



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

# El desafío silente: suicidio en la vejez en Uruguay

Emily Jimena Correa Álvarez.

C.I: 5.102.888-3

Facultad de Psicología, Universidad de la República.

Tutor: Dr. Fernando Berriel.

Revisor: Dra. Lucía Monteiro.

Montevideo, Uruguay.

Febrero de 2024.

# Índice

<b>El desafío silente: suicidio en la vejez en Uruguay</b>	1
Resumen	3
Introducción	4
Conceptualizaciones sobre suicidio	5
Causas de ideación suicida	7
Abordaje del suicidio actualmente	10
La problemática del suicidio en Uruguay	12
Factores de riesgo	16
Factores de protección	19
Concepciones sobre la vejez	22
Suicidio en las personas mayores en Uruguay	29
Factores de riesgo	30
Abordaje del suicidio en la vejez	36
Reflexiones finales	39
Referencias bibliográficas	41

## Resumen

El propósito del presente trabajo es realizar una aproximación conceptual a la problemática del suicidio en la vejez. Se lleva a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva que explora diversos aspectos del suicidio, así como los abordajes actuales ante esta problemática. El enfoque se centra en la situación específica de Uruguay, donde se analizan los factores de riesgo y de protección existentes. Posteriormente, se presenta distintas concepciones sobre la vejez para, a continuación, centrarse en el suicidio en las personas mayores haciendo un recorrido teórico donde se pretende examinar los factores, causas y particularidades que caracterizan el suicidio en la vejez, describiendo la situación actual con el objetivo de resaltar la importancia de comprender los desafíos que enfrentan las personas mayores.

Este trabajo busca visibilizar un desafío silente que se expresa en la carencia de estudios significativos sobre el tema, lo cual contribuye al desconocimiento de la problemática. Con el objetivo de superar esta circunstancia, se sugiere indagar más a fondo en las causas subyacentes y transformar los fundamentos más arraigados, como los estereotipos sociales, con el fin de visibilizar las percepciones erróneas sobre la vejez y eliminar prejuicios existentes en esta población. La implementación de abordajes específicos que comprendan la complejidad de esta problemática es fundamental para abordar este tema. La reducción del estigma en torno al suicidio, especialmente en las personas mayores, se considera crucial para facilitar la prevención. Además, se destaca la importancia de aumentar la conciencia sobre este tema a nivel global.

*Palabras clave:* suicidio en la vejez, concepciones sobre la vejez, desafío silente, estereotipos sociales, conciencia.

## Introducción

El suicidio es un problema que afecta de forma creciente a nivel mundial, es causa de fallecimientos de millones de individuos al año en todo el mundo, a pesar de que existe evidencia científica de que muchas muertes se pueden prevenir, con demasiada frecuencia los gobiernos y los responsables políticos otorgan baja prioridad al suicidio (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014, p. 7).

Es un fenómeno multicausal en el que intervienen diversos factores que van desde lo político, económico y ambiental, hasta lo biológico, psicológico y sociocultural. Es así que el suicidio impacta enormemente en el plano individual, familiar y social, a través de varias generaciones (CNHPS, 2011). (Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio [CNHPS], 2021, p. 5)

En los últimos años, Uruguay ha experimentado un aumento de las tasas de suicidio, sobre todo entre las vejeces. El suicidio en la vejez es una cuestión compleja, en la que influyen diversos factores, como los trastornos de salud mental, el aislamiento social y las dificultades económicas.

Entre los factores que contribuyen al suicidio en la vejez en Uruguay se incluye el envejecimiento de la población, los datos del Censo nacional realizado en 2011 revelan que el 14% de la población corresponde a individuos mayores de 64 años, y dentro de este grupo demográfico, se registra un número superior a 500 personas superan los 100 años de edad (Brunet y Márquez, 2016, p. 5). Este cambio demográfico tiene importantes implicaciones para la salud mental y los esfuerzos de prevención del suicidio. Un factor clave que contribuye al suicidio en las personas mayores es la prevalencia de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, según el Ministerio de Salud Pública (MSP, s. f.) estos “son frecuentes en las personas mayores, aunque poco tratadas por ser erróneamente considerados parte del envejecimiento, o por desconocimiento de los profesionales al presentarse a través de síntomas somáticos o acompañado a otras enfermedades (ADI, 2013)” (p. 16).

La etapa de la vejez trae consigo una serie de desafíos singulares, que abarcan cuestiones relacionadas tanto con la salud física como la mental. Dentro de este contexto, es importante destacar que los problemas de salud mental que afectan a las personas

mayores a menudo pasan desapercibidos y no reciben la atención adecuada, lo que contribuye a incrementar el riesgo de suicidio. Este fenómeno en las personas mayores se presenta como un grave asunto de salud pública, su incidencia en esta población es especialmente inquietante. Contextualizar los factores que aumentan el riesgo de suicidio en la vejez y comprender la prevalencia de este fenómeno en las personas mayores ayuda a promover las medidas preventivas que se pueden tomar para reducir el riesgo de suicidio entre esta población.

### **Conceptualizaciones sobre suicidio**

Hablar acerca del suicidio suele ser un tema delicado y complejo, puede tener una gran carga emocional para quienes han experimentado la pérdida de un ser querido por suicidio o para quienes han luchado con pensamientos suicidas. Es sustancial abordar el tema con sensibilidad y empatía, y comprender que este acto suele ser el resultado de problemas complejos y profundamente personales.

Este fenómeno ha existido a lo largo de la historia en diferentes sociedades, épocas, culturas, presente en distintas edades y géneros. Según el diccionario de la Real Academia Española (RAE, s. f.) el término *suicidio* etimológicamente está formado a semejanza de *homicidio*, proveniente del latín *sui, de sí mismo*, y *caedĕre, matar*: “Acción y efecto de suicidarse” (definición 1); “acción o conducta que perjudica o puede perjudicar muy gravemente a quien la realiza” (definición 2).

Autores como Martínez (2017) define al Suicidio como “el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución al conflicto que le da origen, por medios letales” (p. 27).

Durkheim (2008) por otro lado, define al suicidio como “a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas de que habría de producir este resultado” (p. 5).

Se puede apreciar varios puntos de vista de lo que significa el suicidio, este fenómeno está mediado según la cultura, la religión, época y la filosofía, algunos sujetos pueden ver el suicidio como un acto egoísta y cobarde, mientras que otros pueden verlo como una respuesta desesperada a un sufrimiento insoportable.

Es innegable observar el papel que juega lo social en la salud mental de las personas, la salud mental no solo es una cuestión individual, sino que también está influenciada por factores sociales, como la familia, la comunidad y la sociedad en general, Durkheim (2008, como se cita en Palacio, 2010) concluye que este fenómeno debe ser considerado como un hecho social, donde su causa fundamental es lo que él denomina “anomía social”.

La anomía, como estado social, es: una falta de dirección que suele aparecer en las épocas de revolución social. En el individuo se corresponde con un desconcierto o inseguridad o lo que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. La anomia es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Anomía es un estado social en que cada individuo o cada grupo buscan por sí solos su camino, sin un orden que lo conecte con los demás (...) es frecuente en las comunidades sociales cuyos valores y normas pierden fuerza. (p. 5)

En cuanto a lo mencionado, es posible contemplar como la desorientación o debilitamiento de las normas y valores en una sociedad puede desencadenar una desorganización social y, en consecuencia, aumentar las tasas de comportamiento suicida. Diversos factores sociales, como la pobreza, el desempleo, el aislamiento social, la discriminación y la falta de acceso a servicios de salud mental, es decir, barreras sociales y económicas, ejercen un impacto significativo en la vida social de un individuo. Esto incluye su capacidad para cultivar relaciones interpersonales saludables y satisfactorias, su capacidad para trabajar y su calidad de vida en general.

