de nuestros tiempos, como es señalado en el Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la OMS del año 2002. En un estudio de la OPS sobre la mortalidad en adolescentes y jóvenes por causas violentas en la región de las Américas, se ha reportado que desde los años '80 Colombia, Venezuela, y Brasil son los países de la región que registran mayores y crecientes tasas de mortalidad juvenil masculina por causas violentas (por encima de 150 por

										a de las causas de defunción ya que consideran simultáneamente la cantidad de eventos ocurridos y el momento en que ocurren	100.000). En razón de esos hallazgos, nuestro trabajo tiene entre sus objetivos comparar el crecimiento de la mortalidad por causas violentas entre Venezuela y Brasil. Se estimarán las tasas de mortalidad juvenil ocasionadas por accidentes de tránsito, homicidios y suicidios discriminadas por sexo y se calcularán los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). La información presentada en este artículo ha mostrado que las tasas de mortalidad de los jóvenes, especialmente de los venezolanos, han registrado aumentos que coinciden claramente con los años de agudización del deterioro económico. Con la distribución por edad de los AVPP por causas violentas se confirma que cada vez la mortalidad relacionada con el uso de armas, está ateniendo a jóvenes de menor edad.
14	Fritschy, Blanca A.	2005	Santa Fe, Argentina	Geografía ambiental	11	Laboratorio de Geografía Ambiental, CONICET-UCSF.	“El suicidio en el departamento La Capital, Santa Fe, Argentina”	12 textos: 6 de EEUU y 1 de Australia. 4 de sitios web. Durkheim	Artículo - informe de investigación	Lugar de ocurrencia . Horario de ocurrencia . Modalidad elegida para cometer el suicidio. Sexo. Edad.	El comportamiento suicida viene determinado por un gran número de causas complejas, tales como la pobreza, el desempleo, la pérdida de seres queridos, discusiones, ruptura de relaciones, problemas jurídicos y/o laborales, demográficos (edad, sexo, estado civil, ocupación, razas, religión, período del año...). Los antecedentes familiares de suicidio, así como el abuso de alcohol y estupefacientes, y los maltratos en la infancia, el aislamiento social; determinados trastornos mentales, como la depresión y la esquizofrenia, también tienen gran influencia en numerosos suicidios; etiológicos agudos y los incluidos en el Triángulo letal de Schneiderman (baja auto-estima, agitación extrema, visión en túnel). Las enfermedades orgánicas y el dolor discapacitante también pueden incrementar el riesgo de suicidio (OMS, 2004).
15	García de Jalón, Elena y V. Peralta	2002	Pamplona	Psiquiatría.	10	Hospital Virgen del Camino. Pamplona	“Suicidio y riesgo de suicidio”	49 trabajos. 44 de EEUU.	Artículo	factores de riesgo	Tanto la conducta suicida como el suicidio consumado representan un importante problema de salud pública en todo el mundo, por lo que es importante conocer sus factores determinantes. La conducta autolítica es un acto complejo y no aleatorio en el que intervienen factores sociodemográficos, psicológicos y biológicos. Se analizan los factores de riesgo más importantes de la conducta autolítica. Es necesario conocer bien estos factores para poder evaluar adecuadamente el riesgo autolítico, y en la medida de lo posible prevenirla.

16	González, Pamela	2006	Mendoza	Psicología. Criminología	24	Universidad del Aconcagua, Facultad de Psicología, Maestría en criminología	Victimología del suicidio	8 trabajos. 3 europeos. 5 de AL	Monografía de Maestría		Desde el punto de vista filosófico, junto a las filosofías mayoritarias que consideran el suicidio una cosa irracional, ilícita o abominable, filosofías marginales, de crisis, reivindican el derecho al suicidio como afirmación suprema de la libertad moral, como liberación definitiva de la vida entendida como angustia insuperable. Desde el punto de vista religioso, la ilicitud del suicidio se afirma por parte de casi todas las doctrinas religiosas siendo el hombre responsable de su propia vida ante Dios, quien se la ha concedido y de la cual no es propietario sino administrador. Desde el punto de vista jurídico, el suicidio, que durante muchos siglos ha sido castigado, en la mayor parte de los ordenamientos penales modernos, incluido el italiano, está exento de pena. En lugar de ello, son punibles las conductas consistentes en favorecer tal acto, como la inducción y el auxilio al suicidio.
17	Lopez Steinmetz, Lorena Cecilia	2010	Jujuy, Argentina	Psicología	10	Universidad Católica de Santiago del Estero. Revista ACTA Psiquiátrica y Psicológica de América Latina	Aproximación al factor de riesgo del proceso de suicidio. Estudio bianual en el servicio de guardia hospitalaria. (Jujuy, Argentina 2007-2008)	13 trabajos. 5 sobre metodología de la investigación. Durkheim. 4 sobre suicidio de argentina. 1 de Mexico.	Artículo original	Factores de riesgo que intervienen en el proceso de suicidio enumerados por Stagnaro.	Este artículo propone como principal objetivo estudiar la muestra de pacientes que tras realizar intentos de suicidio recibieron atención psicológica de Guardia (Hospital "Pablo Soria", Jujuy) en los años 2007 y 2008, a fin de caracterizar y concluir sobre los factores de riesgo del proceso de suicidio que describirían a la misma. El diseño es de tipo exploratorio-descriptivo, combinando metodología cuali-cuantitativa para el relevamiento y análisis de datos.
18	Mann y col (23 autores)	2007		Psiquiatría	11	American Medical Association	"Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review"	Estudia 147 artículos sobre el tema.	Artículo (Review)		Es un análisis de las publicaciones sobre suicidio entre 1966 y 2005 buscando las estrategias de prevención que presentan.
19	Matusevich, Daniel; Ruiz, Martín;	2006	Hospital Italiano de Buenos	Psiquiatría	5	Vertex	"Tentativas de Suicidio en la Adolescencia con	51 textos de EEUU y 3 de argentina	Artículo	Edad, sexo, motivo de ingreso,	Se trata de un estudio realizado en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre Setiembre de 2004 y febrero de 2006. Su objetivo es determinar la frecuencia con que los adolescentes menores de 21 años que se internan en la Sala de Psiquiatría

	Vairo, María Carolina; Finkelstein, Carlos y Job, Alfredo		Aires				Psicofármacos de los Padres: Estudio Descriptivo”			método de tentativa que motiva la internación.	realizan tentativas de suicidio con psicofármacos consumidos por sus progenitores
20	Mondragón B., Liliana y Caballero G., Miguel Ángel	2008		Psicología.	10	Universidad Nacional Autónoma de México	Del sujeto que ha intentado suicidarse y el Otro: la Institución Psiquiátrica	34 textos: 10 de Foucault, 6 europeos, 18 de América Latina	Informe de investigación		El hospital psiquiátrico se ha constituido como un lugar donde se posibilita legitimar la exclusión y la radicalidad de ese otro “que no es igual”, como es el caso del sujeto que atenta contra su propia vida. El intento de suicidio desde el pensamiento foucaultiano, es una resistencia que desmantela la estructura de dominación a través de un acto de poder, el cual se ejerce sobre el propio cuerpo. Así, la intención de este texto es mostrar que la relación Otro-otro es un lugar en la estructura subjetiva, que se deposita en la institución psiquiátrica, la cual representa el poder, la ley, y es aquello a lo que se le quiere agredir, resistir, abatir con un intento de suicidio. Para demostrar cómo se materializan estos hechos, se exponen los testimonios de tres adolescentes atendidas en un hospital psiquiátrico por intentos suicidas.
21	Mondragón Barrios, Liliana	2008	México, DF	Psicología	294	Universidad Nacional Autónoma de México	El suicidio ¿el derecho a morir? Una aproximación bioética al estudio del intento de suicidio diádico.	130 trabajos. 1 Ley. 52 de América Latina. 6 de Europa. 15 de Estados Unidos. 14 Argentinos. 22 Españoles. 9 de OMS.	Tesis Doctoral 1	Intento de Suicidio diádico.	Es oportuno investigar el intento suicida considerando los aspectos bioéticos que nos permitan explorar el problema desde una dimensión poco conocida y que puedan arrojar resultados benéficos para su aplicación en la clínica. El objetivo es conocer las disyuntivas entre los principios de beneficencia y autonomía, que se presentan en la relación médico-paciente, durante la terapéutica del intento de suicidio. La investigación se realizó en dos hospitales psiquiátricos de la Ciudad de México. La muestra incluyó a tres sujetos con intento de suicidio, mayores de 18 años, que eran atendidos en consulta externa a causa de una lesión autoinfligida en el último año, y a tres psiquiatras que trataban a éstos pacientes. Se llevó a cabo un análisis de discurso argumentado, para encontrar los significados que los participantes otorgaron a los principios bioéticos y las posibles disyuntivas entre éstos. Las discordancias entre la beneficencia y la

											autonomía estuvieron relacionadas con el beneficio del tratamiento, las virtudes atribuidas a los médicos, el respeto por los valores y las creencias de los pacientes, entre otros. El trabajo tiene repercusiones éticas relevantes en el escenario clínico, al ofrecer al psiquiatra un análisis bioético que le permita actuar de acuerdo a la beneficencia frente a casos de intento de suicidio.
22	Polaino-Lorente A. y de las Heras, E J	1990	Madrid	Psicología	17	Universidad Complutense de Madrid	“En torno a/fracaso escolar como hipótesis justificatoria-explicativa del suicidio infantil”	57 trabajos. 37 Europeos. 7 de EEUU. 1 de América Latina. 12 de España.	Artículo	Ambiente familiar. Suicidio. Fracaso Escolar.	El suicidio infanto-juvenil está relacionado en muchos casos con el fracaso escolar. El fracaso escolar puede constituir en algunos casos el principal factor etiológico de las conductas suicidas, especialmente entre los más jóvenes, originando una depresión u otro trastorno psicopatológico que ocasiona el suicidio. En otros casos el fracaso escolar es un mero factor desencadenante del suicidio, ya que existe una depresión previa que cursa con alteraciones cognitivas que provocan el fracaso escolar. Entre los de mayor edad, es frecuente que el fracaso escolar sea un mero factor concomitante de las conductas suicidas. Finalmente se analiza la posibilidad de su prevención.
23	Rodríguez Garín, Eduardo; Chieri, Patricia; Bula, Alejandra y Comas, Corina (2006) en Vertex 2006, Vol. XVII: 440-445	2006	Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Ciudad de Buenos Aires	Psiquiatría. Trabajo Social.	6	Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. Ciudad de Buenos Aires. Vertex.	“Estudio epidemiológico sobre población adolescente internada en un Hospital de Emergencias Psiquiátricas”	8 trabajos de EEUU. 12 de argentina (1 libro y artículos de revistas y ponencias)	Artículo	Sociodemográficos: edad sexo, lugar de nacim., zona de residencia, convivientes Socioeconómico: pobreza estructural, pobreza integrada, empobrecida, media Internación ingreso egreso. Antecedentes personales y familiares. Diagnóstico.	Brinda datos epidemiológicos de los adolescentes internados en el Hospital T. de Alvear. Son adolescentes tardíos, provenientes del medio urbano, de origen socio económico bajo. Predominan al ingreso los síntomas relacionados con depresión, psicosis y conductas suicidas.

24	Sarró, Blanca y de la Cruz, Cristina	1996	barcelona	Psiquiatría. Psicología.	6	Revista Vertex. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona	"Suicidios y supervivientes"	25 trabajos. 21 de EEUU y 4 de Europa. Casi todos en Ingles.	Artículo		Analiza el proceso de duelo de familiares y amigos de un suicida para evitar que la duración del duelo normal se prolongue y se convierta en "duelo complicado".
25	Serfaty, Edith	1996	Ciudad de Buenos Aires	Psiquiatría. Epidemiología.	5	Revista Vertex. Centro de investigaciones Epidemiológicas, Academia nacional de Medicina de Buenos Aires	"Suicidio en adolescentes y jóvenes"	6 trabajos de EE UU. 2 de OMS y OPS. 3 de argentina. 2 de francia.	Artículo		Toma las tasas de suicidio de jovenes en argentina entre 1983 y 1991. Hace una descripción de los aspectos involucrados.
26	Serfaty, Edith; Andrade, Jorge; Foglia, Luis; Masaútis, Alicia y Negri, Griselda	2006	Buenos Aires: con datos de Argentina por jurisdicción	Psiquiatría	6	Sinopsis Revista Asociación de Psiquiatras Argentinos. Centro de investigaciones epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires	"Suicidio en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años. Argentina 1991-2000"	2 Articulos propios. 5 de EE UU. 1 de OMS (en inglés). 3 informes estadísticos	Artículo		Objetivo: estudiar la frecuencia de las muertes por suicidio en adolescentes y jóvenes residentes de Argentina de 10 a 24 años de edad, entre los años 1991 y 2000, en el total del país y por jurisdicción. Población estudiada: todas las muertes por suicidio ocurridas en adolescentes y jóvenes durante 1991 y 2000. Se calcula-ron las tasas específicas por año y por causa, por sexo y grupo de edad para el total del país y por jurisdicción. La tasa de mortalidad por esta causa se incrementó desde 1991 a 2000 de 3,09 a 6,1/100.000 habitantes. Las formas de suicidio más frecuentes fueron ahorcamiento, arma de fuego y envenenamiento. La mortalidad por suicidio en los adolescentes y jóvenes de Argentina fue más elevada en el sexo masculino y se incrementa a medida que aumenta la edad, al igual que en la mayoría de los países de la región de América. El suicidio en adolescentes y jóvenes, por su tendencia creciente, es un problema de magnitud considerable para la Salud Pública y para la comunidad.
27	Sidun, Ayelen	2008	Salta (usando fuentes	Psicología.	9	Universidad Católica De Salta	"Juventud y muerte: representaciones	26 trabajos. Todos en español.	Ponencia en congres		Se plantea como necesario pensar cómo es que se están dando los nuevos modos de nombrar la muerte, pero a partir de la mirada que construyen los jóvenes. Si tomamos en cuenta que en la

			de internet)			de jóvenes anoréxicas sobre la muerte”	Mayormente estudios de juventud.	o		actualidad circulan unos discursos en los medios que ubican a los jóvenes asociándolos a la muerte (los jóvenes y las drogas; los jóvenes y las picadas; los jóvenes delincuentes y peligrosos) (Saintout, 2006), pero además estamos en un país donde las cifras que hablan de muertes violentas de jóvenes son considerables ¹ , adquiere especial relevancia pensar sobre las representaciones que los propios jóvenes construyen sobre la muerte, sobre los sentidos que le están dando. En esta investigación se indagará sobre las representaciones que tienen sobre la muerte jóvenes anoréxicas a través de diferentes páginas de internet. Esta indagación se realizará en el marco de una hipótesis de trabajo en la que se problematizan las estrategias de no consumo en un contexto de lógicas de consumo imperantes en la sociedad.	
28	Stagnaro, Juan Carlos	2006	Ciudad de Buenos Aires	Psiquiatría. Epidemiología.	33	UBA. Hospital Central de San Isidro	“Clínica, prevención y tratamiento del proceso suicida”	4 textos de EEUU. 3 de España. 4 de Argentina.	capítulo de libro	Crisis Suicida. Recaidas. Suicidio consumado. Factores de riesgo. Factores de protección.	El capítulo recorre los conceptos centrales del proceso suicida y propone algunas estrategias de intervención.
29	Triskier, Fabián	1996	Ciudad de Buenos Aires	Psiquiatría.	6	Hospital Piñeiro. UBA. Revista Vertex	“Desempleo y suicidio juvenil: un final del recorrido”	15 materiales argentinos. Durkheim. 4 artículos de EEUU	Artículo	Desempleo. Suicidio. Seguridad social.	El artículo plantea que el desempleo crónico puede explicar el aumento de suicidios, cuando no hay aumento de la enfermedad mental. Analiza el creimiento de la exclusión de los jóvenes como desencadenante del suicidio juvenil.
30	Velasco Salles, María del Mar y	2005	barcelona .	Psicología Social Crítica	15	Universidad Autónoma de Barcelona.	“Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando	27 textos: 20 de España. 1 de EEUU.	Artículo		Nuestro trabajo gira en torno al cuestionamiento de las prácticas de producción de conocimiento sobre el suicidio, inscritas principalmente dentro del campo de saber positivista de la Psiquiatría y de la