Es relevante resaltar que no hay un acordado de “fases” por las que pasan las personas que contemplan el suicidio, las etapas de la conducta suicida pueden variar, en relación con esto, Martínez (2017) alude al concepto de constructo continuum autodestructivo que va desde el gesto hasta la consumación, hace referencia a esa construcción paradójica, un continuo teórico que describe la progresión gradual de las conductas autodestructivas, que pueden ir desde actos relativamente menores de autolesión hasta ideación e intentos suicidas.

De acuerdo con el autor se distinguen por lo menos 3 fases previas al acto suicida:

1) Ideación suicida es cuando una persona empieza a tener pensamientos 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 problemas. Un individuo puede tener pensamientos y sentimientos contradictorios sobre el suicidio, y puede sentirse inseguro sobre si quiere o no llevarlo a cabo. Esta etapa suele variar en la duración y en individuos impulsivos, esta fase puede ser breve o no existir.

3) Decisión, es el pasaje a la acción de lo previamente planificado.

Es importante tener en cuenta que no todas las personas que experimentan ideación suicida llegan a intentar suicidarse, y que no todos los intentos de suicidio tienen éxito. Por esta razón, en tiempos de dificultad y confusión, es esencial que los individuos puedan contar con el apoyo y la comprensión de sus seres queridos, además de buscar la ayuda de un profesional de la salud mental, tal como plantea Martínez (2017): “Mientras más temprana y eficaz sea la intervención del agente sanitario mejor pronóstico tiene el paciente y se producirá la disminución de muertes por esta causa” (p. 98).

### **Causas de ideación suicida**

La idea del suicidio puede surgir como respuestas a situaciones abrumadoras, en las que el individuo ve como única vía de escape en ese momento “dejar de existir”. Puede ser el resultado de diversos problemas económicos, enfermedades, la pérdida de un ser querido, o también puede deberse a determinados acontecimientos vitales, como el desempleo, el fin de una relación, abusos sexuales, entre otros.

Respecto a esto Nizama Valladolid (2011) refiere a que las causas pueden ser generales y específicas, referente a las generales menciona que

las personas que intentan autoeliminarse, con frecuencia están tratando de alejarse de una situación de la vida que les parece imposible de manejar. Muchos de los que cometen intento de suicidio están buscando alivio a:

- Sentimientos o pensamientos negativos.
- Sentimientos de vergüenza, culpa o sentirse una carga para sus seres queridos.
- Sentirse víctima.
- Sentimientos de rechazo, pérdida o soledad. (p. 3)

Sentimientos que son desencadenados ante situaciones que resultan abrumadoras para las personas, tales como, el envejecimiento (las personas mayores presentan la tasa más alta de suicidio), la muerte de un ser querido, adicciones (sustancias lícitas e ilícitas, ludopatía, ciberadicción), una crisis emocional, enfermedades físicas graves, desempleo o pérdida del mismo, problemas financieros (Nizama Valladolid, 2011, p. 3).

En cuanto a las causas específicas el autor alude a la intervención de factores sociodemográficos como el sexo, edad, etnia, estado civil y nivel socioeconómico; factores clínicos con relación al padecimiento de alguna enfermedad o pérdida de la movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable que repercuten en el estado de ánimo de la persona, y por otro lado los factores neurobiológicos y genético referente a poseer antecedentes familiares de suicidio lo cual incrementa el riesgo de conductas suicidas.

Es relevante resaltar que existen personas en las que el riesgo de experimentar ideación suicida es más elevado, en particular en aquellos individuos con un historial de “intentos previos, enfermedad psiquiátrica (especialmente grave o no tratada) y estrés vital severo” (Gómez, 2012, p. 608).

De acuerdo a lo expresado por Echeburúa (2015), se plantea que las personas en situación de riesgo pueden presentar factores predisponentes, tales como “haber sufrido sucesos traumáticos en la infancia, tener una historia previa de intento suicida o de suicidio en la familia, mostrar un nivel alto de impulsividad/inestabilidad emocional o carecer de recursos de afrontamiento adecuados” (p. 123). En estas circunstancias, los individuos se vuelven más susceptibles a la ideación y el comportamiento suicida. Por lo tanto, situaciones que podrían considerarse “normales” para algunas personas resultan ser más abrumadoras y estresantes para aquellos con estos factores de predisposición, además, la manera en que se afrontan estas situaciones depende en gran medida de las estrategias de afrontamiento individuales de cada persona.

La OMS y OPS (2014) afirman que “esos factores pueden contribuir directamente a comportamientos suicidas, pero también pueden contribuir indirectamente al influir en la sensibilidad individual a los trastornos mentales” (p. 30).

No podemos pasar por alto que los factores de riesgo no se limitan únicamente a nivel individual, ya que las personas también se ven influenciadas por factores externos, la OMS y OPS (2014, p. 31) han identificado algunos de estos factores incluyendo las barreras

para acceder a la atención de salud en sistemas de salud, particularmente en regiones con recursos limitados. Otro aspecto relevante es el entorno social, en el que la OMS destaca el acceso a medios que podrían ser utilizados para el suicidio. La disponibilidad de estos medios depende en gran medida de los contextos geográficos y culturales. Además, en el ámbito social, los medios de comunicación, incluyendo las redes sociales, desempeñan un papel fundamental en la salud mental de las personas. Esto se refleja en la fácil accesibilidad a información sobre métodos suicidas, imágenes explícitas y otros contenidos relacionados con el suicidio, lo que puede contribuir a la normalización del acto suicida. Por último, no debemos subestimar el impacto del estigma en la sociedad. Este estigma afecta significativamente a las personas que buscan ayuda para abordar sus pensamientos suicidas, generando sentimientos de desánimo y desaliento en aquellos que buscan apoyo. En lo que respecta a la comunidad y las relaciones, la OMS y OPS (2014) destacan que

diferentes factores culturales, religiosos, legales e históricos han configurado la situación y la comprensión del suicidio, y se ha identificado en la comunidad una amplia gama de factores que influyen en el riesgo de suicidio. Las relaciones inmediatas de una persona con su familia, amigos íntimos y otras personas significativas también pueden repercutir sobre los comportamientos suicidas. (p. 36)

Es fundamental mantener presente la comprensión de estos factores de riesgo, ya que desempeñan un papel esencial en su prevención, actuando como señales de alerta tanto a nivel personal como visible para quienes nos rodean.

Además, es de vital importancia resaltar la existencia de factores de protección, ya que estos también desempeñan un papel importante en la prevención del comportamiento suicida. Como se ha observado “muchas personas pueden estar afectadas a lo largo de su vida por sucesos adversos, enfermedades crónicas dolorosas, trastornos mentales o situaciones de soledad y, sin embargo, se muestran resistentes a los pensamientos y conductas suicidas” (Ayuso-Mateos et al., 2012, como se cita en Echeburúa, 2015, p. 123).

Esta capacidad de resistencia frente a la ideación suicida se atribuye a una serie de factores, como los descritos por la OMS y OPS (2014), estos factores incluyen relaciones personales sólidas, creencias religiosas o espirituales, y la adopción de estrategias positivas de afrontamiento y bienestar en el estilo de vida.

## **Abordaje del suicidio actualmente**

En la actualidad, se han desarrollado diversas estrategias con el propósito de prevenir el suicidio, tales como programas educativos, campañas de concientización y la mejora del acceso a los recursos de salud mental. Es evidente que, en contraste con períodos anteriores, se ha observado un incremento en la conciencia acerca del papel significativo que desempeña la salud mental en la conducta suicida.

En relación a los factores de riesgo delineados por la OMS y OPS (2014), se establecen las intervenciones apropiadas divididas en tres clases de intervenciones en conformidad con dichos factores, primeramente, las estrategias de prevención a nivel universal, diseñadas para alcanzar a toda una población con el propósito de optimizar la salud y minimizar el riesgo de suicidio. Estas estrategias abarcan diversas áreas de acción, tales como

políticas de salud mental, políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol, acceso a la atención de salud, restricción del acceso a medios utilizables para suicidarse, notificación responsable por los medios de difusión y concientización acerca de la salud mental, los trastornos debidos al consumo de sustancias y el suicidio. (p. 31)

Por otro lado, las estrategias de prevención selectiva se orientan hacia grupos específicos de la población que presentan vulnerabilidades basadas en características particulares, como la edad, el género, la ocupación o los antecedentes familiares, que comprenden intervenciones dirigidas a grupos vulnerables, capacitación de guardianes y líneas telefónicas de ayuda en crisis.

Luego, las estrategias de prevención indicada se enfocan en individuos específicos dentro de la población, como aquellos que manifiestan signos tempranos de riesgo suicida o que han hecho intentos de suicidio previamente, englobando seguimiento y apoyo comunitario, evaluación y manejo de comportamientos suicidas y evaluación y manejo de trastornos mentales y debidos al consumo de sustancias.

En los últimos años, la política ha desempeñado un papel de suma importancia en el ámbito de la prevención del suicidio, aplicando diversas estrategias que abarcan decisiones

tomadas por los responsables políticos. Estas medidas han tenido un impacto significativo en la promoción y prevención de la salud mental.

La declaración del Día Nacional de Prevención del Suicidio, en conformidad con la Ley n.º 18.097 de la Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales (IMPO, Uruguay, 2007), ha tenido un impacto considerable a nivel mundial al incrementar la conciencia en torno a los factores de riesgo y las estrategias de prevención. Esto se ha logrado mediante la difusión de información, recursos y servicios relacionados con la prevención del suicidio. Además, ha contribuido significativamente a la disminución del estigma y los tabúes históricamente asociados con el tema del suicidio.

La deconstrucción de mitos y tabúes desempeñan un papel crucial en el fomento de la comprensión y la prevención del suicidio, según Pérez Barrero (2005):

Los mitos son criterios culturalmente aceptados y entronizados en la población que no reflejan la veracidad científica, pues se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los suicidas y a los que intentan el suicidio, que deben ser eliminados si se desea colaborar con este tipo de personas. (p. 386)

La educación acerca de este tema, además de crear conciencia y reducir el estigma, capacita para el reconocimiento de los factores de riesgo y estrategias de afrontamiento para enfrentar situaciones de crisis. De acuerdo con García Ormaza (2020),

educar en la prevención de las muertes por suicidio implica facilitar la adquisición de conocimientos coherentes que habiliten a los individuos más jóvenes, llegado el caso, a identificar situaciones de riesgo y elegir, ya sea para ellos o para sus compañeros, amigos o familiares, las opciones más adaptativas. (p. 73)

La importancia del apoyo social es innegable, ya que el fortalecimiento de la red de apoyo, que incluye amigos, familiares y la comunidad en general, puede desempeñar una función fundamental en las estrategias de prevención del suicidio al proporcionar apoyo emocional y practicar la escucha empática.

Enrique Echeburúa (2015) entiende que

cuando un paciente consulta directamente por ideación suicida, la escucha empática contribuye a aliviar el malestar emocional. La estrategia básica en estos casos es el intento del terapeuta de restablecer algún atisbo de esperanza y contrarrestar la anticipación imaginaria de su muerte con otras formas efectivas de solución de problemas. El clínico debe favorecer el control, la autoestima y la capacidad de hacer frente a los problemas, así como promover una mayor participación e integración en el entorno familiar y social. (p. 124)

Los medios, por otro lado, ejercen influencia en la percepción pública de las personas al funcionar como fuente de información que concientiza sobre la prevención del suicidio y difunde recursos y apoyo disponibles.

Un efecto beneficioso en las noticias que exponen cómo prevenir el suicidio, que incluyen historias de personas que en situación de desbordamiento emocional e ideación suicida buscaron ayuda, acudieron a recursos comunitarios, o expresaron alivio por haber sobrevivido a un acto suicida. Por lo tanto, la prevención del suicidio por parte de los medios de comunicación es posible y puede ser una contribución importante. (Acosta Artilles et al., 2017, p. 2)

Es por ello que la oms ha difundido recomendaciones destinadas a los medios de comunicación para el abordaje de las noticias vinculadas al suicidio.

### **La problemática del suicidio en Uruguay**

El fenómeno del suicidio es un asunto de gran importancia tanto en la sociedad uruguaya como a nivel global. Anualmente, se evidencia un número elevado de individuos en Uruguay que experimentan pensamientos suicidas o, lamentablemente, consuman el acto de quitarse la vida. González (2012) señala que el suicidio en Uruguay “es un tema relevante dado el crecimiento sostenido en las últimas décadas, aunque ya desde principios de siglo XX sus tasas presentaban valores altos, revelando síntomas persistentes de una sociedad” (p. 230). A su vez, afirma que podríamos considerar que el cambio en la tasa de

suicidios está relacionado con elementos de naturaleza social, cultural, política y económica.

Montalbán (2004), por su parte, identifica en los suicidas eventos vitales adversos o factores estresantes actuales, que incluyen dificultades familiares, conflictos amorosos, laborales, problemas económicos, duelos, enfermedades terminales y el aislamiento social. Además, destaca que los eventos adversos vividos en la infancia, como pérdidas tempranas, abuso, violencia doméstica y desintegración familiar, generan vulnerabilidad (p. 91). Por otro lado, Robert (1999, como se cita en Larrobla et al., 2017), aporta a la comprensión del fenómeno suicida al enfatizar que las disparidades en las tasas de suicidio entre distintas poblaciones pueden derivar de complejos factores que trascienden lo meramente económico (p. 171). El autor, a través de esta perspectiva, destaca la importancia de considerar aspectos sociales y culturales como elementos cruciales en la comprensión de los índices de suicidio.