	Pujal i Lombart, Margot						una construcción discursiva reduccionista”	6 de AL			Sociología desde una mirada psicosocial. Pretendemos problematizar la noción convencional del suicidio introduciendo la subjetividad como categoría analítica y política; y centrándonos en los procesos de subjetivación, desde una perspectiva foucaultiana. La incorporación de la dimensión social al estudio del suicidio, mediante la inclusión de sus dimensiones subjetivas e intersubjetivas, nos permitirá poner en juego conceptos que nos posibiliten desplazar las preguntas sobre éste. Confeccionamos así nuestro trabajo, con el propósito de introducir nuevos elementos de análisis para discutir sobre algunas de las condiciones de posibilidad desde las que emerge nuestra capacidad de actuar; así como exponer aspectos sobre las formas en que se puede llegar a producir el morir de nuestros intentos (y deseos) en la vida cotidiana.
31	Villagómez Bedolla, Rosa Isela; Balcázar Musacchio, Adriana y Paz Ramírez, Ramón	2005	México DF.	Psiquiatría.	5	Centro de Salud Mental de Baja California. (CESAM). Facultad de Medicina UNAM	“Suicidio en jóvenes”	6 trabajos de AL. 10 de EEUU	Artículo original	factores de riesgo individuales, familiares; psicológicos, sociales, geográficos en el suicidio; el diagnóstico dual de suicidio en jóvenes con enfermedad es mentales consumo de drogas; desintegración familiar como causa principal del suicidio.	El porcentaje de suicidio en jóvenes ha aumentado en todo el mundo, pero hay muchos factores variables: edad, sexo, raza, familiares, culturales y sociales, además de aspectos psicológicos y biológicos. Actualmente la tasa de suicidios en los Estados Unidos de Norteamérica entre los 15 y 24 años es de 12.1 por 100,000 habitantes y es considerada la tercera causa de muerte entre jóvenes después de los accidentes y los homicidios; el medio más empleado es arma de fuego en un 60 por ciento. La depresión ligada al suicidio se asocia con la disponibilidad de armas de fuego, cambio reciente de domicilio, pérdidas de padre, hijo o familiar, consumo de drogas, especialmente el alcohol y el aislamiento social. El objetivo de este ensayo es reconocer el aumento de suicidios en jóvenes de 15 a 29 años, en Baja California en los últimos 10 años.

32	Zuluaga, Alvaro Franco	2001	Colombia	Psiquiatría. Ética.	14	Universidad El Bosque. Clínica Montserrat. Revista Colombiana De Psiquiatría	Ética y conductas suicidas	9 textos: 6 de Barcelona. 1 de EEUU. 1 de Colombia	Ensayo	No tiene.	<p>Este ensayo aborda, desde la perspectiva de la bioética, los conflictos que se le presentan al psiquiatra o al médico del servicio de urgencias, ante el paciente con conducta suicida. Inicialmente se presentan las posiciones de cuatro teorías éticas: Utilitarismo (cuyo principio básico es buscar las mejores consecuencias), Kantismo (que se fija más en los principios y no en las consecuencias), Individualismo liberal (que toma los derechos individuales como protectores de la vida, la libertad, la expresión y la propiedad) y Principialismo (moral común basada en principios).</p> <p>Luego se analizan las conductas suicidas a la luz de principios bioéticos (autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia) y se propone un modelo para el tratamiento de este tipo de conductas desde la óptica de la teoría principialista, la cual permite sopesar los diferentes niveles de prioridad, al partir de deberes de prima facie.</p>
33	Fortaleza Teixeira, Ana Maria - Margarita Antonia Villar Luis	1997	San Pablo, Brasil	Psicología. Enfermería	8	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo	"Suicidio, lesiones y envenenamiento de adolescentes: un estudio epidemiológico"	9 textos: 8 de la Universidad de San Pablo y de revistas de psiquiatría. 1 de EE UU	Informe de investigación	Sexo. Lesiones autoinflingidas. Edad.	<p>La presente investigación consta de un estudio epidemiológico de los casos de suicidio y lesiones auto-inflingidas (E950 a E959) y lesiones en que se ignora si fueron accidentales o intencionales (E980 a E989). La población fue adolescentes asistidos en el Sector de Urgencias Psiquiátricas, de un hospital universitario de la ciudad de Ribeirão Preto (S.P.), durante el periodo de 1988 a 1991.</p> <p>Los datos fueron obtenidos en el Servicio de Estadística del Hospital; se agruparon los casos según diagnósticos (CID-9) y datos demográficos relevantes.</p> <p>Los resultados han evidenciado: el predominio del sexo femenino en los dos grupos diagnósticos y un aumento de los casos de E950 a E959, en cuanto hubo una disminución de los E980 a E989 entre los adolescentes, en el periodo estudiado.</p>
34	Gonzalez Q, Juan Carlos	2006	Bogotá, Colombia	Salud Pública	117	Universidad Nacional De Colombia-Facultad De Medicina -	"Determinación de relaciones entre los comportamientos de riesgo	99 textos: 26 de EE UU. 6 de OMS/OPS . 63 de AL.	tesis de maestría	Dependientes: Comportamientos sexuales,	<p>Se encontró que la edad es la relación más fuerte de los comportamientos sexuales (OR de 3,8 a 14,9), que el hombre presenta más comportamientos de riesgo que la mujer (OR de 3,7), que los jóvenes tristes tienen más comportamientos sexuales (OR de 2,3) y violentos</p>

						Departamento De Salud Pública	psicosociales y la familia de la población adolescente escolar de los colegios públicos de Suba"	4 de Europa.		adictivos, depresivos , violentos. Independientes: demográficas, psicológicas y en torno a la familia.	(OR de 2,0), que la función familiar influye más en los jóvenes que la estructura (componentes de la familia), estando la disfunción familiar relacionada con los comportamientos violentos (OR de 4,1).
35	MINAYO, Maria Cecília de Souza e DESLANDES, Suely Ferreira	2009	Rio de Janeiro, Recife, Manaus, Curitiba e Brasília	Salud Pública	9	Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.	Estudo analisa a Implantação da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências	16 textos: 1 de EEUU. 1 Italiano. 2 de OMS. 12 de Brasil.	Artículo	mortalidade por homicídio , acidente de transporte e suicídio	Este artigo visa apresentar uma análise dos êxitos e problemas na aplicação da Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências (PNRMAV) ¹ , oficializada em 16 de maio de 2001, por meio da Portaria Ministerial MS/GM, no 737 de 16/05/2001, publicada no Diário Oficial da União no 96, seção 1e de 18/05/01, a partir do estado atual de sua implantação.
36	Andreu Nolasco I. Melchor. Joaquín Moncho. Carmen García. José Verdú Pablo Caballero Socorro Valero Purificación Martínez María J. Pérez	2003	Alicante, España	Salud Pública	9	Departamento de Salud Pública. Universidad de Alicante. Alicante	Análisis de la mortalidad en ciudades: resultados en Valencia y Alicante	39 textos: europeos y de OMS	Artículo		Los riesgos de muerte por todas las causas disminuyen del primer al segundo período tanto en varones, como en mujeres en ambas ciudades. La esperanza de vida aumenta significativamente en ambas ciudades en los varones, y en Valencia en las mujeres. Algunos grupos de causas de muerte aumentan (grupos 5 y 6, que incluyen trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos).

37	Ernesto Rodríguez	2006	Perú	Salud Pública	184	Organización Panamericana de la Salud	Políticas públicas y marcos legales para la prevención de la violencia relacionada con adolescentes y jóvenes: Estado del arte en América Latina 1995-2004	504 informes de Ministerios de diferentes países. Artículos académicos de AL 15 de OMS 10 CEPAL 15 ARG. 42: OPS	Informe	Trabaja a partir de preguntas	Se trata de un aporte para la gerencia de conocimientos, que busca presentar evidencia de experiencias y políticas exitosas en la prevención de la violencia relacionada con jóvenes en la región, desde una perspectiva de salud pública que incorpora el género, el desarrollo y la participación.
38	M ^a José Rodríguez de Armenta, María Seguí-Gómez, Francisco J. López-Valdés	2007	Navarra	Medicina preventiva y Salud Pública	10 (Total de libro 208)	Universidad de Navarra	Causas externas – Suicidio, Homicidio.	16 textos: 9 de EEUU y 7 europeos	capítulo de libro	No explicita. Trabajo sobre factores de riesgo.	Toma definiciones básicas de los conceptos de suicidio, homicidio, stres postraumático.
39	Hugo Grisales, M.Sc., Beatriz Caicedo, Catalina Serna, Diana Uribe	2005	Medellín	Salud Pública	9	Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín	Causas de mortalidad en jóvenes y su contribución al cambio en la esperanza de vida: Cali, 1989-1999	16 textos: 6 de OPS. 10 de investigaciones de AL	Informe de investigación	Son las registradas en el certificado de defunción: sexo, edad, municipio de residencia, causa básica de defunción, año y área.	Se observó una ganancia total en la esperanza de vida de 4.49 años. Se señalan dos características importantes de los problemas de salud y muerte de los jóvenes: la mayoría son prevenibles y además multidimensionales, lo que trae como consecuencia la búsqueda de soluciones con un enfoque multidisciplinario y sectorial. Se sugiere políticas de prevención de la violencia, promoción de estilos de vida sanos y estímulos que mejoren las condiciones de vida de la población joven.

40	Hugo Sánchez R, Cecilia Albala B, Lydia Lera Ma	2005	Santiago de Chile	Salud Pública	8	Unidad de Salud Pública y Nutrición, Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos, Universidad de Chile. Santiago de Chile.	Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago ¿Hemos ganado con equidad?	16 textos: 7 de OPS y WHO. 5 Informes de organismos de gobierno chileno. 4 trabajos académicos	Artículo	Años de vida potenciales perdidos (AVPP) Nivel de ingreso. Grupos diagnósticos.	En suma, los elementos aportados por este estudio, nos permiten afirmar que hemos ganado años de vida entre los dos periodos, mayor en los hombres que en las mujeres. Lamentablemente estas ganancias no han sido con equidad. Todos los grupos de ingreso hemos ganado años en similar magnitud, lo cual mantiene la desigualdad entre pobres y ricos en términos de muertes prematuras. (P. 581)
41	Ribotta, Bruno ; Cardona, Doris; Peláez, Enrique; Alvarez, María Franci; Aidar, Tirza	2007	Córdoba (Argentina) Medellín (Colombia) y Campinas (Brasil)	Salud Pública	23	CEA-UNC, CEPyD, UDEA-CES, CONICET, NEPO-UNICAMP	Comportamiento de las causas externas en tres escenarios urbanos de América Latina. Comparación de Córdoba (Argentina), Campinas (Brasil) y Medellín (Colombia)	42 textos: 7 informes oficiales de estadística. 6 de OPS. 2 de ONU. 27 artículos científicos de diversas publicaciones de AL	Ponencia en Congreso	Variables de contexto. Causas externas.	El trabajo pretende contribuir a la comprensión del fenómeno de la violencia urbana en tres grandes ciudades de América Latina, comparando los patrones y tendencias de la mortalidad por causas externas de Campinas (Brasil), Córdoba (Argentina) y Medellín (Colombia), utilizando las estadísticas vitales. La tendencia de la mortalidad por causas externas es creciente entre 1980 y 2000, y decreciente entre 2001 y 2005, con amplia superioridad el nivel de Medellín sobre ambas ciudades y de Campinas respecto a Córdoba. Al comparar la mortalidad por causas violentas, se evidencian diferencias significativas en el nivel pero no tanto en el comportamiento por edad y sexo; a pesar que se trata de ciudades con algunas características similares, de uno a dos millones de habitantes, centros universitarios de importancia para el país y referentes industriales de la región.
42	María Inés Romero Sepúlveda	1994	Chile	Salud Pública	6	Universidad Católica de Chile	La salud del adolescente y Joven	6 textos referenciados: 5 de OPS/OMS y 1 académico	Artículo	No explicita. Trabajo sobre factores de riesgo.	En 1990, los adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) constituían el 31% de la población de América Latina y el Caribe, con 137 millones, cifra que se proyecta a 172 millones al cambiar el siglo. En Chile, el grupo de 15 a 24 años alcanza al 19,1% del total de la población, con casi 2,5 millones. La población de 10 a 24 años, aunque de características muy variables, comparte estar sometida a influencias y riesgos derivados del

											proceso de crecimiento y desarrollo, período de transición y cambios de esta etapa del ciclo vital.
43	Wilfredo Guibert Reyes	2002	Cuba	Psicología de la salud. Salud Pública.	9	Policlínico Docente "Reina". Rev Cubana Med Gen Integr	Epidemiología de la conducta suicida	11 textos: 4 de OPS/OMS. 4 de EEUU. 1 de Inglaterra. 1 de madrid. 1 de Cuba.	Trabajos de revisión	Suicidio/prevención y control. Atención primaria de salud. Intento suicida.	<p>El presente trabajo se realizó con el objetivo de analizar y exponer principales elementos que caracterizan la situación epidemiológica de la conducta suicida.</p> <p>Se valoró el determinismo social de la salud y la utilidad del análisis de los datos epidemiológicos del suicidio, así como también los intentos para aproximarnos a la realidad del comportamiento social de este problema de salud para la formulación de políticas efectivas en su prevención. Se muestran los principales datos epidemiológicos en el ámbito mundial, americano y nacional, se explican algunos de los significados que estos tienen, y los requerimientos para que sean fiables. Se valoran aspectos epidemiológicos del Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida.</p>
44	João Yunes. Tamara Zubarew	1999	Brasil - Chile	Salud Pública	69	Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo - Facultad de Medicina. Pontificia Universidade Católica de Chile.	Mortalidad por Causas Violentas en Adolescentes y Jóvenes: Un Desafío para la Región de las Américas	8 textos: 2 de EE UU. 2 del autor. 4 de OPS	Informe de investigación	Causas de muerte. Edad. Sexo.	Este trabajo describe la tendencia de la mortalidad por homicidios, suicidios, accidentes de tráfico y otras causas externas, en la población total, adolescente y joven, de 16 países de la Región de las Américas. Se utiliza información del período comprendido entre los años 1980 y para el último año disponible de la década de 1990, proveniente del Banco de Datos de la Organización Panamericana de la Salud. Se realiza una descripción diferencial de los subgrupos de adolescentes y jóvenes, por edad y sexo.
45	João Yunes. Danuta Rajs	1994	Washington. Chile.	Salud Pública	38	Organización Panamericana de La Salud. Servicio Médico Legal de Chile.	Tendencia de la Mortalidad por Causas Violentas en la Población General y Entre los Adolescentes y Jóvenes de la Región de las Américas	26 textos: 8 de OPS. 8 de Chile. 4 de EEUU 6 de otros países de AL	Artículo	Causas de muerte. Edad. Sexo.	Se analiza la tendencia de la mortalidad por causas externas y grupo de causas en 15 países, durante el período de 1979 a 1990.