Es esencial destacar la necesidad de un enfoque integral al abordar tanto la investigación como la prevención del suicidio, reconociendo la interacción de diversos elementos que contribuyen a la realidad de este fenómeno a nivel sociocultural. En palabras de Larrobla et al. (2017), el suicidio en Uruguay persiste como un problema significativo que afecta áreas sanitarias, económicas y sociales, y se ha convertido en un velo que dificulta la observación, el análisis y el estudio profundo, quizás para evitar enfrentar directamente esta realidad cruda. Este comportamiento nos acerca a una sociedad que muestra signos de desintegración, con niveles limitados de cohesión social, donde los procesos de precarización vital y anomia se intensifican, y la vulnerabilidad material y social prevalece en áreas cada vez más extensas de nuestro país. Por consiguiente, se puede afirmar que “el Suicidio en el Uruguay sigue siendo un velo moral, sanitario, social y cultural que muchos no quieren descubrir, ya que sería observarse sus propias heridas, sus causas y encontrarse con una serie importante de limitaciones para su tratamiento” (p. 189).

Según el MSP (2007):

El Suicidio es un fenómeno multicausal que preocupa a las uruguayas, a los uruguayos y está presente en lo cotidiano, transformándose generalmente en una tragedia en el plano individual, familiar o social. La conducta suicida y el intento de autoeliminación no constituyen ella misma una enfermedad, “sino una complicación en la vida de las personas”. (p. 2)

Es pertinente resaltar la complejidad inherente al fenómeno suicida al describirlo como multicausal, resaltando la necesidad de tener en cuenta una variedad de factores que influyen en los comportamientos suicidas. La percepción del suicidio como un problema que afecta a la sociedad uruguaya en todos sus niveles, desde lo individual hasta lo social, refleja la seriedad del tema y su impacto generalizado. La clasificación del suicidio como una complicación en la vida de las personas, en lugar de etiquetarlo exclusivamente como una enfermedad, indica una comprensión más amplia que va más allá del ámbito médico y considera aspectos psicosociales y contextuales. En otras palabras, se trata no solo de contemplar los aspectos clínicos del fenómeno, sino también de reconocer los factores sociales, familiares y culturales que pueden contribuir al surgimiento de la conducta suicida.

Este enfoque más amplio se observa en la evaluación expuesta por el MSP (s. f., p. 20) sobre la prestación actual de servicios de salud mental en Uruguay, identificando la coexistencia de tres modelos: asilar, hospitalocéntrico y comunitario. En particular, se destaca la limitada evolución del modelo comunitario, especialmente en el ámbito privado de la salud. En el ámbito comunitario, se hace mención de la presencia de equipos especializados, psicólogos de área, servicios de consulta en psiquiatría y psicología, así como comités de recepción para psicoterapia y algunos servicios comunitarios de mediana o larga estadía como alternativas a la internación. Sin embargo, se enfatiza la insuficiente coordinación, la superposición de recursos y la baja eficiencia en estos servicios.

Adicionalmente, se subraya que la complementación entre los sectores público y privado, especialmente en las regiones más distantes de la capital, se encuentra en una fase incipiente, agravada por la escasez de capital humano en dichas áreas. Esta evaluación plantea la necesidad de mejoras sustanciales en la organización y coordinación de los servicios de salud mental, particularmente en el ámbito comunitario y en la colaboración entre los sectores público y privado.

En relación a la prevención del suicidio, el MSP (s. f.) estableció la Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio (CNHPS), esta comisión se encuentra compuesta por diversos organismos, incluyendo al MSP como presidente, el Ministerio del Interior (MI), el Ministerio de Educación y Cultura (MEC), y el Ministerio de Desarrollo Social (Mides). Además, recibe apoyo de una comisión asesora conformada por la Universidad de la República (Udelar), representada por las Facultades de Psicología, Enfermería y Medicina, así como por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). En el año 2011, esta comisión desarrolló e implementó el primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio

en Uruguay para el período 2011-2015. Posteriormente, en 2016, formuló una Estrategia Nacional de Prevención del Suicidio para el período 2016-2020.

La instauración del primer Plan Nacional de Prevención del Suicidio en Uruguay en 2011 refleja el reconocimiento de la gravedad del fenómeno y la imperante necesidad de abordarlo de manera integral. Los enfoques centrales delineados en el plan son los siguientes:

1. Organización de la atención integral en salud mental.
2. Construcción de intersectorialidad y trabajo en red.
3. Sensibilización a la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios.
4. Formación, capacitación y reorientación de recursos humanos para el abordaje de la prevención de suicidios, atención de los IAE y sobrevivientes.
5. Desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en IAE y Suicidios. (CNHPS, 2021, p. 10).

La estructuración y mejora de la atención en salud mental ocupan un papel central en el enfoque denominado “organización de la atención integral en salud mental”. Este enfoque reconoce la premisa de que la prevención del suicidio no puede abordarse de manera aislada, sino que debe integrarse dentro de un marco integral de atención en salud mental.

En relación con la “construcción de intersectorialidad y trabajo en red”, se resalta la necesidad de colaboración entre distintos sectores y disciplinas con el propósito de enfrentar de manera efectiva la complejidad inherente al fenómeno del suicidio, tal como reconoce el enfoque anterior. La construcción de redes facilita una respuesta coordinada y sinérgica, aprovechando los recursos disponibles en diversos ámbitos.

El enfoque de “sensibilización a la comunidad y educación a la población en promoción de salud mental y prevención de suicidios” reconoce la importancia de incrementar la conciencia y comprensión del suicidio en la comunidad. La educación en promoción de la salud mental busca reducir el estigma asociado a los trastornos mentales y fomentar un ambiente propicio para la prevención del suicidio.

La “formación, capacitación y reorientación de recursos humanos” se erige como aspecto esencial para mejorar la detección, intervención y apoyo a personas en riesgo de suicidio. La reorientación de recursos humanos implica conocimientos hacia un enfoque

más centrado en la prevención del suicidio, así como en la atención a intentos de autoeliminación y a los sobrevivientes.

Finalmente, el “desarrollo e implementación del Sistema Nacional de Información en IAE y Suicidios” destaca la relevancia de recopilar datos a nivel nacional para comprender la magnitud del problema y evaluar la efectividad de las estrategias de prevención.

El MSP (s. f.) manifiesta que

desde el lanzamiento de ese Primer Plan, algunos de los principales avances en este tema han tenido que ver con: la inclusión de prestaciones psicoterapéuticas específicas para personas con riesgo de suicidio y sus familiares, desarrollo de guías y protocolos de atención, conformación de Grupos Departamentales interinstitucionales e intersectoriales de trabajo en torno al tema en casi todo el país, implementación de una línea telefónica nacional 24hs. para la atención en crisis, entre otras medidas. (pp. 13-14)

En cuanto a las estrategias de prevención del suicidio, la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP, s. f.) destaca la complejidad inherente a la conducta suicida, señalando que esta es generada por múltiples variables que abarcan tanto factores de riesgo como de protección. La comprensión de esta complejidad subraya la necesidad de identificar estos factores de manera temprana y oportuna, permitiendo así una intervención eficaz.

### **Factores de riesgo**

En el ámbito de la salud mental, se conceptualiza a los factores de riesgo como condiciones personales o ambientales que un individuo puede experimentar, siendo el resultado de la interacción entre amenazas, vulnerabilidades y otros elementos que aumentan la probabilidad de desarrollar comportamientos suicidas (Larrobla et al., 2012, como se cita en ANEP, s. f., p. 14). Es crucial destacar que estos factores no deben ser analizados de manera aislada en la comprensión integral del fenómeno suicida.

Siguiendo la perspectiva delineada por el MSP (2007), se sostiene que “para la toma de decisiones clínicas se deben identificar los factores de riesgo (F.R.) asociados al

comportamiento suicida, así como determinar posibles diagnósticos de trastornos mentales subyacentes y estimar riesgo de muerte” (p. 6).