46	Roosevelt M. S. Cassorla; Elizabeth L. M. Smeke	1994	Campinas, Brasil.	Salud Pública	14	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas da Pontificia Universidade Católica de Campinas.	Autodestruição humana	25 textos: 22 de Brasil. Durkheim. 2 de EEUU	Artículo		É assinalada a complexidade das situações autodestrutivas, tanto em sua vertente social como em suas manifestações aparentemente individuais (suicídio, accidentes, homicidio, doenças, drogadição, etc.). Discutem-se as falhas nos registros e propõem-se métodos para seu estudo mais aprofundado. Discutem-se fantasias autodestrutivas, em particular as ligadas a perdas, a feridas narcísicas, à autodestruição provocada pela vítima, e levantam-se hipóteses sobre fantasias relacionadas a suicídios entre índios Guaraní.
47	Pérez García, J., Del Pino Montesinos, J.I., Ortega Beviá F.	2002	Alicante, España	Psiquiatría	11	Universidad de Sevilla. Servicio de Unidad de día. HUS. Sevilla	El adolescente, la muerte y el suicidio	31 textos: todos de Europa. No hay textos de OMS	Artículo		Los programas escolares de prevención del suicidio dirigidos a la población infanto-juvenil, basados en premisas (dudosas) de que todo adolescente en situación de estrés está en riesgo suicida; han sido evaluados mediante estudios y los resultados son concluyentes: estos programas no son eficaces para prevenir el suicidio o cambiar las actitudes de los adolescentes hacia este. Así mismo se ha demostrado que existe un aumento significativo de suicidios en adolescentes en las dos semanas siguientes a la presentación en los medios de comunicación, de historias reales o ficticias de suicidio juvenil.
48	Galassi, Jorge Gibert	1999	Chile	Sociología.	14	Universidad de la Frontera Revista Austral de Ciencias Sociales	El Problema de la Explicación en "El Suicidio" de Durkheim	4 textos: 1 europeo, 2 de EEUU, 1 de Chile	Artículo		En su segunda tesis de doctorado, Durkheim desarrolla la contribución de Montesquieu sobre cómo fundamentar el estudio y conocimiento riguroso de lo social. Mediante el examen de "El espíritu de las leyes", Durkheim rescata el itinerario cognitivo que lleva a Montesquieu hacia la construcción de la disciplina sociológica. Básicamente, plantea que el autor hace a las ciencias sociales consciente de su objeto, naturaleza y método; demarcando por primera vez el terreno de las ciencias sociales del perteneciente a la doctrina o teoría social, así como también del arte (lo que hoy podríamos asimilar al ámbito de la acción para el condicionamiento del futuro programa o lineamiento de política pública).
49	CEPAL	2003	Chile	Sociología. Demografía.	57	CEPAL. Naciones Unidas	Juventud y cohesión social en Iberoamérica:	8 textos de organismos internacionales	Informe		Se ilustra profusamente en el presente informe que la juventud iberoamericana también vive dramas que le son propios, unos seculares y otros emergentes. En proporción con su nivel educacional, los jóvenes enfrentan mayores niveles

							Un modelo para armar				de desempleo y perciben los salarios más bajos. Si bien se enferman poco, son quienes más mueren por causas externas y registran una muy alta incidencia de homicidios en varios países. La alta persistencia de maternidad adolescente pone un signo de interrogación sobre la titularidad efectiva de los derechos reproductivos entre las más jóvenes. En abuso de sustancias nocivas y exposición a riesgos conexos, la juventud es el grupo de mayor prevalencia. Entre los jóvenes el desarrollo de capacidades, el acceso a oportunidades y la exposición a riesgos están muy segmentados por niveles de ingreso, distribución geográfica y racial y género. En materia migratoria no todo desenlace es feliz, ya que muchos sufren por la falta de derechos, trabajos muy precarios y tráfico de personas. En el campo político la juventud se siente poco identificada con el sistema representativo y el aparato de Estado; las nuevas generaciones perciben que los criterios sectoriales, las lógicas corporativas y las burocracias consolidadas entorpecen la satisfacción de sus demandas, en lugar de facilitarlas.
50	Kraut, Alfredo Jorge	2006	Buenos Aires	Derecho	4	Corte Suprema de Justicia de la Nación. Facultad de Derecho UBA	Salud Mental, Derechos Humanos y Sistema Judicial: un fallo auspicioso. Su proyección sobre el sistema de salud mental	24 textos: 6 argentinos (2 leyes). 15 de EEUU. 1 de WHO. 1 de Europa. 2 de AL	Artículo	Analiza un fallo de la corte suprema	Siguiendo esta línea defensora de los derechos humanos de las personas privadas de su libertad, a fines de 2005, la Corte resolvió una cuestión procesal relativa a la competencia negativa entre tribunales de distintas jurisdicciones que declinaban su competencia para entender acerca de la legalidad y el mantenimiento de una internación psiquiátrica compulsiva.
51	Galli, Jorge	2011	Buenos Aires	Religión - Psicología	4	El Expositor Bautista - Confederación Bautista Argentina	Pastoral del suicidio	No tiene.	Artículo		Expone elementos para la atención pastoral de los sobrevivientes al suicidio a partir del relato del caso de Emilio.
52	Perez Barreiro, Sergio	2011	Buenos Aires	Religión - Psicología	2	El Expositor Bautista. Confederación Bautista Arg.	Alerta Suicida	No tiene	Artículo	Mitos contrapuestos con criterios científicos	Toma algunos mitos y presenta su falsedad frente a criterios científicos.

53	Basile, Héctor	2011	Buenos Aires	Religión - Psiquiatría	6	El Expositor Bautista - Confederación Bautista Argentina - UMSA	EL suicidio: un flagelo evitable	No tiene	Artículo	Suicidio juvenil. Factores de riesgo. Factores protectores.	Presenta un panorama general sobre el suicidio desde la psiquiatría.
54	Deiros, Pablo	2009	Buenos Aires	Religión	324	Editorial Certeza.	La iglesia como comunidad terapéutica	19 arg. 54 de EEUU 9 de AL 9 de Europa. 14 Españoles	Libro	Salud Mental. Integración Sanidad emocional.	Presenta aspectos en los cuales entiende a la iglesia como comunidad terapéutica con argumentos teológicos.
55	Guemureman, Silvia	2007	Buenos Aires	Sociología	2	Ciencias Sociales, revista de FSOC	Muertes evitables en jóvenes	Un texto de CEPAL y un libro de la autora	Artículo	Muerte juvenil. Dureza Punitiva.	
56	Pinto Rodríguez, María Elena.	2006	Madrid	Sociología	489	Universidad Complutense De Madrid	Suicidio juvenil: sociología de una realidad social	12 de AL 3 de Europa. 160 españoles. 14 de Arg. 4 de EEUU	Tesis Doctora 1	Suicidio juvenil. Sociología. Historia. Bullying.	Se trata de una tesis doctoral que pretende abordar un problema social que se ha agudizado en España con el transcurrir de los años: el suicidio juvenil. El suicidio juvenil aparece por tanto como la otra cara, como el rostro menos bello del proceso de modernización. ¿Cómo explicar el incremento del suicidio juvenil en España en los últimos veinte años? ¿Cómo es posible que se produzca un incremento a la vez del desarrollo económico, y por tanto de los niveles de bienestar, y un aumento del suicidio de los jóvenes que representan el futuro? Se podría plantear como hipótesis que el cambio social acelerado que se ha producido en España no carece de disfunciones ni de fuertes desajustes que golpean fundamentalmente a las poblaciones más jóvenes de ambos sexos, concretamente a los jóvenes de las clases medias bajas y a los jóvenes de las clases populares.
57	Miguel Ruiz Ramos, Amand Blanes Lloréns y	1997	Andalucía, Barcelona	Salud Pública	10	Revista de Salud Pública	La mortalidad en jóvenes y su impacto sobre la evolución de la esperanza de vida en Andalu-	19 textos europeos	Artículo		El aumento de la mortalidad en el grupo de edad de 15 a 40 años por las causas mencionadas anteriormente, es un fenómeno casi exclusivo de los jóvenes varones andaluces que ha producido una ralentización en las ganancias de años de vida en la década de los ochenta.

	Francisco Viciana Fernández						cía durante el periodo 1980-1992				
58	Urzúa Aracena, Mario	2003	Chile	Ciencias de la comunicación	8	Facultad de Comunicación Universidad Católica de Concepción	Suicidio, intimidad e información	9 textos de Ciencias de la comunicación	Artículo		El autor discurre sobre la intimidad de la muerte, los casos de las muerte violentas, para enfocar después el suicidio como información, ya acto de protesta ya como acto de terrorismo.
59	Rivas Sánchez, Héctor Eloy	2005	México	Sociología	40	Universidad Nacional Autónoma de México	¿El varón como factor de riesgo? Masculinidad y mortalidad por accidentes y otras causas violentas en la sierra de Sonora		Artículo		Este artículo presenta los resultados de una investigación sociológica cuyo objeto fue explorar el papel que ha jugado el modelo hegemónico de masculinidad en la ocurrencia de muertes derivadas de accidentes y varias formas de ejercicio de la violencia en una comunidad rural de la sierra de Sonora. Estos resultados difieren de aquellos que tradicionalmente los estudios de las masculinidades han mostrado para México y América Latina.
60	Tuñón Pablos, Esperanza	2005	México	Sociología	18	Universidad Nacional Autónoma de México	Mortalidad en varones jóvenes de México	1 Argentino. 27 de América Latina. 1 Español. 1 de EEUU	Artículo		En este artículo se analizan las principales causas de mortalidad entre los varones jóvenes de México, a saber: los accidentes, homicidios y suicidios, a la luz de la perspectiva de género. Este enfoque permite mostrar el peso del modelo hegemónico de masculinidad en las prácticas de riesgo que conducen hacia estas causas y cuestionar la socialización de género como un proceso desencadenante de riesgo para la relación de los varones con las mujeres y consigo mismos.
61	Durkheim, Emile	2006	Buenos Aires		559	Miño y Dávila	El suicidio		Libro		Contiene artículos de presentación de la obra de Durkheim y la obra completa.
62	Cohen, Diana	2003	Buenos Aires	Filosofía	223	Ediciones del Siglo	El suicidio: deseo imposible	Obras de Spinoza y filósofos que lo referencian	Libro	Obras de Spinoza. Especialmente "Ética"	Trabaja con los textos de Spinoza. Trata el conflicto entre el instinto de conservación y la realidad de los actos suicidas.
63	Baudelot, Christian	2008	Buenos Aires	Sociología	121	Claves, Perfiles.	Durkheim y el suicidio		Libro		Presenta un análisis del libro de Durkheim. Crítica a la obra de Durkheim. Expone argumentos a favor y en contra de la misma.
64	Aries, Philippe	2007	Buenos Aires	Sociología	272	Adriana Hidalgo Editora	Morir en occidente	4 de EEUU 36 Europeos.	Libro		Presenta una historia de las actitudes del hombre occidental frente a la muerte

65	Schutzenbr tger, Anne Ancelin	20 06	Buenos Aires	Psiquiat ría	289	OMEBA	Ay mis ancestros		Libro		Presenta la terapia transgeneracional psicogenealógica contextual
66	Suarez, Richard	20 06	Buenos Aires	Psiquiat ría	30	Polemos	Introducción a la Psiquiatría	55 de EEUU. 2 Argentinos. 1 Europeo. 1 de OMS. 1 de AL 3 de España.	Libro - Capítul o 12		Estados de ánimo y humor son sinónimos, son sentimientos sostenidos y persistentes, experimentados y expresados de forma subjetiva y observados por otros. Los trastornos del humor son así llamados por las anomalías conocidas como depresión y manía.
67	Gutierrez, María Alejandra y Martinez, Liliana Zulema	20 06	Buenos Aires	Psiquiat ría	18	Polemos	Transtornos mentales en la infancia	10 españoles. 3 de EEUU 1 de Argentina.	Capítul o de libro		El capítulo presenta una descripción de diversos trastornos mentales en la infancia.
68	Wright, Norman	19 90	Barcelona	Manual Pastoral ista: teología práctica	30	El autor es psicólogo y pastor evangélico.	Como aconsejar en situaciones de crisis	12 obras . El material es traducido del inglés. Se trata de materiales de EEUU.			Se trata de un manual pastoralista que recorre diferentes crisis. El capítulo analizado se llama: "La crisis del suicidio"

Nº de Fuente	Definición de suicidio	Una cita "clave"	Conceptos centrales (palabras clave)	Énfasis de la propuesta de intervención
1	El suicidio puede definirse como la muerte conseguida por una acción personal y voluntaria dirigida contra uno mismo. Representa el mayor riesgo en Psiquiatría, y un principalísimo riesgo vital en la evolución de las enfermedades mentales (Albamonte, 1996:50)	Para los profesionales que ejercen su actividad en el campo de la Salud Mental la posibilidad de que un paciente intente suicidarse es, indudablemente, una de las situaciones de riesgo más frecuentes. (Albamonte, 1996: 49)	Normas Jurídicas. Demandas por Responsabilidad Profesional. Homicidio doloso.	No hay ningún criterio riguroso o científico para apreciar el riesgo. El psiquiatra debe confeccionar bien la Historia Clínica para defenderse en juicios de responsabilidad profesional. Tiene que cumplir el "deber de cuidado objetivo" de acuerdo con las pautas de la jurisprudencia.
2	no tiene	Desafortunadamente, a los cataclismos naturales que se sabe aumenta la patología mental y física se les debe añadir los cataclismos sociales que con frecuencia devienen de las políticas de Estado o de los gobiernos. En muchos países, las acciones gubernamentales causan gran daño socio-político a las poblaciones, acompañado con pérdida de vidas y de propiedad, separación de las familias, desplazamientos masivos de la población especialmente hacia las áreas suburbanas, o búsqueda de apoyo en campos de refugiados. (Arboleda-Flores, 2006: 17)	Salud mental	la epidemiología de los trastornos mentales aparte de ser un campo de investigación exitante y repleto de satisfacciones científicas, es también un campo muy necesitado para conocer la distribución y la frecuencia en que se encuentran estos trastornos en la sociedad, su costo social y los factores de riesgo que puedan usarse para establecer programas de promoción y políticas de prevención. (37) La salud mental es un estado en el cual la persona se siente contenta y en paz consigo misma dentro de un grupo de familiares y amigos, en armonía con el ambiente, y cuando se vive en un sistema político-social que permita a la persona desarrollar y usar todas sus potencialidades y capacidades de tal forma que pueda construir un mundo balanceado entre sus deberes, sus derechos, sus responsabilidades y sus placeres. (32)
3	No tiene	La depresión es probablemente una de las secuelas de estos cambios socioculturales. Tiene que ver con una experiencia existencial, como un estado interno vivido como ruptura en cuanto a la propia proyección hacia el futuro. (Benitez, 1996: 154)	Falta de la capacidad de elegir de los niños y adolescentes. Depresión.	Reestructurar la sociedad para que deje de ser patologizante. Detectar la depresión. Conocer más sobre las distimias en adolescentes.

4	El suicidio es una acción humana destinada a la clausura voluntaria del tiempo individual. Pero además, el acto del suicidio se inscribe en el tiempo social y es por lo tanto un acto comunicativo. Por ello, para intentar comprender su mensaje, puede ser útil observar el suicidio bajo el prisma de sus dimensiones temporales.	He aquí un ejemplo de cómo creencias populares y ciencia a veces comparten sorprendentemente sus discursos. Podemos encontrar otros ejemplos de conexión entre creencias populares y ciencia -aunque sea para desmentir tales creencias-, a propósito de las condiciones atmosféricas y el riesgo de suicidio. (Carbonell, 2006: 7) Como vemos, por tanto, la idea de que los cambios socio-culturales rápidos provocan una desorganización social responsable de un debilitamiento de la identidad y la anomía, forma parte del discurso científico desde, al menos, 1822, pero también en las maneras de pensar populares. (Carbonell, 2006: 10) Y el aislamiento, la soledad, es, según el autor, una potente causa de suicidio. (Carbonell, 2006: 11)	Recopila las causas de suicidio analizadas desde la óptica de la temporalidad. La estacionalidad, el cambio social. Asocia la inversión en PS con la distribución del suicidio (p.9)	La suicidología es una disciplina surgida a finales de los años cincuenta en Estados Unidos, de la mano del psicólogo Edwning Shneidman, el cual se basa en el principio de que todo suicidio se debe a un dolor psicológico o "psychache". En último término, la suicidología tiene por objeto la prevención del suicidio, controlando la población y medicalizando la angústia al margen de las causas que la provocan. El concepto de prevención se confunde entonces con el de control y represión. (Carbonell, 2006: 15)
5	El suicidio, en tanto un comportamiento intencional de terminar con la propia vida, está documentado desde tiempos bíblicos.	Es importante tener en cuenta que estas especulaciones sólo son intentos explicativos de los resultados obtenidos, y que deben examinarse ulteriormente a la luz de otras variables que no han sido incluidas en este diseño, como por ejemplo los antecedentes familiares, la psicopatología del individuo y las estrategias de afrontamiento, por mencionar sólo algunas.	Suicidio. Adolescentes . Riesgo	Se considera que los resultados obtenidos revelan un fenómeno de urgencia social importante que debe ser abordado desde una perspectiva preventiva y participativa. Es necesario trabajar con los propios adolescentes, sus padres así como capacitar a los docentes sobre el tema, dado que la escuela es un ámbito propicio para la puesta en práctica de las acciones preventivas mencionadas. (Casullo, 2005: 35)
6	No tiene.	Hoy los jóvenes de la región tienen, en promedio, más años de educación que los adultos y esta brecha es aún más favorable a la juventud en el acceso a nuevas tecnologías de las comunicaciones, la información y el conocimiento.	Juventud. Cohesión Social.	Los desafíos, claro está, no son pocos. Las personas jóvenes deben ser sujetos y beneficiarios efectivos del desarrollo, esto es, construir proyectos de vida y sueños colectivos en el marco de sociedades que los incluyan en sus oportunidades y los protejan en los riesgos. Las nuevas generaciones son la arcilla para recrear un <i>nosotros común</i> .

7	No define. Habla de Riesgo suicida.	Desgraciadamente no es posible predecir el suicidio. Lo más que podemos hacer es identificar los grupos de riesgo. (52)	Importancia de familia y pertenencia a comunidad religiosa.	Identificación del riesgo
8	definimos suicidio, en coincidencia con otros autores, como la muerte provocada por el propio individuo. (Cordero, 1996: 41)	Los médicos de familia solían realizar subregistro por considerar que el diagnóstico de suicidio era poco elegante y podía enlodar el buen nombre familiar. Esto ha cambiado por el temor de los profesionales ante el control más estricto que se realiza en los certificados y porque ciertas causas de suicidio, otrora estigmatizantes, en las pequeñas comunidades, tales como el embarazo en mujer soltera, ciertas patologías psiquiátricas, la homosexualidad, el adulterio, etc. han sido absorbidas por la cultura actual e integradas a las conductas sociales. (Cordero, 1996: 41)	Autopsia psicológica	La escasa difusión periodística que se hace de los casos de suicidio en nuestra zona podría oficiar como factor preventivo en algunos casos al eliminar el efecto de imitación lo cual ha desencadenado en algunos lugares verdaderas epidemias de suicidio entre los adolescentes como se produjo en la localidad de Gobernador Galvez, al sur de la provincia de Santa Fe en 1994, (Cordero: 1996, 43)
9	Los jóvenes, de manera general consideran que el suicidio es un acto inmoral, que debe ser prohibido y castigado, consideran que los suicidas son personas que atentan contra la sociedad. (Chablé Ríos, 2007:9)	El postulado de Durkheim se hace patente en las menores tasas de suicidio observadas en áreas rurales y en grupos étnicos minoritarios, en donde tiende a existir mayor cohesión grupal (Chablé Ríos, 2007:2)	Conducta suicida. Factores: biológicos (agresión y la teoría evolutiva), sociológicos, cultural y psicológico-cognoscitivo	Más allá de las patologías asociadas a la conducta suicida como la depresión, las adicciones, más allá del estrés que acompaña al ser humano, es necesaria la revisión de los ideales que se inculcan a las generaciones del presente.
10	El intento de suicidio es un acto realizado por la persona en forma deliberada contra sí misma, sin llegar a tener como resultado la muerte. Este último punto, la intencionalidad de matarse, plantea dificultades, ya que el concepto de muerte del niño y la intencionalidad del acto se constituyen	En función de los resultados presentados, es posible concluir que: El método más utilizado por los niños y adolescentes para realizar un intento de suicidio es la ingesta de medicamentos obtenidos en el hogar. Los niños y adolescentes con intento de suicidio muestran una alta prevalencia de trastornos	intentos de suicidio, niños, adolescentes, trastorno de conducta disocial,	Los resultados presentados permiten señalar que es importante promover el conocimiento y la detección de los trastornos mentales y del comportamiento en los niños y adolescentes, tanto en los profesionales de la salud como en toda la comunidad, para evitar la estigmatización que aún hoy provocan las enfermedades mentales. Además,

	<p>junto con el desarrollo evolutivo y cognitivo de la persona. En los niños, la comprensión de la irreversibilidad de la muerte no está presente antes de los 8 años. Finalmente, el suicidio consumado es el acto autoinfligido por la persona que resulta en su propia muerte. Aun así, en ocasiones se presentan conductas autoagresivas en niños menores, asociadas a trastornos psicopatológicos del espectro de la impulsividad o familias muy desorganizadas, lo cual implica un riesgo para la vida del niño sin conciencia e intención del acto que realiza. (Bella, 2010)</p>	<p>psicopatológicos y antecedentes de intentos de suicidio previo sin tratamiento y seguimiento sanitario adecuado. Las patologías asociadas con mayor frecuencia a los intentos de suicidio en niños y adolescentes son la depresión y el trastorno de conducta disocial. (Bella, 2010:129)</p>	<p>depresión.</p>	<p>es necesario realizar seguimientos epidemiológicos a nivel nacional.</p>
11	<p>El suicidio es una eventualidad temida por el psiquiatra cada vez que tiene ante sí un paciente grave, depresivo o no. Es precisamente el pasaje al acto lo que lo enfrenta con una doble posibilidad, por un lado, la muerte del paciente y por el otro el cuestionamiento judicial de su conducta terapéutica (Espectador, 1996:45)</p>	<p>Es de esperar que los avances vertiginosos que se están dando en las neurociencias, provean a los psiquiatras clínicos de predictores más claros, que permitan la posibilidad de implementar una tan rápida como efectiva inclusión de los recursos terapéuticos, evitando así el desenlace fatal. (Espectador, 1996: 46)</p>	<p>Sistema serotoninérgico.</p>	<p>No tiene. Habla de que continuen los estudios...</p>
12	<p>La denominación suicidio deriva del latín sui, de sí mismo, y caedes, asesinato. Este vocablo fue introducido en inglés en 1636 y en francés en 1734, señalando el acto de matarse a sí mismo (en el sentido de una patología o enfermedad). Anteriormente, se lo designaba como “muerte voluntaria”, sinónimo de crimen contra uno mismo.</p>	<p>Rodríguez deja en claro, por un lado, que no en todos los casos puede tratarse al suicidio como patología (se distancia de lo formulado por el Dr. Rieti); y por otro lado, se vislumbra su posición en contra de las hipótesis monocausales y generalizadas para el suicidio – en el sentido que se le atribuía a la patología el basamento único de los actos suicidas-. (Espinoza, 2007:6)</p>	<p>Criminología de la conducta suicida.</p>	<p>No tiene. Habla de que continuen los estudios...</p>

13	Lo toma como un tipo de muerte violenta.	Hay quienes consideran que la pobreza, en tanto condición material y situación, es la causa de los altos niveles de violencia. Sin embargo, la relación no siempre es tan simple ni tan directa como lo corroboran algunas evidencias. Tanto en Venezuela como en Brasil, las estadísticas revelan que las tasas más altas de homicidio no se registran en las entidades federales más pobres sino entre las más ricas y donde hay mayores contrastes sociales. En otras perspectivas analíticas se ha postulado que la violencia está determinada tanto por la respuesta de los individuos ante una situación material y objetiva, como por las pautas culturales y normativas que regulan el proceso de toma de decisiones, y se ha considerado que la contribución de uno u otro componente variará según el contexto y el momento histórico.	Muertes violentas, población joven, Venezuela, Brasil	Consideramos de grande relevancia profundizar en estudios que consideren las relaciones entre las muertes violentas de tantos jóvenes venezolanos y brasileros con factores estructurales como la pobreza, la inestabilidad familiar y las oportunidades económicas. Una de las perspectivas de análisis de interés a desarrollar en las siguientes pesquisas es relacionada con el impacto de la crisis económica y social en el incremento de los niveles de mortalidad por causas violentas así como los factores económicos, sociales, culturales e históricos que configuran la geografía de la violencia. (Freitez: 2004, 15). En otros estudios el énfasis en los factores que causarían la violencia se ha centrado en el deterioro de las condiciones familiares e individuales. Se ha asignado especial atención a los efectos de la estructuración e inestabilidad de los núcleos familiares. (4)
14	El que se mata por sus propios deseos comete suicidio. Abate Francois Desfontaines, 1735 (creador del término) El suicidio (del latín sui caedere, matar a uno mismo) es el acto de quitarse la propia vida de forma voluntaria y premeditada. La definición ampliamente difundida es la que aparece en la Encyclopaedia Británica (1973), citada por Shneidman (1985): "el acto humano de causar la cesación de la propia vida".	Paulatinamente se comenzó a considerar como un síntoma de enfermedad; hoy se acepta y se denuncia. Es un problema en el que parece haber consenso entre sociólogos, sicólogos, psiquiatras, antropólogos, demógrafos y geógrafos en cuanto lo consideran como un rasgo de la modernidad, uno de los males del siglo. (Fritschy, 2005)	comportamiento suicida mortal - comportamiento suicida no mortal	A nivel local se requiere de una toma de conciencia en cuanto a su importancia. Los datos no resuelven el problema del suicidio pero contribuyen en la planificación de las actividades de prevención eficaces en el marco de gestiones multidisciplinarias. Y en éste se incluyen a funcionarios, planificadores, trabajadores de la salud, investigadores y profesionales de diversas disciplinas y sectores. Los resultados futuros coadyuvarán a mitigar el problema; en éste, los docentes tienen una función de suma importancia. (Fritschy, 2005:10)
15	El suicidio es una conducta compleja en la que intervienen múltiples factores y en la que existen tres fases4: 1) Idea suicida en la que	El mayor problema es la propia naturaleza del ser humano, en la que cada individuo es único y no se puede prever su conducta al 100%.	Suicidio. Riesgo de suicidio. Depresión.	La conducta suicida no es una conducta aleatoria y ya desde las primeras descripciones científicas de la misma se observó que hasta cierto punto se podía predecir, ya que se encontraba asociada a diversos

	<p>el sujeto piensa en cometer suicidio. 2) Duda o fase de ambivalencia donde el individuo pasa de la idea a plantearse la posibilidad de pasar a la acción, como solución a sus conflictos. Suele ser variable en la duración y en los individuos impulsivos esta fase puede ser breve o no existir. 3) Decisión en la que ya se pasa a la acción.</p>		Trastornos mentales.	factores sociales, psicológicos y biológicos. Conocer bien estos factores es de gran importancia para evaluar adecuadamente el riesgo autolítico de un individuo. Se podrían clasificar en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos.
16	<p>Del latín sui = de sí mismo, cadere = matar, es el acto por el cual una persona se quita voluntariamente la vida.</p>	<p>Varios hechos se esgrimen hoy día como elementos importantes que favorecen la actitud suicida: una salud psicológica quebrantada, la superioridad de lo material sobre lo espiritual, la ambición desmesurada del hombre por el poder, la frialdad del cientificismo tecnológico, el estrés de la vida, la vejez desprotegida e institucionalizada, la disolución familiar, la pérdida de vínculos, la falta de valores morales, la masificación, la soledad del hombre, la pérdida de roles y valores. (Gonzalez, 2006: 7)</p>	<p>Historia del Derecho sobre Suicidio.</p>	<p>Es principio esencial del método criminalístico-policia el considerar todo suicidio como un posible homicidio para los efectos de las averiguaciones que todo hecho de sangre involucra, a fin de no incurrir en erróneas aseveraciones ante el magistrado, por parte de la policía, derivadas de un acto criminal simulado. (Gonzalez, 2006:12)</p>
17	<p>La conducta suicida no es un comportamiento exclusivo de la enfermedad mental; siendo una conducta compleja, se la teoriza como proceso suicida o crisis suicida. La perspectiva actual dominante incluye tanto a la tentativa de suicidio como al suicidio consumado en el así denominado proceso de suicidio que, con una duración promedio pre-establecida de entre 6 a 8 semanas, se extiende desde la aparición de las primeras ideas de suicidio hasta su resolución (o su repetición) incluyendo o no un pasaje al acto suicida. Planteamientos sobre la</p>	<p>Consideramos que el síntoma de la cultura actual es la a-sociabilidad, es decir, lo que corta el lazo social. El pasaje al acto y el acting-out dan cuenta de la precariedad del sujeto en los tiempos actuales. En tanto respuestas a la angustia, pueden repetirse, tanto en la vida de una misma persona como transgeneracionalmente, ya que la repetición está condicionada a la persistencia de la posición del sujeto en relación al goce. Cuando el entramado simbólico desfallece, esta satisfacción paradójica, el goce, puede llevar a “lo peor”, por lo que en la clínica de estas urgencias no basta con que la vida siga habitando orgánicamente o con que el método</p>	<p>Intento de suicidio – Acting out – Psicoanálisis</p>	<p>De todo lo anterior se concluye que el factor de riesgo del proceso de suicidio es la contingencia de un encuentro. La consideración final empuja, de esta manera, a señalar que aun no hay como prevenir las contingencias de los encuentros.</p>

	neurobiología del suicidio y la concomitante fármaco-terapia antisuicida son piezas de esta perspectiva, así como también el trazado de un “recorrido del suicida” que distingue fases: 1) Pre-suicida; 2) Suicida o de pasaje al acto; 3) Post-suicida (de carácter resolutivo y catártico o, por el contrario, como comienzo de una nueva crisis suicida). Con todo ello se suelen consensuar determinados factores de riesgo del proceso suicida. (López, 2010: 23)	para realizar el intento auto lítico haya sido de baja letalidad. Además, estas respuestas a la angustia son cuestionadoras tanto de conceptos tales como el bien como de generalizaciones del tipo de “grupos de riesgo” o “factores de riesgo”. Y esto puede señalarse porque, en tanto generalización, borra la singularidad del sujeto. La conclusión, por tanto, no agrupara “factores de riesgo” ya que entendemos que vivir es un riesgo debido a que la cuestión está ligada a la contingencia de un encuentro.		
18	No define.		Suicidio. Prevención. Factores de riesgo.	La educación de los médicos y la restricción al acceso de elementos letales reducen los riesgos de suicidio. Otros métodos que incluyen la educación pública, programas de detección y educación media necesitan ser testeados todavía.
19	El suicidio en la adolescencia se ha convertido en un serio problema para la salud pública. Representa un intento desesperado y final de resolver lo que se percibe como irresoluble de otra manera; la decisión de intentar matarse refleja frecuentemente unaintrincada psicopatología, que puede no haber sido identificada previamente y que es el resultado de la combinación de múltiples variables pasadas y presentes. 446ss)	Las muertes por suicidio constituyen el 13% de todas las muertes en la población adolescente; el dramático aumento en las últimas cuatro décadas podría deberse al aumento en la tasa de abuso de alcohol y depresión, al aumento en la disponibilidad de las armas de fuego y como postula McAnarney, en relación a aspectos socio-antropológicos en los Estados Unidos a los cambios en la familia, caracterizados por las altas tasas de divorcio y la disminución de la práctica religiosa. (Matusevich, 2006: 447)	Adolescentes . Tentativa de suicidio. Padres. Método suicida. Pastillas.	Da mucha importancia al perfil de la familia "con disfunción"
20	El intento de suicidio diádico ha sido entendido como un acto cuya autoagresión va dirigida, inconscientemente o no, a un otro. En este tipo de conducta suicida, la intención del sujeto es lastimar, manipular o impresionar a otra	Foucault plantea lo contrario a Lévinas, sostiene que el intento de suicidio es una resistencia realizada a través de un acto de poder que se ejerce sobre el propio cuerpo. De esta forma, se inscribe el ejercicio de la libertad en la resistencia, transformándose en un acto singular del sujeto que resiste como respuesta al ejercicio del poder sobre su cuerpo, sus afectos y afecciones, sobre sus actos y acciones. El sujeto que	Intento de suicidio, psiquiatría, otredad, Foucault	Esto último, la demanda del sujeto suicida, generalmente es una petición de ayuda, de amor y de escucha, aunque bajo la amenaza de muerte latente, por eso la preocupación del médico tratante. En este sentido, la demanda muchas veces resulta angustiante, porque se posiciona en el lugar del saberpoder, ante el Otro. Aún así, habría que ubicarse en un lugar diferente, con un discurso distinto y, por supuesto, con una escucha