En el libro *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*, se plantea que, a lo largo de los últimos 70 años, diversos estudios nacionales han intentado identificar factores de riesgo de conducta suicida en Uruguay. Sin embargo, estos estudios han arrojado resultados no siempre consistentes, y su convergencia depende de si se enfocan en la población general o en poblaciones específicas, especialmente en población clínica. En términos generales, en todos estos estudios

se destacan como factores comunes el sexo, la edad, los antecedentes personales y familiares de problemas psiquiátricos como depresión y consumo de alcohol, el período del año. Otros aspectos, correspondientes a factores secundarios y terciarios, de acuerdo a la clasificación de Rhimer, como el nivel socioeconómico, los sucesos estresantes, la escolaridad o el estado civil, varían según las características de la población analizada. (Larrobla et al., 2017, p. 112)

El MSP (2007, pp. 6-7) identifica varios factores de riesgo relacionados con el suicidio, que pueden clasificarse en diversas categorías. Entre los factores de riesgo sociales, se incluyen situaciones como la tensión social, el cambio de posición socioeconómica, problemas con las redes sociales de apoyo, pérdidas personales, pérdida de empleo, catástrofes, desarraigo, aislamiento, exposición al suicidio de otras personas, y diversas formas de violencia ambiental, de género e intergeneracional.

Es importante destacar que, aunque no se especifica el tipo exacto de cambio en la posición socioeconómica considerado como un riesgo, se reconoce que tanto el ascenso como el descenso económico son considerados como modificaciones en esta posición. Se subraya especialmente que un deterioro económico se interpreta como un riesgo, ya que afecta negativamente áreas fundamentales en el nivel y calidad de vida de la persona; este factor puede estar relacionado con otros riesgos, como la pérdida de empleo. Se puede observar cómo un riesgo puede desencadenar otros, como las pérdidas personales, catástrofes o la violencia ambiental, que a su vez pueden llevar al aislamiento.

Además, es crucial destacar el aspecto intergeneracional, es decir, las tendencias suicidas que se transmiten de una generación a otra en una familia. La presencia de

suicidios previos en la familia se reconoce como un elemento que aumenta el riesgo de que otros miembros también experimenten ideación suicida o intentos de suicidio. Este dato destaca la importancia de considerar las dinámicas familiares y la historia de suicidios en la evaluación del riesgo suicida.

En el ámbito de los factores de riesgo familiares, se destacan el funcionamiento familiar problemático, la presencia de una alta carga suicida en la familia, el abandono afectivo y desamparo, la inexistencia de una estructura familiar sólida, la violencia doméstica y el abuso sexual. La alusión al “funcionamiento familiar problemático” indica que las dificultades en la dinámica familiar pueden tener repercusiones directas en la salud mental de los individuos. Esta categoría abarca desde conflictos interpersonales hasta problemas más profundos en la estructura familiar. La “presencia de una alta carga suicida en la familia” destaca cómo la historia familiar puede predisponer al suicidio, resaltando la importancia de considerar no solo los aspectos actuales del entorno familiar, sino también la historia de comportamientos suicidas dentro de la familia como un indicador de riesgo, relacionándose con el factor intergeneracional en los factores sociales. El “abandono afectivo y desamparo” subraya la relevancia de las relaciones emocionales en la familia. La falta de respaldo emocional puede aumentar la vulnerabilidad de un individuo, especialmente en momentos difíciles. La “inexistencia de una estructura familiar sólida” sugiere que la falta de cohesión y apoyo estructural puede contribuir al riesgo suicida, manifestándose en la falta de comunicación, la ausencia de roles definidos o la inestabilidad familiar. La “violencia doméstica y el abuso sexual” resaltan formas específicas de disfunción familiar con graves implicaciones para la salud mental. Estos elementos destacan la importancia de abordar situaciones de violencia y abuso en el hogar como factores críticos de riesgo que requieren intervención y apoyo.

Los factores de riesgo psicológicos abordan aspectos como el historial de intento de autoeliminación anterior, pérdidas familiares significativas, frustraciones intensas, ansiedad, depresión, baja autoestima, cambios bruscos del estado anímico, alteraciones del sueño y el abandono personal.

El historial de intento de autoeliminación anterior hace énfasis en la persistencia del riesgo suicida, evidenciando la necesidad de intervenciones continuas y una atención constante. Las pérdidas familiares significativas indican la profunda influencia de experiencias traumáticas en la salud mental, mientras que las frustraciones intensas y la ansiedad destacan la carga emocional que puede aumentar la vulnerabilidad. La presencia de depresión y baja autoestima señala condiciones cruciales de salud mental que

demandan atención y respaldo especializado. Los cambios bruscos del estado de ánimo y las alteraciones del sueño sirven como señales de alerta adicionales sobre la inestabilidad emocional, enfatizando la importancia de una evaluación y gestión adecuadas, mientras que el abandono personal resalta la importancia de la conexión social y el apoyo interpersonal.

En la categoría de factores de riesgo biológicos, se incluyen trastornos metabólicos, factores genéticos de enfermedades psiquiátricas en primer grado de consanguinidad, edades extremas de la vida (como edades avanzadas y adolescencia), enfermedades y dolor crónico (como accidentes vasculares, sida, neoplasias, entre otras), enfermedades terminales, trastornos psiquiátricos y deterioro cognitivo.

Es importante reconocer la predisposición hereditaria a trastornos mentales cuando existen antecedentes familiares directos. Además, es fundamental reconocer que, tanto en la vejez como durante la adolescencia, las personas pueden enfrentar desafíos específicos que aumentan el riesgo de suicidio. También es relevante subrayar la conexión entre condiciones de salud que afectan tanto el cuerpo como la mente, enfatizando la importancia de considerar estas condiciones al evaluar el riesgo suicida.

No obstante, el uso de términos técnicos como *trastornos metabólicos* y *neoplasias* puede ser menos comprensible para el público general, especialmente para aquellos no familiarizados con la terminología médica. Aunque el lenguaje técnico es preciso y específico, su uso excesivo puede complicar la comprensión para personas fuera del ámbito científico. Sería beneficioso traducir estos términos a un lenguaje más claro y accesible para mejorar la comprensión general de los factores de riesgo biológicos en el contexto de la salud mental.

La presencia de estos factores de riesgo puede incrementar la susceptibilidad de un individuo a manifestar conductas suicidas, por lo que son aspectos fundamentales que deben ser considerados en los esfuerzos de prevención y atención en salud mental.

### **Factores de protección**

“Se consideran factores protectores a las situaciones vinculadas al contexto o personales que reducen la probabilidad de desarrollar conductas suicidas” (Larrobla et al., 2012, como se cita en ANEP, s. f., p. 15). La ANEP (s. f.) resalta que la prevención de la conducta suicida hace referencia a la implementación de estrategias de promoción de salud,

detección precoz y el desarrollo de una red de contención y atención de calidad, contando con la participación de todos los implicados desde una perspectiva integral.