	<p>persona. Así, se piensa que el sujeto suicida puede vivenciar anticipadamente las experiencias negativas del otro, a quien se dirige o se “dedica” el acto autoinfligido</p>	<p>intenta suicidarse resiste a los embates del exterior, oponiendo una fuerza contraria y semejante a la que se ejerce sobre él, y es capaz de utilizar esa fuerza deteniendo su paso y transformarla en energía que devuelve ahora hacia el exterior, en otras palabras, “la autoagresión mortal constituye una reacción a un medio agresivo que se juzga inaceptable y también una agresión contra ese mismo medio”. Así, el sujeto que atenta contra su vida no sólo es capaz de afectarse él mismo, sino también de afectar su exterior. La otredad representa, en el exterior, significaciones religiosas, culturales e históricas que han investido al suicidio de una prohibición radical y total. Con las técnicas del Bio-poder, que surgen en los siglos XVII y mediados del XVIII, en los individuos se escruta sus comportamientos y su cuerpo con el fin de anatomizarlos, es decir, producir cuerpos dóciles y fragmentados, a través de la disciplina como instrumento de control del cuerpo social. Por ello, fue posible una transformación moral ante el suicidio, lo que antes era un pecado pasó a ser considerado un crimen y más tarde se convirtió en una enfermedad mental. La religión condena el suicidio como una forma autónoma de quitarse la vida. En el mandamiento que establece “no matarás”, la condena se interpreta como una prohibición de Dios para no ser abandonado por el hombre. Como crimen, el intento de suicidio fue castigado por el derecho penal inglés hasta 1961. Entre 1946 y 1955 casi 5 mil personas que intentaron suicidarse fueron llevadas a juicio, de esas sólo 350 fueron declaradas culpables. Los castigos iban desde multas hasta el encarcelamiento.</p>		<p>diferente, en donde se permita hablar y no “normalizar el comportamiento”, ni observar sólo el síntoma, es decir, sin objetivar o cosificar al sujeto. Si simbólicamente la institución psiquiátrica representa ese Otro, el del saber especializado, y el sujeto suicida es quien resiste al poder, al dispositivo de la institución psiquiátrica, entonces habría que trabajar con intervenciones de gran responsabilidad ante ese otro: el paciente suicida. Se tendría que hacer un movimiento ético, entendido como la rendición de cuentas del sentido de nuestros actos en relación con nosotros mismos y con el otro, principalmente, considerando la ética, desde Foucault, como una práctica de sí, es decir, un ejercicio permanente del “decir-se”, una especie de estética de la existencia.</p>
21	<p>El suicidio es una muerte voluntaria, referida a una acción (u omisión) que produce una persona de manera voluntaria con propósito de causarse la muerte. Cabe recordar que el suicidio no es la única conducta que forma parte de la denominada</p>	<p>La bioética ha dejado de lado otras manifestaciones de la muerte voluntaria como el suicidio diádico, entendido como aquél cuya auto-agresión va dirigida inconscientemente o no, a otro con el objetivo de “vivenciar a priori” las secuelas negativas a quien se “dedica” el acto autoinfligido. Así esta conducta fatal está, en ocasiones, más</p>	<p>Bioética. Suicidio diádico.</p>	<p>El mejor tratamiento para el intento de suicidio: aunque de manera muy hipotética, los sujetos que atentaron contra su vida y los galenos estuvieron de acuerdo en que el mejor tratamiento para este tipo de pacientes es a través de la escucha, del contacto, brindándoles tiempo, espacio y no siendo rígidos.</p>

	muerte voluntaria; en ella se incluye la clasificación sociológica durkheimiana de suicidios: egoísta, altruista (como los kamikazes, hombres bomba del Hezbollah) y el anómico; así como la clasificación bioética de suicidio asistido y eutanasia (activa y pasiva).	caracterizada por un dolor psicológico, dado que los motivos y propósitos de quitarse la vida están más relacionados con eventos o sucesos de vida como: decepción amorosa, problemas familiares, económicos o laborales. Existe una diferencia con las demás muertes voluntarias, específicamente con el suicidio asistido y la eutanasia, al caracterizarse en estas últimas un dolor físico provocado por una condición médica y cuya solicitud de muerte se plantea al equipo de salud.		
22	Se ha planteado el suicidio del adolescente como una ambivalencia entre el deseo de muerte y de vida. Realmente es frecuente que éstos expresen más que un deseo real de morir, un deseo de cambiar de vida que se espera tras la muerte como un descanso o un estado «nirvánico», lo que significa que lo que se pretende es modificar la situación y no la autodestrucción. (Polaino, 1990:227)	No solamente el hecho de haberse desarrollado dentro de un hogar deshecho puede favorecer la conducta suicida. El imperio del autoritarismo familiar y la falta de control por parte de los adultos son factores contrapuestos que coinciden en fomentar entre los adolescentes las mismas inclinaciones a las conductas de evasión y de alto riesgo, siendo el principal fallo de los padres su incapacidad para adoptar con los hijos una postura serena y comprensiva, con lo que el conflicto padre-hijo es el dato nuclear más frecuente de la situación. Las ideas suicidas estarían asociadas con madres intolerantes y ofensivas, y padres castigadores; y con un patrón de educación negativa del padre del mismo sexo, caracterizado porque ambos padres favorecen a los hermanos en vez de al sujeto en cuestión y porque ambos padres no estimulan, engendran culpa, rechazan y no son afectuosos con él.	Ambiente familiar. Suicidio. Fracaso Escolar.	Los profesores pueden, por tanto, intervenir beneficiosamente en la prevención de las conductas suicidas infanta-juveniles, no disminuyendo el nivel de exigencias hacia sus alumnos, sino intentando motivarles más en sus estudios, facilitándoles la tarea con actitudes más pedagógicas y tomando una actitud suficientemente comprensiva e individualizada que permita vías de comunicación abiertas, francas y sinceras con los alumnos. (Polaino, 1990: 230)
23	Conductas suicidas.	Existen abundantes antecedentes de eventos negativos en la historia vital de nuestros pacientes (63%). Estas experiencias podrían estar relacionadas en parte con la aparición de sintomatología depresiva, conductas de autoagresión, de suicidio, o antisociales, como consigna la bibliografía. Así parecería ser que	Adolescentes Epidemiología Internación. Desamparo.	Es habitual un núcleo primario disfuncional, desintegrado, con padres negligentes o ausentes, incapaces de amparar el normal desarrollo del psiquismo. Esto facilitaría la aparición de los trastornos en la adolescencia y esta manifestación constituiría la "Clínica del Desamparo". Este factor social, también produciría demoras en la

		los episodios traumáticos de la infancia (abusos, migraciones, muertes), podrían actuar como predisponentes, mientras que los factores de estrés actuales (23%) podrían actuar como factores desencadenantes. (Rodríguez Garín, 2006: 443)		externación y limitaciones en el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social. Es necesario establecer dispositivos asistenciales adecuados para esta población, y trabajar en prevención. (Rodríguez Garín, 2006:440)
24	El suicidio es una forma de muerte infrecuente y muchas veces parece un acto desesperado (Sarró, 1996: 26)	El suicidio de un paciente puede representar no solo una crisis personal con reacciones individuales de dolor y de defensa similares a todos los supervivientes del entorno del suicida, sino también profesional, por el rol del terapeuta en la sociedad. (Sarró, 1996: 27)	Duelo. Posvención.	El profesional debe tener en cuenta que el sufrimiento emocional que siente los familiares supervivientes, es muy distintos, por ejemplo en el caso de un profesional, o de un forense o de una compañía de seguros. (Sarró, 1996:26)
25	Se considera al suicidio como una conducta violenta, ya que es una agresión dirigida contra sí mismo. Es el acto intencional de quitarse la vida. Este acto sucede porque no se le encuentra salida a una determinada problemática, es un escape del sufrimiento.	El suicidio constituye una causa evitable de muerte, de frecuente observación en la adolescencia y juventud (Serfaty, 1996: 21)	intento de suicidio. Epidemia de suicidio.	El sufrimiento del adolescente se debe a situaciones vividas por largos períodos de tiempo. Luego aparecen situaciones desencadenantes, la disminución de las calificaciones escolares, la ruptura de un noviazgo, la enemistad con un amigo, la separación de los padres. pero el problema se venía gestando anteriormente, socavando la autoestima del adolescente y produciendo una depresión. Los intentos de suicidio en los adolescentes y jóvenes, con una forma de llamar la atención de los adultos y decirles que no pueden son sus problemas. (23)
26	Las causas de mortalidad por suicidio se agruparon sobre la base de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (10) en que el suicidio está definido como “la conducta intencional que concluye en la propia muerte.” Incluye el envenenamiento intencional autoinfligido por drogas, medicamentos, sustancias biológicas, alcohol, vapores y la muerte autoinfligida por medios mecánicos, objetos cortantes o armas.	El suicidio consumado es, por lo general, la culminación de una serie de hechos. Primero aparece la idea de suicidio (la vida no tiene sentido así, quisiera morir). Esta idea puede desaparecer o continuar estando presente y estructurarse más, constituyendo una intención organizada (comprar un arma, pensar en cuándo y dónde realizarlo). Esta situación puede finalizar allí, si se produce un cambio favorable en el estado emocional y en las circunstancias de ese joven, o permanecer en el tiempo y llevar al suicidio consumado. 1) Ideación suicida 2) Amenaza de suicidio 3) Planeamiento del suicidio 4) Intento de suicidio 5) Suicidio concretado (Serfaty, 2006:16)	Suicidio, adolescencia	El suicidio de los adolescentes y jóvenes constituye una de las causas evitables de muerte, de más trágicas consecuencias para la familia y la comunidad. Es una conducta de autodestrucción de complejas causas: psicológicas, biológicas y sociales
27	No existe. Lo menciona como una	No existe ni ha existido a lo largo de la historia	Anorexia.	Deberíamos pensar si la búsqueda de la seguridad a

	consecuencia posible de la anorexia.	una sola manera de nombrar y darle sentido a la muerte. La muerte ha sido concebida de maneras muy distintas a través del tiempo y de las culturas: la muerte domesticada, la muerte del otro, hasta la muerte prohibida.	Muerte.	través del cuerpo, a pesar del costo de la muerte, es la opción elegida por los jóvenes. (Sidun, 2008:7)
28	La conducta suicida no es un comportamiento exclusivo de la enfermedad mental, ni de la depresión, aunque en el contexto de ese trastorno psicopatológico es donde se encuentra una mayor incidencia de muertes por suicidio. Por lo tanto se deben distinguir: a. La crisis suicida de origen psicosocial (consecutiva a una acumulación de acontecimientos negativos cuya progresión, en general, es lenta en función de la capacidad de “poner el pecho”, afrontamiento o coping de los cognitivistas del individuo). b. La crisis suicida de una persona afectada por una enfermedad mental (cuya progresión puede ser rápida en función de la mayor dificultad para encontrar otras soluciones a su sufrimiento). Diversos autores sitúan la ansiedad y el Trastorno de angustia como uno de los factores más implicados en el riesgo inminente de suicidio en pacientes afectados por depresión; mientras que la desesperanza y la anhedonia grave serían factores de más peso en el suicidio a largo plazo; más de un año según el estudio de Fawcett (Stagnaro, 2006: 492, 493)	La muerte voluntaria siempre fue socialmente estigmatizada. En la filosofía griega y romana, el debate sobre el derecho y la oportunidad de salir de la vida por mano propia fue motivo de apasionadas controversias (Stagnaro, 2006: 491)	La importancia de una buena red social es evidente. Desde el punto de vista psicológico el concepto de resiliencia tiene una gran importancia. (496)	No existe ningún estudio prospectivo randomizado que permita proponer una conducta pertinente y coherente, fácilmente realizable en la práctica y eficaz para prevenir un acto suicida y el conjunto de ella literatura presenta límites en cuanto a las definiciones y la metodología a seguir (510)
29	Los comportamientos suicidas resultan de una determinación múltiple, con componentes individuales (biológicos, psicológicos, familiares) íntimamente relacionados a factores	Si las hipótesis que plantean una relación casi lineal entre desempleo crónico y aumento del suicidio juvenil fueran correctas y pudieran corroborarse en nuestro país, el suicidio podría ser considerado como una forma brusca de exclusión, en la que la violencia del Estado no	Efecto desaliento (producto de la escasez de nuevas oportunidades)	Revertir el proceso de marginalización de la dinámica de exclusión al que se ven sometidos individuos que no son considerados habitualmente como marginales, pero que se encuentran en riesgo por ser inestables y frágiles.

	<p>sociales y culturales que reclaman la confrontación de diferentes perspectivas para intentar comprenderlos. (Triskier: 1996: 148)</p>	<p>necesitaría encarnarse en sus agentes en el rol de victimarios. Simplemente, la dinámica social emergente se ocuparía de ello. Si así fuera, solo un cambio en la mirada ejercida sobre nuestra concepción de seguridad sería capaz de cambiar el trágico "final del recorrido" de muchos de nuestros jóvenes (Triskier: 1996, 153)</p>	<p>es laborales). Anomia. Pesimismo.</p>	
30	<p>Ante el acto del suicidio no hay réplica, la muerte en este caso es contundente, cualquier tipo de posibilidad se ha terminado y aniquilado junto con el sujeto "suicida". Pero el suicidio, paradójicamente y a pesar del silencio al que aparentemente nos arroja, deja un sinfín de preguntas sobre las condiciones (tanto emocionales como materiales), en las que el sujeto se produce dentro de los juegos de poder.</p>	<p>Pues, "una historia del suicidio no es más que una historia del dolor, o mejor dicho, una historia social del dolor" (Ramón Andrés, 2003, p.312).</p>	<p>Suicidio; Subjetividad; Subjetivación</p>	<p>Proceso subjetivo que evidentemente puede tener como desenlace la muerte, la cual curiosamente suele ser el punto de partida común del interés de gran parte de los estudios sobre el suicidio; contabilizando muertes y acumulando datos estadísticos. (Velasco, 2005:134) Como si al hablar de suicidio, estuviéramos aludiendo al fruto malsano de una enfermedad que como tal debe ser enfrentada médicamente y reducida a la autopsia del hecho. (Velasco, 2005:136) La anatomía patológica, encargada de poner orden en la enfermedad y la muerte, ¿qué hace en el caso del suicidio?, acontecimiento que indudablemente se le escapa de las manos. (Velasco, 2005:141)</p>
31	<p>El suicidio psicodinámicamente es considerado como asesinato, las razones son: un dolor psíquico intolerable del cual se desea escapar, necesidades psicológicas frustradas tales como seguridad, confianza y logros, un impulso súbito de odio a sí mismo en un marco de una autoevaluación negativa, con auto-rechazo, desvaloración, culpa, humillación, sensación de impotencia, desesperación y</p>	<p>Nada, ni nadie justifica el cometer un acto de tal naturaleza, como es el suicidio, sobre todo por el dolor que se deja a los demás. Una de nuestras labores como trabajadores de la salud mental, que convivimos a diario con cientos de jóvenes, es buscar la manera de sensibilizarlos y orientarlos en cuanto a este tipo de problemática y evitar en lo posible que aumenten las víctimas de suicidio. Recordar que los síntomas de alarma son: falta de energía, problemas con el sueño, aumento o disminución del apetito, trabajo para</p>	<p>Suicidio. Jóvenes. Factores de riesgo. Desintegración familiar.</p>	<p>Se intenta identificar y prevenir el suicidio, fomentar la unión familiar como medida preventiva, aumentar la calidad de atención a los jóvenes, en áreas de salud, escolar, laboral y familiar.</p>

	desamparo.	concentrarse, bajo rendimiento escolar, descuido en su apariencia personal, y la característica más común es que se vuelven más irritables. El suicidio en jóvenes va en aumento y cada vez se ve más en las salas de urgencia de hospitales intentos suicidas o bien más defunciones por suicidio consumado. Y muchas de estas muertes no se investigan y quedan registradas como otras causas. Teniendo en cuenta estos datos, se debe de considerar el suicidio, en jóvenes entre los 15 y 29 años como un problema de salud pública (Villagomez, 2005:5)		
32	En determinadas circunstancias el suicidio es un acto de responsabilidad moral... supongamos que ya no está en mi poder velar por el interés de la sociedad, supongamos que soy una carga para ella, en tales circunstancias mi renuncia a la vida no solo será inocente, sino loable (Hume) El suicidio es irracional por presentarse dentro de una contradicción, la actitud .egoísta de promover su propio interés buscando escapar de un sufrimiento, y eliminado su autonomía al quitarse la vida, es decir tratándose simplemente como un medio. (Kant)	Las circunstancias y motivaciones que llevan al suicidio son diferentes. Unos lo hicieron por orden de una entidad superior que no dejaba posibilidad de desobedecer... Otros, para evitar una situación indigna... Otra motivación es la derivada de los principios: por tradición... (Zuluaga, 2001:370)	Suicidio; Ética médica; Bioética.	A manera de resumen propongo distinguir los siguientes «niveles», según hubiesen sido las características del acto suicida y las correspondientes posiciones éticas por parte del médico: Intento de suicidio que ponga en peligro la vida de terceras personas (agentes morales), como los realizados con gas doméstico, CO2 y explosivos: paternalismo fuerte justificado es decir hospitalización y tratamiento obligatorio. Estado vegetativo persistente como consecuencia de un intento de suicidio: eutanasia, interpretando el intento de suicidio como un testamento vital. Intento de suicidio como consecuencia de un trastorno o enfermedad mental: paternalismo blando, representado en la intervención psicoterapéutica con la finalidad que el usuario (paciente con derechos) acceda a tratamiento. Intento de suicidio con un tercero posiblemente perjudicado (feto), si hay trastorno o enfermedad mental: paternalismo blando y luego de superada la crisis y evaluados los posibles daños al feto, la mujer debe decidir sobre la continuidad de su embarazo. Intento de suicidio grave en personas

				con enfermedades crónicas o degenerativas que lleven necesariamente a la muerte, o sean gravemente discapacitantes: ofrecer la posibilidad del suicidio asistido. Suicidio en ejercicio pleno de la autonomía: respetar la decisión.
33	Las situaciones de sufrimiento extremo y la desorganización, dependiendo de la intensidad de durabilidad y el espacio ocupado en los jóvenes, puede ser complicado por el paso del tiempo y llevado al desarrollo de una enfermedad. Algunos jóvenes pueden manifiestan algún tipo de trastorno psiquiátrico. Según Waldemar (1984), debe ser tenga cuidado de no atribuir todos los síntomas entre los adolescentes desequilibrio temporal en el período. Además, la existencia de una situación de la angustia y el conflicto también puede llevar a un joven suicida.	Tanto los resultados obtenidos en este estudio como otros estudios que investigaron el tema de la presentación de suicidio e intento de suicidio que los grupos de adolescentes y adultos jóvenes parecen ser los más vulnerables entre la población general. También evidencia de que las mujeres son más susceptibles al riesgo de intentos de suicidio, mientras que los hombres son más susceptibles al suicidio. En cuanto a los detalles que podrían estar asociados como posibles factores desencadenantes del acto de suicidio o intento de suicidio, esta investigación no puede establecer una relación en el tiempo, ya que no disponemos de datos acerca de la ESE ya que esto no era parte de su meta. Sin embargo, según Vansan (1978) la gran mayoría de los suicidios ocurrieron en los niveles profesionales calificados y bajos niveles de calificación, que corresponden a las clases más bajas y más bajas que los de bajo. ANDRADE (1979) encontró una mayor proporción de casos de intentos de suicidio en las categorías ocupacionales de características predominantemente manual y una asociación entre los estratos sociales del barrio de la situación económica y un alto coeficiente de intentarlo. (Pag 6)	adolescentes, estudio epidemiológico, suicidio	Prevención: los estudios de esta naturaleza deben constituir una advertencia a los profesionales de la salud. Para el bastidor inferior tan grave como para un un servicio más eficiente a esta población y contribuyen mucho a la caracterización de los jóvenes que participan, incluyendo las características del acto, así como sus motivaciones. Lo importante reflexionar sobre el cuidado que se le ha dado ya que, según Cassorla (1984b), la mitad de los jóvenes que se suicidaron habían hecho intentos previos.
34	Riesgos derivados de la depresión: cambios del estado de ánimo con la consecuencia adversa de la depresión o el suicidio	Ha establecido como los comportamientos sexuales y violentos son más riesgosos en los hombres. Como en torno a las adicciones no existe diferencia de género, así como con la ideación suicida y como los jóvenes varones se “alejan” más de la religión que las mujeres. (Pag 70)	Adolescentes comportamientos de riesgo, familia, colegios públicos	¿Qué situaciones exponen a los jóvenes a riesgos? Conocer estas situaciones permite actuar en prevención. Algunas de estas situaciones y bajo la concepción psicosocial son las derivadas del desarrollo familiar e individual del joven. Aspectos psicológicos tales como la disminución de la capacidad de autodeterminación (no tiene la habilidad porque no se le permite o no se le enseñó a decidir), o la pérdida de la intimidad o el no pertenecer a un grupo (hecho bien expuesto por

			<p>Wilkinson y Marmot en su documento para la OMS en el 2003), juegan un importante rol. Así mismo, el desarrollo en entornos familiares inadecuados, donde el joven presenta inhabilidades para decidir, por ejemplo por sobreprotección que implica que otros decidan por él o conductas autoritarias, donde busca imponerse sin respeto hacia los demás, con su expresión más burda como es la agresión o incapacidad para tolerar a otros o en contraste, actitudes permisivas por incapacidad de decir NO, o el desarrollo bajo un entorno de autoridad dividida, donde lo bueno o lo malo “dependen”... o el desarrollo en un ambiente limitado por la pobreza y la inseguridad³⁰ (vinculo a bandas delincuenciales), desencadenan en los adolescentes importantes riesgos (peligros) en su vida, con lo cual se les disminuye severamente el potencial de su futuro. De ese ambiente limitado surge el término de “riesgo estructural” donde según Beck pueden presentar las siguientes situaciones, que sin duda son más manifiestas en los estratos más bajos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jóvenes que viven en ambientes bélicos y donde impera la impunidad • Ausencia de procesos de organización y participación de la comunidad, lo que impide respuestas organizadas por y desde el seno de la comunidad ante lo injusto o lo delictivo y permite que impere. • Ausencia de “programas” que vinculen a los jóvenes en tiempo libre, especialmente en tiempo de vacaciones. Ante esto, y con la suma de lo anterior, las ofertas de drogas o alcohol hacia los jóvenes se incrementan con el consiguiente riesgo. • Estigmatización de lo juvenil y de la pobreza (creer que es “malo” por ser joven o pobre). Tal evento, impide la participación de personas o entidades en procesos de organización y desarrollo. • Incapacidad de re socializar de las cárceles. Dada la realidad delincencial, se pierde la posibilidad de ofrecer una segunda oportunidad. • Falta de credibilidad en las promesas institucionales. Conlleva a una importante pérdida de FE en lo legal e incremento del poder de lo ILEGAL.
--	--	--	--

35	Es un estudio de enfoque epidemiológico.	Esse grupo de dados imprecisos abrange mais de 80% das internações por causas externas nessa capital, onde também chamou-nos atenção a ausência de registros de suicídio para todas as faixas etárias. (p. 1648)		Es evaluación de la política pública: Em geral, os gestores das três grandes áreas de atendimento às vítimas de acidentes e violências nas diferentes capitais reconhecem a importancia dessa política na estruturação e na articulação intersectorial e apontam a diretriz de prevenção e promoção de ambientes saudáveis como o grande mote para a redução da morbimortalidade. Por exigir ações interdisciplinares, multiprofissionais e multisectoriais, todos dizem que o grande desafio é a integração das várias instâncias (pag 1649)
36			Mortalidad. Desigualdad. Vigilancia en Salud Pública.	Enfatiza en la utilidad del proceso de vigilancia de la mortalidad
37	Solo lo presenta como una de las causas externas de muerte que más incide en la región	Mientras que las preocupaciones de la opinión pública están centradas en el fenómeno de las pandillas (los jóvenes como victimarios), la realidad muestra claramente que lo realmente preocupante es la violencia doméstica y la violencia institucional (los jóvenes como víctimas) (P125)		En casi todos los países de A L se reconoce que la violencia que afecta a los jóvenes es un problema político y de salud pública. Su prevalencia no solamente tiene repercusiones en el desarrollo juvenil, sino también mina los fundamentos democráticos de la sociedad y es responsable por costos humanos, económicos y sociales enormes en la región. Los gobiernos dedican considerables recursos a la lucha contra la violencia juvenil; sin embargo, muchas iniciativas fracasan porque se ha invertido poco en la evaluación de impacto de los proyectos y en la participación de los jóvenes en el proceso.
38	Por suicidio se entiende toda muerte debida a acciones inflingidas contra uno mismo con la intención de quitarse la vida. También incluimos las acciones con intenciones suicidas pero que no resultan en muerte del sujeto, es decir, los “intentos de suicido”. En relación con el concepto y definición de lesión por causa externa, el suicidio o intento encaja perfectamente en, ya que es el daño corporal resultante de la exposición a un exceso de energía (por ejemplo,	A nivel mundial, la frecuencia mayor de suicidios se da para los individuos comprendidos entre los 15 y los 44 años (por encima del 50%). (p.199)		Desde la perspectiva de la víctima, la incapacidad por parte del entorno para comprender la situación y ofrecerle reconocimiento y compensación, acaba constituyendo una segunda victimización, a menudo más dolorosa que la inicial. P.208

	la caída al tirarse por una ventana, la presión sobre las venas de un objeto afilado) o el defecto de energía (por ejemplo, al impedir la adecuada respiración al estar expuesto a monóxido de carbono). (p.199)			
39	No define. Usa la calificación de OMS de causas de muerte. Lo vincula con violencia.	La mortalidad por suicidio también aumentó en esta década, sobre todo en los hombres. Aunque se estima que hay un subregistro marcado en el número de suicidios, ya sea por los sentimientos de vergüenza y fracaso que provocan en los familiares, como por las creencias religiosas.	Esperanza de vida; Mortalidad juvenil; Método de Pollard.	La situación de salud de los jóvenes es un aspecto a tener en cuenta en las estrategias sanitarias. Los cambios en las condiciones socioeconómicas y culturales exigen mayor atención a este grupo.
40	No tiene	En primer término, se observa que el mayor número de años perdidos se concentra en los grupos más pobres. (pag 577)	Desenlace fatal, mortalidad, Años de vida potenciales perdidos (AVPP); Supervivencia	Considerando la importancia del proceso de reforma de la salud iniciado en el país, en el que mejorar la equidad constituye uno de los pilares fundamentales, creemos indispensable efectuar estudios sistemáticos que permitan evaluar no sólo el impacto global de las políticas públicas en salud, sino también el avance en la disminución de la desigualdad que afecta en forma tan profunda a nuestra sociedad.
41	traumatismos intencionales	Los hombres jóvenes se ven afectados primordialmente por enfrentamientos armados, desajustes sociales y laborales y situaciones de pobreza e inequidad... Los traumatismos intencionales, que incluyen también las autolesiones, el suicidio y los actos de violencia y de guerra, representan una parte cada vez mayor de la carga, sobre todo entre los adultos jóvenes económicamente productivos. (p. 2)		En general, no puede ubicarse una relación evidente entre las variables de contexto seleccionadas y la tendencia seguida por las defunciones por causas externas, aunque en el análisis los indicadores se observan similitudes en la estructura etaria, en las proporciones de jóvenes no escolarizados y en los niveles de desempleo. (P. 20)
42	Los datos sobre suicidio son incompletos, tanto por los métodos	La población de 10 a 24 años, aunque de características muy variables, comparte estar	Salud. Riesgo.	La inserción en el mundo adulto se torna progresivamente más central en tanto se transita de

	para certificar la causa de muerte, como por las implicaciones culturales y religiosas que esta causa tiene.	sometida a influencias y riesgos derivados del proceso decrecimiento y desarrollo, período de transición y cambios de esta etapa del ciclo vital.	Mortalidad.	la adolescencia a la juventud: esta se manifiesta en la esfera vocacional / laboral y en la de pareja/familia. La planificación del futuro propio y la toma de decisiones con respecto a estilos de vida es un tema central de enorme trascendencia social y económica, en un mundo que depende de una fuerza de trabajo técnicamente más sofisticado. Acceso universal con cobertura efectiva y continuidad. - Calidad técnica respaldada por normas validadas y facilitada por normas administrativas adecuadas. – Organización funcional: disminución de barreras, horarios. - Equipo multidisciplinario, entrenado, comprensivo y comprometido, que destaque un profesional responsable en forma individual. - Nivel primario integrado a los niveles de referencia. - Participación de los adolescentes y jóvenes. - Énfasis en promoción y prevención. - Credibilidad. - Privacidad y confidencialidad. - Identidad. - Penetración en la comunidad. - Coordinación intersectorial, especialmente con educación.
43	Problema de salud pública. A partir de la acción de la sociedad se desarrollan muchas de las enfermedades que más afectan al mundo de hoy, entre ellas el suicidio	"Esta ciencia de la vida [Epidemiología] nos revela el estupendo hecho de que el hombre nace para la salud y la longevidad, que la enfermedad es anormal y que la muerte, excepto por vejez, es accidental y que ambas se pueden prevenir." Dr. Stephen Smith, 1873.	Epidemiología comportamental que caracteriza mejor a una población en variables de corte psicosocial	El determinismo social es efectivo para todas las esferas de actuación humana, no siendo la salud una excepción. La sociedad actúa sobre la individualidad en 2 niveles diferentes relacionados con la salud: un primer nivel, que se caracteriza por el apoyo estatal a medidas generales de higiene, prevención y servicios gratuitos o pagados, que garantizan la reducción brusca de todas las enfermedades contagiosas de origen externo, así como de otros indicadores, lo que se manifiesta en la mayoría de los sectores poblacionales de los países; en un segundo nivel, la sociedad afecta la salud humana en la medida en que las características de su funcionamiento y organización constituyen una mayor o menor fuente de estrés