La ANEP (s. f.) propone varios elementos como factores protectores frente a la conducta suicida:

- Contar con una red social de apoyo: adultos referentes protectores, integración a diferentes grupos sociales (familia, amigos, deportivos, de recreación, etc.).
- Imagen positiva de sí.
- Vivencia de aceptación y pertenencia social.
- Percepción de contar con el apoyo del otro.
- Habilidades para transitar los conflictos.
- Posibilidad para buscar ayuda.
- Identificar las propias emociones.
- Habilidades sociales para establecer vínculos. (p. 15)

Se evidencia cómo diversos elementos pueden desempeñar un papel como factores protectores contra la conducta suicida. La integración en distintos grupos sociales, como la familia, amigos y actividades recreativas o deportivas, se percibe como contribuyente al bienestar emocional y social. La presencia de apoyo por parte de otros genera una sensación de respaldo y conexión emocional, promoviendo así la seguridad emocional. La percepción de aceptación y pertenencia en el entorno social se asocia con la creación de un ambiente emocionalmente saludable. Además, la capacidad de reconocer y comprender las propias emociones facilita su gestión adecuada, así como el acceso a recursos de apoyo, alentando la búsqueda de ayuda cuando sea necesario.

No obstante, aspectos como tener una percepción positiva de la propia identidad, si bien puede aumentar la capacidad de recuperación frente a situaciones difíciles, no garantiza siempre un nivel adecuado de afrontamiento. También, el acto de identificar las propias emociones y luego enfrentarse a la incertidumbre sobre cómo reaccionar o qué acciones tomar, así como las habilidades para transitar por los conflictos que pueden potenciar la capacidad de adaptación y afrontamiento, no necesariamente conducirán a la desaparición de dichos conflictos.

La ANEP (s. f.) destaca también la relevancia del entorno educativo como un elemento protector: “Los centros educativos son lugares privilegiados como factores protectores en la medida que son vividos como lugares de referencia y de pertenencia” (p. 16). Los centros educativos pueden ser considerados lugares privilegiados, su papel fundamental como espacios que no solo proporcionan educación, sino que también actúan como puntos de referencia y pertenencia.

La OMS y OPS (2014) también identifican factores de protección, entre ellos, el fomento y la preservación de relaciones cercanas y saludables. Este concepto está relacionado con las redes de apoyo propuestas por la ANEP (s. f.). Estos factores no solo pueden fortalecer la resiliencia individual sino también actuar como elementos protectores frente al riesgo de suicidio “el cultivo y el mantenimiento de relaciones estrechas sanas pueden aumentar la capacidad de recuperación individual y actuar como un factor protector contra el riesgo de suicidio” (p. 44).

En relación con las propuestas de la OMS y OPS (2014) sobre creencias religiosas o espirituales y su papel en la prevención del suicidio, es necesario abordar este tema con precaución. La OMS y OPS (2014) destacan que “la fe misma puede ser un factor protector al proporcionar (...) un sistema estructurado de creencias y promover un comportamiento que puede considerarse física y mentalmente beneficioso” (p. 44). Se resalta que la religión y la espiritualidad pueden ofrecer un valor protector, derivado del acceso a una comunidad socialmente cohesionada que promueve valores compartidos.

Es relevante señalar que varios grupos religiosos suelen prohibir ciertos factores que se consideran como riesgo de suicidio, como el consumo de alcohol. Sin embargo, aunque estas prohibiciones pueden tener aspectos “positivos” al desalentar ciertos comportamientos, no constituyen un factor de protección esencial contra el suicidio. La prohibición del consumo de alcohol o drogas, por ejemplo, no evita que un individuo tenga ideación suicida o lleve a cabo un acto suicida. Aunque la participación en comunidades religiosas puede proporcionar apoyo social, un sentido de pertenencia y una forma de hacer frente al estrés y la angustia emocional, no es la prohibición en sí misma la que actúa como un factor protector crucial frente al suicidio.

Las estrategias individuales reconocidas por la OMS como eficaces para fomentar el bienestar subjetivo desempeñan un papel fundamental como factores protectores contra el riesgo de suicidio.

Según la OMS y OPS (2014):

El bienestar se relaciona en parte con rasgos de personalidad que determinan la vulnerabilidad y la capacidad de recuperación frente al estrés y a los traumas. La estabilidad emocional, el optimismo y una identidad personal desarrollada ayudan a hacer frente a las dificultades de la vida. Una buena autoestima, la competencia personal y la capacidad de resolver problemas, que incluye la capacidad para buscar ayuda cuando sea necesario, pueden mitigar la repercusión de los factores estresantes y de las adversidades de la niñez. (p. 44).

La perspectiva propuesta por la OMS resalta la conexión entre los rasgos de personalidad, la estabilidad emocional y las habilidades para afrontar los desafíos de la vida. Aunque este enfoque integral es crucial para comprender la complejidad de la salud mental, carece de fundamento, ya que no garantiza que una persona pueda enfrentar el estrés y los traumas solo por tener estabilidad emocional, optimismo y una identidad personal sólida, como se sugiere. Además, la fortaleza de la identidad personal puede variar según las diferencias culturales, lo que hace que este aspecto no sea universalmente aplicable.

### **Concepciones sobre la vejez**

La fase de la vejez se caracteriza por cambios físicos, cognitivos y sociales. La vejez, entendida como una construcción social, como se refleja en la definición de la Convención que la describe como una “construcción social de la última etapa del curso de vida” (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015, p. 13). Además, la referencia a la “última etapa” destaca su posición como el cierre de un proceso, al que podríamos denominar *envejecimiento*. La Convención detalla el envejecimiento como un “proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psico-sociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio” (OEA, 2015, p. 12). Es fundamental reconocer que el proceso de envejecimiento no sigue una única trayectoria, es decir, no existe una forma única de experimentar el envejecimiento. Las personas pueden percibir esta etapa de la vida de manera diversa, influenciada por aspectos como su estado de salud, sus redes de apoyo social y sus circunstancias personales.

El artículo “Late-life suicide in an aging world” hace referencia a la vejez como un concepto social más que biológico. De hecho, no existe un umbral claramente definido y universalmente válido que marque la vejez, ya que la edad cronológica de una persona no está bien ligada a sus capacidades físicas y mentales. Mientras que la edad cronológica aumenta al mismo ritmo para todos en todas partes, la edad biológica depende de la alteración epigenética y la metilación del ADN y los cambios corporales relacionados que ocurren en una persona determinada. (De Leo, 2022, p. 7)

Podemos referirnos entonces a que algunos individuos pueden experimentar declives en su salud y bienestar a medida que envejecen, mientras que otros logran mantener un elevado nivel de funcionamiento y calidad de vida. Es importante tener en cuenta que el envejecimiento es un proceso natural e inevitable, pero existen medidas que las personas pueden adoptar para fomentar un envejecimiento saludable. Estas medidas pueden abarcar la adopción de un estilo de vida saludable, la participación en actividades sociales y la búsqueda de atención médica cuando sea necesario.

Estos cambios dependen sobre todo de la sociedad actual en la cual las personas mayores se encuentran inmersas, las creencias, valores y prácticas culturales compartidas conforman lo que Pérez Fernández (2011) denomina como los “regímenes de construcción de significados y sentidos imaginarios, que llevan a que determinada comunidad ‘tenga’ una forma singular de interpretar la realidad” (p. 2).

Estos procesos están determinados por diversos factores, como la historia, la geografía, las normas sociales y los sistemas políticos, se refieren a lo que Castoriadis (1987, como se cita en Pérez Fernández, 2011, p. 2) describe como el “imaginario social”, un concepto que destaca cómo las representaciones colectivas tienen efectos tangibles en las personas y en su identidad, atribuyendo significados y sentidos. En el contexto específico que nos concierne, este imaginario social configura un modo particular de experimentar el envejecimiento y de ser considerado como una persona mayor.

En las sociedades contemporáneas existen un conjunto de estereotipos y actitudes negativas sobre el envejecimiento, actitudes que pueden desencadenar discriminación,

exclusión y abuso hacia las personas mayores. Estos prejuicios negativos a menudo engloban la creencia errónea de que las personas mayores han cesado de ser individuos productivos o de valor en la comunidad, que padecen fragilidad o enfermedad de manera inherente, o que son incapaces de aprender o adaptarse a las nuevas tecnologías o normas sociales.

De acuerdo con Salvarezza (1999) este fenómeno se conoce como *viejismo*, término que designa al “conjunto de prejuicios, estereotipos, y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad” (p. 23)

Los efectos del *viejismo* pueden tener consecuencias perjudiciales tanto a nivel individual como en la sociedad en su conjunto. Las personas mayores se encuentran en riesgo de enfrentar formas de “discriminación” en diversos aspectos de sus vidas, incluyendo su empleo, acceso a servicios de salud y en otros ámbitos, lo que puede dar lugar a un aislamiento social y problemas de salud mental que, en última instancia, resultan en una disminución en su calidad de vida.

No obstante, este fenómeno también puede contribuir a perpetuar estereotipos y estigmas negativos relacionados con el proceso de envejecimiento, lo que, a su vez, contribuye a una cultura que muestra discriminación hacia las personas mayores.

Relacionado con esto, conforme a lo propuesto por Carrasco (2009, como se cita en Fernández, 2012) y Pérez Orosco (2006, como se cita en Fernández, 2012):

El prejuicio social que equipara vejez con enfermedad ha generado una homogenización y estigmatización de las personas adultas mayores bajo el calificativo de dependientes. Esto en un escenario social que califica aun a la dependencia de manera negativa, desconsiderando que ésta es parte de la condición humana. (p. 114)

Pérez Fernández (2011) ofrece dos teorías que abordan la perspectiva del proceso de envejecimiento, por un lado la teoría de la desvinculación del envejecimiento, elaborada por Cummings y Henry (1961, como se cita en Pérez Fernández, 2011), que sostiene que a medida que las personas envejecen, tienden a retirarse de las interacciones sociales y las responsabilidades, perdiendo el interés por las cosas que los rodean (objetos y personas)

centrándose cada vez más sobre sí mismos, lo que conduce a una disminución de la actividad y el compromiso con el mundo que les rodea buscando como fin evitar los conflictos y prepararse para la muerte. Esta teoría sugiere que esta desvinculación es una parte natural y esperada del proceso de envejecimiento, y que tanto los profesionales como el resto de la sociedad debe cooperar en este “alejamiento” de las actividades.

Por otro lado, se postula la llamada “teoría de la actividad”, según Maddox (como se cita en Pérez Fernández, 2011) sostiene que las personas deben mantenerse siempre con actividades. La vejez, desde esta perspectiva, “implica una acumulación de pérdidas (jubilación, roles, estatus, seres queridos, etc.), por lo que se deben realizar actividades sustitutas para evitar caer en estados depresivos” (Pérez Fernández, 2011, p. 5). Esta teoría enfatiza que las personas mayores deben permanecer activos y participar en sus comunidades y redes sociales para mantener su bienestar físico y mental. A medida que las personas envejecen, deben seguir participando en actividades que les gusten, como aficiones, voluntariado y socialización con amigos y familiares para evitar recaídas.

Ambas teorías ofrecen perspectivas normativas sobre el proceso de envejecimiento, cada una con sus fortalezas y limitaciones. Desde una perspectiva, la teoría de la actividad resalta la importancia de mantener una participación activa y comprometida en la vida de las personas mayores, argumentando que esto contribuye a que conserven su sentido de propósito, identidad y vida social, lo que, en última instancia, resulta en un mayor nivel de satisfacción y bienestar. Sin embargo, es importante tener en cuenta que esta teoría puede no ser adecuada o deseable para todas las personas mayores, ya que no todos disfrutan de una buena salud física y, además, las limitaciones de recursos pueden restringir sus oportunidades de participación y actividad.

En contraste, la teoría de la desvinculación sugiere que retirarse de las interacciones sociales y las responsabilidades puede ser una etapa natural y beneficiosa en el proceso de envejecimiento. Aunque, es fundamental reconocer que, para algunas personas mayores, cierto grado de desvinculación puede ser necesario o deseable. Sin embargo, es necesario destacar que esta actitud también puede llevar al aislamiento social y a una disminución del bienestar general.

Se puede constatar cómo las condiciones sociales desempeñan un papel crucial en la configuración del proceso de envejecimiento. En este sentido, resulta pertinente resaltar las premisas presentadas en la tesis de Berriel (2021), la cual plantea que, en respuesta a las inquietudes suscitadas por los desafíos del envejecimiento en el contexto de las

dinámicas sociales, un grupo de académicos comenzó a emplear enfoques teóricos críticos en el ámbito de los estudios sobre el envejecimiento, lo que condujo al desarrollo de lo que se ha denominado posteriormente gerontología crítica. El primer enfoque se denomina economía política del envejecimiento, que analiza cómo las personas mayores son posicionadas en situaciones de dependencia y cómo esta dependencia se vincula con intereses económicos y políticos.

Siguiendo las afirmaciones de Phillipson (1982, como se cita en Berriel, 2021) y Walker (1980, como se cita en Berriel, 2021):

La vejez dependiente era el resultado de una serie de prácticas y relaciones sociales que vinculaban a una perspectiva bio médica en clave de enfermedad, unos abordajes psicológicos en términos de déficit y declive y una conjunción de intereses económicos y políticos. (p. 29)

De acuerdo con lo sostenido por Teresa Fernández (2012), “la equiparación de la vejez a dependencia es el resultado de una comprensión errónea y con connotaciones negativas. La dependencia es una característica de todas las etapas de ciclo vital” (p. 115).

Silvia Viel (2019) por su parte, argumenta que

la consideración de la persona mayor como alguien enfermo, así al temor a envejecer se agrega el temor al deterioro, la invalidez. La persona mayor es vista como alguien enfermo, que necesita que la cuiden y no como una persona capaz de tener deseos y proyectos para organizar su vida futura. Se la considera como alguien que es objeto de cuidados, no como un sujeto de deseos. Se asocia el envejecimiento con la dependencia y se lo percibe como una carga para la sociedad de los jóvenes. (p. 7)

Situar la relevancia que los intereses económicos y políticos, así como la conexión entre el envejecimiento y la dependencia, en la construcción del envejecimiento en contextos específicos nos proporciona elementos para abordar cuestiones relacionadas con las necesidades, intereses y deseos de las personas mayores, reconociendo que las

motivaciones pueden estar influidas por una serie de elementos, como sus valores personales, sus antecedentes culturales y sus experiencias de vida.

Deleuze y Guattari (1985, como se cita en Pérez Fernández, 2011) conciben al deseo “no como falta o carencia, sino como energía, como producción social de lo real” (p. 8). Cuestionarse lo que realmente quieren las personas mayores ¿Cuáles son los obstáculos para encontrar aquello que les produce satisfacción? ¿Cuáles son sus aspiraciones? ¿Qué actividades y aficiones les interesa? ¿A qué retos y obstáculos se enfrentan en su vida diaria y cómo podemos ayudarles a resolverlos?, podemos comprender mejor sus necesidades y deseos.