				para el individuo. En él, todas las organizaciones, instituciones, reglas, tradiciones y regularidades del funcionamiento social, se convierten en elementos que pueden beneficiar o perjudicar la salud.
44	Lo presenta como causa externa. Sigue la clasificación de la OMS.	La principal determinante de la mortalidad por causas externas en la población total de Argentina son los accidentes de tráfico, seguido cercanamente por los suicidios y después, homicidios. P,131	Adolescencia Jóvenes. Tasas de mortalidad. Causas violentas / externas. Homicidio. Suicidio. Accidentes de tráfico.	Dada su naturaleza multifactorial, la violencia se debe prevenir mediante la participación coordinada y activa de todos los sectores de la sociedad, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial.
45	No tiene	La participación del sector salud en la adopción de medidas de prevención de la mortalidad por causas violentas y de promoción de cambios en las normas de convivencia, a través de la educación y de una legislación social amplia, que aborde el conjunto de las mismas, debe ser entendida como un proceso que integre a diversos actores sociales en el desarrollo de estrategias conducentes a la humanización de todas las formas de conflicto social. P. 122	Violencia. Mortalidad. Adolescencia Epidemiología	Es fundamental la adopción de las siguientes medidas: • Educación masiva de la población en el cuidado inicial del traumatizado; • Creación de mecanismos de atención de urgencia en el sitio de la ocurrencia y de un sistema de transporte suficiente y oportuno; • Definición de la participación de los establecimientos de todos los niveles de la atención en el sub-sistema, especificando el alcance de sus capacidades resolutivas en relación con la atención de lesionados; • Eliminación de toda barrera económica o geográfica para el acceso a la atención profesional de los pacientes que han sufrido traumatismos; • Instauración de un sistema de vigilancia epidemiológica de los accidentes y de las demás violencias y de mecanismos de evaluación periódica del funcionamiento y de los logros del sub-sistema; • Formulación e implementación de normas clínicas para el tratamiento de lesionados en todos los niveles de la atención; • Implantación de una red de servicios de emergencia, dotada de recursos para la atención de lesiona-

				dos de diversa gravedad; • Creación o integración de los servicios de rehabilitación al sub-sistema; • Capacitación del personal profesional y auxiliar de los servicios de salud en los aspectos clínicos y epidemiológicos correspondientes, considerando que actualmente son escasas las instituciones de formación de profesionales de la salud que incluyen en sus planes de estudios esta temática.
46	O suicídio nos remete à idéia da violência máxima, do assassinato de si mesmo, do autoaniquilamento. Entretanto, esta autodestruição poderia ser vista do ponto de vista individual auto-referido: suicídio propriamente dito, "uso de drogas", parte das mortes acidentais, etc.	A primeira idéia que aparece quando pensamos em autodestruição é a de suicídio. Estudá-lo do ponto de vista de sua distribuição na população é algo que vem sendo feito desde antes de 1897, quando Durkheim (1973) publicou seu clássico estudo. O que se sabe não tem mudado muito nas últimas décadas.	Acidentes; Saúde Pública; Saúde Mental; Suicídio; Violência	A violência no ser humano, em seu aspecto autodestrutivo, implica que este é, ao mesmo tempo, agente e paciente de um fenômeno complexo, envolvendo um interjogo dinâmico de inúmeras variáveis presentes no cotidiano. Por isso, seu estudo e compreensão não se deixam aprisionar por métodos derivados da tradição positivista, ainda que estes possam nos dar algumas pistas. Lidamos com variáveis "rebeldes" que exigem métodos indiciários, qualitativos e interpretativos.
47	El suicidio, definido como la acción voluntaria por la que una persona se priva de la vida, es un fenómeno universal presente en todas las épocas y culturas, pero la actitud de las sociedades ha sido diferente dependiendo de las influencias religiosas, filosóficas, culturales, socio-políticas, y sobre todo de las ideas sobre la muerte y el más allá.	SUICIDIO COMO TRANSGRESION POLIDIMENSIONAL. RELIGIOSO: Pecado. ETICO- MORAL: Inmoralidad. JURIDICO- POLITICO: Delito / Maldad. MEDICO-PSIQUIATRICO: Enfermedad / Locura. SOCIAL-FAMILIAR: Sociopatía / Familiopatía. NATURALEZA: Ecopatía (Contranatura). ACTO DE LIBERTAD: Normal(No transgresivo)	Suicidio. Jóvenes. Muerte. Historia del suicidio.	El momento en que se identifica el problema, el tiempo de la demanda o de la detección del "problema del suicidio" en un joven es relevante a la hora del posicionamiento terapéutico. No olvidemos que los terapeutas y los equipos terapéuticos tienen un margen de maniobrabilidad y flexibilidad limitado ya que también pertenecen a sistemas complejos y son parte del ecosistema social. Esto es importante en relación a los posicionamientos más homeostáticos o morfosintéticos. Siguiendo la célebre frase de T.de Zurilla y M. Golfried (1971): El problema no es el problema, el problema es la solución. Podemos decir que el arte de la intervención terapéutica está en saber cuándo y cómo es el momento de aplicar una solución lógica y cuando la lógica de la solución deja de serlo para pasar a ser el problema.

48	Cuando Durkheim plantea que el individuo está determinado por una realidad moral, está planteando que las conductas del individuo tienen causas o están causadas moralmente. (p.6)	Una de las afirmaciones centrales es la existencia de una ambivalencia metódica en el planteamiento de Durkheim respecto al problema del control empírico de las hipótesis: en ciertos pasajes se puede vislumbrar la lógica falsacionista y la postulación de la prueba crucial como procedimiento; mientras que en otros, el autor es marcadamente verificacionista y sólo presenta hechos empíricos aislados y anecdóticos que apoyan sus afirmaciones.		El énfasis está en el estudio... "En el mismo apartado anterior, Durkheim plantea de un modo distinto la idea de "prueba crucial". Analizando la relación entre locura y suicidio, dice: "Hay otra prueba, que si pudiéramos suministrarla sería concluyente. Si se llega a determinar que el suicidio es una locura que tiene sus caracteres propios y su evolución específica, la cuestión estaría resuelta: todo suicida será un loco~"
49	No define. Solo está trabajado como una de las causas externas de mortalidad.	La incidencia de muertes por causas violentas es alarmante entre los hombres jóvenes en varios países de Iberoamérica, si bien varían mucho de un país a otro de la región, lo que hace variar la incidencia de la mortalidad juvenil. La mortalidad de jóvenes por causas transmisibles muestra diferencias nacionales bastante menores. En general, el porcentaje de defunciones según sexo pone en evidencia la alta mortalidad masculina en relación a la femenina, dados los estilos de vida con mayor exposición a riesgos externos en los hombres. (Pag 20)	La juventud. Pobreza. Riesgos. Mortalidad Desarrollo de capacidades. Acceso a las oportunidades Familia, pertenencia y participación. Institucionalidad. Políticas	La primacía de riesgos exógenos en la salud juvenil presenta grandes desafíos respecto del tipo de políticas. Rebasan los esquemas sectoriales convencionales y reclaman enfoques sistémicos y con énfasis en la prevención. La conducta de riesgo para la salud está estrechamente ligada a otros problemas en la vida de los adolescentes y jóvenes, incluidos la violencia y descomposición del hogar, la socialización temprana en la violencia, la pobreza y falta de oportunidades, la Segregación territorial, el machismo y la falta de información o confianza en materias de sexualidad y autocuidado frente al abuso de drogas, tanto lícitas como ilícitas. Factores relacionados con la cohesión social son determinantes.
50	No presenta.	Este memorable fallo marca, por un lado, el camino adecuado para los magistrados -y el sistema judicial todo- obligados a velar por tales derechos fundamentales. Pero, al mismo tiempo, establece una restricción al poder de los psiquiatras, expresado en la internación manicomial, en la prescripción compulsiva de tratamientos y otras medidas coercitivas sin control jurisdiccional (aislamientos y ataduras sin fundamentos ni plazos) que se computan entre las reiteradas arbitrariedades que, con impunidad, se cometen en detrimento de la dignidad de estos sufrientes emblemáticos. Aún hoy, estas personas padecientes son	Salud Mental. Derechos Humanos.	De allí que debemos apoyar enfáticamente el cumplimiento de la legislación de salud mental como un medio ineludible para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales, que son una parte vulnerable de la sociedad y que viven estigmatizadas, discriminadas y marginadas. El fallo de la Corte Suprema marca un derrotero de cara a poner fin a la negación arbitraria de derechos fundamentales que se otorgan a todos los demás ciudadanos.

		consideradas locos "peligrosos" y miserables, que "merecen" estar encerrados. La práctica psiquiátrica cotidiana incumple, en muchos casos, la normativa internacional, especialmente la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH, OEA, 1979), la Declaración de Caracas (OPS/OMS, 1990), la Convención Interamericana para Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (OEA, 1999) y la Recomendación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Promoción y Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad Mental (OEA, 2001), obligatorias en el sistema interamericano.		
51	Donación gratuita. Inconsolable.	Si ya el consuelo parece estéril cuando es la muerte la que arrebatada, más infructuosos resultan nuestros gestos y palabras, cuando el que ha partido ha hecho esa donación gratuita que se llama suicidio; y ni pensar cuando la flor, apenas era un pimpollo. (p.14) Muchos cristianos se preguntan si el suicidio pone en peligro su salvación. La absurda idea del suicidio como pecado imperdonable basada en el quinto mandamiento, es una afrenta al hermano que se quitó la vida y una grave desconfianza hacia la eficacia del sacrificio de Cristo. Hasta el siglo IV, la cristiandad no vinculaba el suicidio con el pecado. Durante este tiempo, sin embargo, el excesivo martirio hizo que san Agustín categóricamente rechazara el suicidio. Definió el suicidio como un crimen, porque involucraba la muerte sin oportunidad de arrepentimiento. Santo Tomás de Aquino, más adelante, identificó el suicidio como pecado mortal porque usurpaba el poder de Dios sobre la vida y la muerte. El décimo sexto Concilio de Toledo, en el año 693 d.c., decidió excomulgar a cualquier persona que intentara suicidarse...	Silencio. Proximidad física. Escuchar. Decir.	El único pecado imperdonable es rechazar la gracia de Dios. Acompañar. Derivar. ¿Por qué Dios lo permitió? Como no creo en una teología retributiva, pude decir parafraseando a Carl Michlason algo así como: -Ignoro por qué Dios lo permitió, pero estoy seguro que Dios no lo ha querido. Decir que es la voluntad de Dios que alguien muera antes de tiempo puede ser un opiato para los que son susceptibles a tales drogas. (p.16)

52	No presenta.	Existen muchos mitos respecto al suicidio, los suicidas y quienes lo intentan. Enunciaré algunos de ellos y luego expondré los criterios científicos que desde este momento deben primar en usted, para hacer efectiva su ayuda en la prevención del suicidio. (p. 12)	Mito. Criterio científico.	Conocer los criterios científicos.
53		Al que se salva tenemos que tratarlo por sus problemas, por su depresión, porque no pudo encontrar otra salida. De modo que lo ideal es tratarlo con psicoterapia y medicación, y debemos ayudarlo a que enfoque su vida de otra manera. Si se trata de un adulto, que resuelva su situación; si es un chico, ayudarlo a que crezca". Y remarca que los equipos de salud son multidisciplinarios como para abordar todos los aspectos necesarios. P.10		Divide en: Prevención primordial: condiciones de vida, salud mental y resiliencia. Prevención secundaria: atención a personas con intentos de suicidio. Prevención terciaria: dirigida a los familiares, convivientes y allegados de quien se suicidó.
54	No presenta.	Como cristianos necesitamos una actitud mucho mejor informada y más sensible al acercarnos a las personas con discapacidades psicológicas y mentales. P. 208		La siquiatria, la sicología y la fe no siempre se han llevado bien, a pesar de que es posible encontrar elementos comunes. La iglesia y la mayoría de las ciencias han estado en conflicto. No obstante hay mucho que es paralelo en la teología y las disciplinas que tratan con la salud mental. Hemos creado un abismo demasiado grande entre las ciencias de la conducta humana y la iglesia. Hace falta cosntruir un puente entre fe y salud mental, que ayude a una comprensión más profunda del enfermo y permita un ministerio más efectivo para el desarrollo de su condición humana. P. 216,
55	No presenta.	y si los jóvenes son demonizados por personificar el mal, si concitan sobre ellos todas las atribuciones de peligrosidad, también son víctimas del malestar en la cultura y en la "barbarie", y el modo en que mueren podría estar dando una pauta clara de esta aseveración. P.33	Causas externas. Exclusión. Violencia social.	Esto significa nada más ni nada menos que, dentro de esa franja, casi 6 de cada 10 jóvenes que mueren, fenecen por motivos ajenos a la expectativa natural y la lógica del ciclo vital. P. 32

56	<p>La primera es el tipo de definición más simple de suicidio: existe suicidio si y sólo si la persona tuvo la intención de terminar con su vida. La segunda no se fija ya en el elemento intencional y deriva de la conocida definición de Durkheim, según la cual, serían suicidios todos aquellos casos en los que la muerte de una persona es el resultado directo o indirecto de su propia acción y la víctima sabe que su propia acción producirá ese resultado. Finalmente, según el tercer tipo –que se ha llamado <i>definición omnibus</i>- un suicidio tiene lugar cuando una persona lleva un tipo de vida que sabe que puede llegar a matarle, y pese a ello sigue viviendo del mismo modo (p.55)</p>	<p>Tarde, sobre la religión y el suicidio establece una relación diferente a la que posteriormente establecerá Durkheim. Señala que hubo un tiempo en el que, a la opresión del dolor, al hundimiento vergonzoso, el único asilo abierto permitido por la religión y las costumbres, era la puerta del monasterio. Hoy, a medida que ésta va cerrándose, otra se abre, un refugio negro, pero profundo. En este planteamiento se fundamenta para argumentar por qué los suicidios aumentan en las sociedades que se civilizan a la europea, o más bien que se emancipan del freno religioso; señala que no ocurre esa situación porque aumentan los homicidios, sino porque la vocación religiosa disminuye... Se fundamenta en el pronunciamiento de Morsilli, cuando sostiene que el suicidio es muy raro entre las personas consagradas al culto. P. 81</p>	<p>Suicidio juvenil. Sociología. Historia. Bullyng. Familia. Escuela. Trabajo.</p>	<p>En 1888 Émile Durkheim escribía que <i>un aumento notable de suicidios siempre testifica un serio trastorno de las condiciones orgánicas de la sociedad</i>. ¿Qué está ocurriendo hoy en nuestras sociedades? ¿Cuáles son esos trastornos sociales que afectan específicamente a los jóvenes y hacen que se sientan solos, separados del mundo? He intentado mostrar como el debilitamiento de los vínculos sociales en la familia, en la escuela y en el trabajo constituyen tres grandes vectores de ruptura de la cohesión social. P. 422</p>
57	<p>No presenta.</p>	<p>No obstante, ello no quiere decir que no puedan lograrse avances significativos en un futuro mediante el desarrollo de una nueva estrategia que debería concentrarse, por un lado, en atajar aquellas disfunciones socioeconómicas que se encuentran en la base de ciertas «enfermedades de sociedad» y, por otro, en el desarrollo de nuevos medios de lucha contra las enfermedades circulatorias y los cánceres. P.147</p>	<p>Mortalidad, esperanza de vida, causas de mortalidad, mortalidad juvenil, exceso de mortalidad, ganancias de años de vida.</p>	<p>Por tanto, habrá que explicar, por un lado, por qué aumenta la mortalidad en los varones jóvenes y, por otro, por qué en el caso de las mujeres no desciende como ocurre con el resto de los grupos de edad</p>
58	<p>Aparece primero como algo incomprensible, algo que va contra la misma naturaleza humana y contra la propia existencia. Como explica Carlos Soria, «no hay en un</p>	<p>Tratándose, pues, de la intimidad, y siendo en principio lo íntimo no difundible ya que no sólo es lo opuesto a lo público, sino que requiere que el sujeto decida libremente revelarla y que tenga trascendencia para la sociedad, se puede</p>	<p>Suicidio, intimidad e información</p>	<p>Basta pensar que existe la posibilidad que una información imprudente, excesiva o especialmente detallada podría significar el punto clave en la decisión de una persona que atraviesa por una de esas etapas previas, para cargar en la propia</p>

	<p>sentido natural, ni tampoco, por tanto, en un sentido ético o jurídico, el derecho a la muerte. Si al hombre le ha sido dada la vida y –como sostiene Herrera Jaramillo- no se le ha dado dominio sobre su muerte (lo que conllevaría a la inmortalidad), todo ello indica que ha sido llamado a la vida– no a la muerte» p. 354. La muerte es, pues, el instante supremo de intimidad personal. P. 352,</p>	<p>concluir que la muerte no puede ser objeto de información.</p> <p>Cabe citar lo que señala Victoria Camps al respecto, «la vida íntima es eso que nuestras educadoras religiosas llamaban vida interior, en su caso para referirse a una cierta forma de experiencia trascendente»</p> <p>En otras palabras, esa «vida interior» se refiere a la conciencia que cada ser humano tiene de sí mismo, de su relación con el otro y con Dios.</p> <p>Es en esa relación con su propia conciencia que la muerte constituye una experiencia íntima, porque enfrenta al ser humano con el «mayor misterio humano...el misterio del ser y su destino final», lo que implica no sólo un tener que mirar la propia existencia, sino que entender el tema de la trascendencia, aceptar su condición espiritual y su sentido religioso.</p> <p>P. 352</p>		<p>conciencia con una muerte, lo que debe llevar a extremar todo cuidado relativo a la información que se entrega. P. 355</p>
59	No presenta.	<p>Durante la segunda fase de institución de la identidad masculina es cuando los varones jóvenes sienten la necesidad de mostrarse, principalmente ante los ojos de su grupo de pares y otros hombres adultos, como dignos aspirantes “al mundo de los hombres”. Por esta razón, muestran una tendencia a involucrarse en actividades lúdicas y laborales que implican un cierto grado de osadía, audacia y exposición a riesgos, tales como: montar caballos, incursionar en el monte e iniciarse en la desvelada, las fiestas y la “pisteadada”, actividades cargadas de significación de género en la</p>	<p>estudios de género, estereotipos, masculinidad es, violencia y mortalidad</p>	<p>Sin embargo, hay un asunto que me interesa cuestionar en este estudio: casi toda la producción científica sobre identidades masculinas en México y América Latina que he citado en este trabajo, tiene en común que señala la existencia de un “modelo de masculinidad hegemónica” o un “modelo hegemónico de socialización de género” que se caracteriza por “fabricar” hombres fanfarrones, golpeadores, violentos, preñadores y demás características negativas mencionadas, las cuales llevan a los varones a entablar vínculos desiguales, ejercer violencia irracional, cometer atentados contra su salud y su vida, así como hacia la salud y</p>

		medida que están relacionadas con la emancipación progresiva del cuidado feminizante de la madre, la ruptura simbólica del mundo privado femenino y la aspiración al mundo público masculino. Es precisamente en esta etapa, entre los trece y veintidós años de edad, cuando se presenta el mayor número de muertes por imprudencia de los varones en la región. P. 50		vida de otras personas, sólo por mencionar algunas consecuencias. A pesar de lo contundentes que parecen ser los datos que proporcionan estos estudios, me he preguntado si será posible encontrar sociedades en las que el ejercicio de la violencia sea la excepción y no la norma en las relaciones que entablan los varones; sociedades donde la fanfarronería y la arbitrariedad no sea una conducta típica del varón y en las que los hombres no tengan que mostrarse temerarios y arriesgados para ser sujetos con valía social; es decir, una sociedad donde la forma de ser hombre no se traduzca necesariamente en factor de riesgo. (34-35)
60	El suicidio es una forma de muerte violenta resultado de una decisión individual, misma que obedece a diversas condiciones de orden psicológico, de salud y sociales. Por su parte, los intentos de suicidio se refieren a aquellos actos que atentan contra la propia existencia pero que no llegan a consumarse. El suicidio se relaciona con la depresión, las pérdidas afectivas, el aislamiento social, el desempleo y las dificultades económicas. P. 79	Las diferencias entre sexos se extienden también a la selección del medio para producir la muerte. Al decir de Híjar et al. (1997) las mujeres utilizan frecuentemente medios más “suaves” en relación a los empleados por los hombres, lo cual remite nuevamente a cuestiones de género que determinan lo que es socialmente aceptable para unas y otros. Al parecer, el uso de medios menos letales puede explicar la menor cantidad de muertes por suicidio en las mujeres, dado que, como ya se mencionó, la planeación suicida y los intentos son más frecuentes en ellas. P. 80		Las normas hegemónicas de género vigentes, colocan en situación de riesgo no solamente a las mujeres en su relación con los varones, sino también a ellos en sus relaciones entre sí e incluso consigo mismos. Reemplazar estas pautas genéricas y participar en estimular procesos educativos que ofrezcan, desde la socialización más primaria, nuevas maneras de ser y de asumirse hombres y mujeres, contribuirá a reducir las causas genéricas de morbilidad y mortalidad, a alterar el panorama y a caminar hacia el logro de un desarrollo social más integral hasta modificar las hoy inequitativas relaciones de poder entre mujeres y varones. P. 82
61	Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, cumplido por la propia víctima y que ella sabía que iba a producir ese resultado.	El suicidio consituye siempre el inidicio de un malestar social y sólo puede aumentar si este mismo malestar aumenta también. 56 El gusto del libre examen no puede despertarse sin ir acompañado del gusto por la instrucción. La ciencia, en efecto, es el único medio de que la libre reflexión dispone para realizar sus fines. Cuando las creencias o las prácticas irrazonadas han perdido su autoridad, es preciso, para encontrar otras, hacer una llamada a la		Se cree, por las consideraciones que preceden, que existe un tipo de suicidio que se contraponen al suicidio anómico, como el suicidio egoísta y el altruista se contraponen entre sí. Es el que resulta de un exceso de reglamentación: el que cometen los sujetos cuyo porvenir está implacablemente limitado, cuyas pasiones están violentamente comprimidas por una disciplina opresiva. Es el suicidio de los esposos demasiados jóvenes, de la mujer casada sin hijos. Para completar, deberíamos

		<p>consciencia esclarecida, de la que la ciencia no es sino la forma más elevada: en el fondo estas dos tendencias se funden en una y resultan de la misma causa. Los hombres, en general, sólo aspiran a instruirse en la medida en que están libres del yugo de la tradición, pues mientras que ésta es dueña de la inteligencia es suficiente para todo y no tolera fácilmente el poder rival. Inversamente, sólo se busca la luz desde que la costumbre oscura no responde ya a las necesidades nuevas. Y he aquí por qué la Filosofía, esta forma primaria y sintética de la ciencia, aparece desde que la religión ha perdido su imperio, y en este momento únicamente, y se la ve en seguida dar nacimiento progresivo a la multitud de ciencias particulares, a medida que la necesidad que la suscitaba va desenvolviéndose. Si no nos despreciamos a nosotros mismos, si la debilitación progresiva de los prejuicios colectivos y consuetudinarios inclina al suicidio, y si es de ahí de donde viene la predisposición especial del protestantismo, debemos comprobar los dos hechos siguientes: primero, el gusto de la instrucción debe ser más vivo en los protestantes que en los católicos; segundo, en tanto en cuanto denota una decadencia de las creencias comunes, debe, de una manera general, variar como el suicidio.</p> <p>248</p>		<p>constituir un cuarto tipo de suicidio. Pero tiene tan poca importancia y, fuera de los casos que acabamos de citar, es tan difícil encontrar ejemplos, que nos parece inútil detenernos en él. Sin embargo, pudiera ocurrir que ofreciese un interés histórico. ¿No se relacionan con este tipo los suicidios de esclavos, que se dice que son frecuentes en ciertas condiciones (V. Corre, Le crime en pays creoles, p. 48), y todos los que, en una palabra, pueden ser atribuidos a las intemperancias del despotismo material o moral? Para mostrar claramente el carácter inevitable e inflexible de la regla, contra la que nada se puede, y por oposición a esta expresión de anomia, que acabamos de emplear, podría llamársele el suicidio fatalista</p>
62	<p>Muerte voluntaria... Aunque el agente suicida no puede desear su autodestrucción, la incompatibilidad entre sus partes constitutivas lo arrastra a representarse imaginariamente ciertos objetos del</p>	<p>Spinoza adopta una posición tan distante de la condena del suicidio como de la defensa. Declara que la muerte voluntaria es tan imposible "como que algo se haga de la nada". Su lenguaje no se expresa en el lenguaje de la moral y mucho menos en el de la crítica o la</p>	<p>Doctrina del conato. Los que se suicidan, son de ánimo impotente y</p>	<p>El desafío de comprender la paradoja del suicidio se resuelve en el registro de lo imaginario donde se revelará que aquel que se mata no percibe que el deseo lo constituye a él esencialmente (12) / las circunstancias en las que acontece toda muerte presuntamente voluntaria: una coacción física fatal,</p>

	<p>deseo, tal como puede ser la supresión absoluta y definitiva del dolor (que no tiene posibilidad alguna, pues el individuo desaparece en la supresión misma). El suicidio es, entonces, una creencia imaginaria que expresa tanto la ruptura del equilibrio en el plano extensional como la incapacidad de la mente que, desbordada por las afecciones del cuerpo, no puede ya fomar la idea que exprese en lo mental sus nuevas relaciones constitutivas corpóreas. (203) / Y en verdad, el suicida no quiere morir en absoluto. Su acto, en todo caso, es la señal de que en las condiciones en las que se encuentra, no puede seguir viviendo, de que no se puede vivir a cualquier precio. (209)</p>	<p>condena. Su discurso revela cierta ruptura, cierta disociación padecida por quien quiere ponerle fin a su vida, enmarcadas en un orden metafísico, que trasciende lo moral. (10)</p>	<p>han sido totalmente vencidos por causas exteriores que repugnan a su naturaleza (Spinoza, 11)</p>	<p>una orden letal emanada de una autoridad, la presión ejercida por los otros. 208</p>
63	<p>Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, cumplido por la propia víctima y que ella sabía que iba a producir ese resultado. (53)</p>	<p>Sean cuales fueren el sexo, el estado civil, el lugar de residencia, el índice de suicidios aumenta con la edad. (32).</p> <p>El suicidio es un fenómeno del que resulta imposible llevar una contabilidad exacta debido a la cantidad y fuerza de las razones morales y los medios materiales para disimularlo.</p> <p>No sólo es importante, sino que, por añadidura, la disimulación también es diferencial; ciertos grupos sociales logran, más que otros, escapar al registro estadístico. (De Jack Douglas, 53)</p>		<p>el núcleo de relaciones puesto de manifiesto por Durkheim entre el suicidio, el sexo, la edad, el estado civil, la categoría social, la región definida como un equilibrio de magnitudes económicas y demográficas, constituye rotundamente, aun hoy, para cualquier sociólogo, el punto de partida obligado de la reflexión científica sobre el fenómeno. (105)</p>
64		<p>Rápidamente aparece una causalidad inmediata: la necesidad de la felicidad, el deber moral y la obligación social de contribuir a la felicidad</p>		<p>Como muchas formas de pensar que se ubican en la larga duración, la actitud ante la muerte puede parecer casi inmóvil a través de períodos muy</p>

		colectiva evitando todo motivo de tristeza o malestar, conservando la apariencia de sentirse siempre feliz, incluso en lo profundo del desamparo. Al mostrar alguna señal de tristeza, se peca contra la felicidad, se la cuestiona, y la sociedad corre entonces el riesgo de perder su razón de ser." (Ariès, 2007, 78)		largos. Aparece como anacrónica. Y sin embargo, en ciertos momentos, intervienen cambios, las más de las veces lentos y en ocasiones inadvertidos, más rápidos y más conscientes hoy. (Aries, 2007, 19)
65		Somos, de una cierta manera, menos libres de lo que creemos. Sin embargo, podemos reconquistar nuestra libertad y salir de la repetición comprendiendo lo que pasa, atrapando esos hilos en su contexto y en su complejidad. Podremos, al fin, vivir así "nuestra" propia vida, y no la de nuestros padres o abuelos, o la de un hermano muerto por ejemplo, y al que reemplazamos, sabiéndolo o no. (15)	Los secretos de la familia se invierten de libido y determinan profesiones, elecciones con respecto a los pasatiempos, o aficiones o hobbies. (70)	La intervención se centra en la recuperación de la historia familiar. Analizando un caso concreto describe: a fuerza de recuerdos de familia que resurgen, Marguerite se encuentra en su árbol genealógico, del lado paterno, que una tía abuela se casó sucesivamente con tres hermanos, de los cuales los dos primeros se suicidaron uno después del otro; otra tía abuela, casada, también se suicidó, arrojándose en un pozo; y por último el marido de esta suicida se casó con alguien cuyo padre se había suicidado... arrojándose en un pozo.. Nos podríamos preguntar eventualmente si estos "suicidas de los pozos" que partían por la atracción y el espejismo del agua, no fueron los pioneros, en la familia, de este linaje de viajeros a lo muy lejos (hipótesis por supuesto) (124)
66	Asociado a "Episodio depresivo mayor" aparecen "pensamientos recurrentes de muerte", ideación suicida recurrente sin un plan específico o una alternativa de suicidio o tener un plan específico para suicidarse. Hasta un 15% de estos pacientes mueren por suicidio. (293)	Epidemiología. Hay que considerar que existen diferencias en la estimación de la frecuencia de los trastornos depresivos de la población. La investigación epidemiológica en los trastornos del humor tiene las mismas dificultades de los estudios de otras enfermedades frecuentes como la hipertensión y la obesidad. ¿Cuál es el umbral entre la normalidad y el trastorno evidente? Para hacer más clara esta diferencia se utilizan instrumentos estandarizados (294)	Genética. Factores predisponentes y precipitantes. Procesos bioquímicos.	Las propuestas se asocian a la medicalización, indicando las dosis necesarias para los diferentes cuadros descritos. Para la depresión se recomienda psicoterapia.

67	No aparece definido, pero si vinculado a la depresión se mencionan "Pensamientos suicidas"	<p>TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:</p> <p>Depresión. Durante mucho tiempo se negó la existencia de la depresión infantil y sólo se admitía al comienzo de la edad juvenil. Recién en el año 1971 se aceptó la realidad clínica de la depresión en el niño y desde entonces la misma es objeto de numerosas investigaciones. El espectro de síntomas que puede presentar la depresión infantil está condicionado por la inmadurez biológica, el cambio acelerado y la dependencia de sus padres. Los niños con depresión presentan con frecuencia una mezcla de conductas interiorizadas (tristeza, baja autoestima) y exteriorizadas (rabieras, irritabilidad). Cuanto más pequeño es el niño, predominan las conductas exteriorizadas. (651)</p>	Depresión. Trastornos del humor. Trastorno bipolar.	En el camino recorrido se ha visto la heterogeneidad sintomática, y en este sentido debemos destacar que no existe un bordaje estándar. Cada sujeto, sea niño o adolescente, necesitará una estrategia terapéutica particular y la función del psiquiatra infantil es evaluar y propiciar el desarrollo de las máximas potencialidades del individuo. Por todo esto creemos que es necesario detenerse a pensar en la comprensión del fenómeno en su totalidad, lo que nos permitirá tanto avalar la pertinencia del mismo como también poder realizar una reflexión crítica ante los excesos o malos diagnósticos. (657)
68	El suicidio es un acto de autodestrucción deliberado en el cual la probabilidad de sobrevivir es incierta. (150)	Hay muchos que se suicidan para aliviar el dolor. Las personas que tienen poca resistencia para el dolor y lo experimentan fácilmente, con tendencia al dolor crónico, son candidatas al suicidio... Otros comenten suicidio para vengarse. Algunos adolescentes se sienten abrumados por el rechazo de otra persona. Desean herirle y este deseo es mayor que el de vivir. (153)	La mayoría de los intentos de suicidio que se producen en los adolescentes son para llamar la atención. (155)	Derivación al psiquiatra. Contención a los sobrevivientes.