De acuerdo con Berriel et al. (2006):

Estudiar el proceso de envejecimiento implica no desconocer la dimensión humana de los sujetos. Implica la inclusión de los procesos subjetivos, así como el análisis de la dimensión deseante del sujeto. Construir lo real desde aquí, desde los múltiples sentidos que las personas adjudican a su envejecimiento, sin duda nos ubica en una epistemología muy diferente de la que sostiene a la teoría del desapego o la de la actividad. Nos ubica en la dimensión social de construcción de sentido, de deseo, de subjetividad. (p. 27)

No obstante, la sociedad pasando por la lente de la moralidad limita nuestras acciones y, en consecuencia, nuestros deseos, la prevalencia de los intereses culturales sobre los individuales da lugar a connotaciones negativas asociadas al envejecimiento, entre ellos la “prohibición” de los deseos entre las personas mayores, que deben renunciar a ellos para vivir de acuerdo con las normas morales culturalmente esperadas.

En el entorno actual, según Berriel (2021), las personas mayores han adquirido un carácter demográfico de notable relevancia para la promoción de mercados en desarrollo, lo que ha resultado en una modificación significativa de su percepción en la sociedad y de su influencia, en un entorno que va más allá de las convencionales estrategias económicas. Esto no se basaría principalmente en la fuerza de movimientos politizados que desafían de manera crítica las visiones tradicionales del envejecimiento. Más bien, encontraría sustento en la introducción de ideas y sensibilidades aparentemente espontáneas que llevan consigo nuevos estilos de vida, patrones de consumo y la construcción de identidades innovadoras

en el ámbito del envejecimiento. En términos de cambios, la oms ha respaldado la noción de “envejecimiento activo” y la implementación de un “curso de vida adaptable” como una iniciativa contrarrestante que cuestiona las perspectivas convencionales sobre el envejecimiento, Berriel (2021) entiende el envejecimiento activo “como una idea fuerza para entender y transformar el envejecimiento tanto en los planos de la economía, como de la salud, de la vida ciudadana y de la cultura” (p. 30). Como veremos más adelante, este planteamiento no deja de generar algunas interrogantes y cuestionamientos.

Resulta fundamental analizar y reevaluar los contextos y elementos sociales que determinan cómo se concibe y experimenta el proceso de envejecimiento. De acuerdo con Teresa Fernández (2012, p. 115), para fomentar la integración social de las personas adultas mayores, es necesario revisar las determinaciones sociales que dan forma a la vejez.

Berriel (2021), por su parte, argumenta que el “viejismo” y las teorías sobre el envejecimiento no constituyen meras representaciones descriptivas de cómo las personas envejecen, sino que se manifiestan como prácticas con efectos significativos en la forma en que se trata y percibe a las personas mayores en la sociedad.

Los fenómenos como el viejismo y las teorías sobre el envejecimiento no son formas de representar algo, sino prácticas que conforman su objeto en conexión con otras, como es el caso de la industrialización, comercialización y consumo de medicamentos, pero también de las políticas orientadas a un cierto “empoderamiento” de las personas mayores, concebidas como individuos libres que tienen la capacidad de autorregularse en el marco de un programa del envejecimiento activo y las formas de transitar la vida que ello implica. (Berriel, 2021, p. 33)

De acuerdo con la afirmación de Silvia Viel (2019, p. 7), quien respalda la idea de que, aunque el envejecimiento conlleva ajustarse a cambios y pérdidas, debería tratarse de explorar nuevas formas de conexión en lugar de estancarse y perder el deseo. Según Viel (2019), la respuesta a este desafío debe buscarse de manera individualizada en cada persona y no en modelos predefinidos.

## Suicidio en las personas mayores en Uruguay

El fenómeno del suicidio en la vejez se encuentra a menudo ausente en las conversaciones relacionadas con la salud mental y el bienestar de las personas mayores. A pesar de que se aborda con regularidad el aumento de los suicidios en la población joven, se presta escasa atención al crecimiento de los casos de suicidio entre las personas mayores. Según Larrobla et al. (2017), en nuestro país, aproximadamente cada dos días, una persona mayor toma la decisión, ya sea por motivos amplios o específicos, racionales o irracionales, lógicos o ilógicos, fríos o emotivos, de poner fin a su vida mediante el acto de suicidio.

En el ámbito de la conducta suicida en la población de personas mayores, Velásquez Suárez (2013) destaca características distintivas en comparación con otras edades, señalando una menor frecuencia de intentos suicidas en comparación con grupos más jóvenes. Además, resalta el uso más prevalente de métodos letales, como el ahorcamiento, precipitación, disparo con arma de fuego, ingestión de tóxicos e intoxicación con monóxido de carbono. Se evidencia también una menor presencia de señales de advertencia, una mayor planificación en lugar de impulsividad y la manifestación de conductas de suicidio pasivo, como la negativa a ingerir alimentos, la falta de adherencia al régimen farmacológico y la ausencia de contacto con la familia. Larrobla et al. (2017) complementan estas observaciones al proporcionar características generales del suicidio en personas mayores en Uruguay entre 2012 y 2015. Durante este periodo, se registraron 617 suicidios consumados, con un claro predominio masculino (79,7%) en comparación con el grupo femenino (20,3%). El método más comúnmente empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, representando el 47,3%, seguido por el uso de armas de fuego con el 34,8%. Es pertinente destacar que estos dos métodos son altamente letales y fueron seleccionados por el 80% de las personas mayores.

Resulta relevante destacar que las personas mayores recurren a métodos altamente letales, incrementando significativamente la letalidad de los actos suicidas y, por ende, sus consecuencias fatales. Aunque se observa una menor frecuencia de intentos suicidas, las personas mayores exhiben intentos más letales que sugieren una mayor planificación en contraste con la impulsividad común en grupos más jóvenes. La elección de métodos como el ahorcamiento y el uso de armas de fuego, evidencia una preocupante tendencia, dado el elevado grado de letalidad asociado a estos medios.

En muchos casos, se aprecia una lógica detrás de estos actos, caracterizados como racionales, lo que indica que la persona es consciente de sus acciones. Esta consideración añade complejidad al fenómeno del suicidio en personas mayores, destacando la necesidad de estrategias de prevención específicas y medidas preventivas adaptadas a las características particulares de esta población. La comprensión de la planificación y la lógica detrás de estos actos suicidas es esencial para desarrollar intervenciones efectivas y abordar de manera precisa los factores de riesgo y causas asociados a esta problemática en la población de personas mayores.

### **Factores de riesgo**

Velásquez Suárez (2013) identifica diversos factores de riesgo en la población mayor de 60 años asociados al comportamiento suicida. Entre estos factores, se enfatiza el género masculino y eventos vitales críticos como la pérdida de la pareja, el divorcio y la viudez. Se señala que, aunque el matrimonio se percibe como un factor protector para los hombres, no se evidencia tal efecto en las mujeres.

Larrobla et al. (2017) amplían este panorama al ofrecer datos adicionales sobre estos factores, en relación con la situación conyugal. Los autores observan un comportamiento inesperado, dado que el 42,9% de los individuos que cometieron suicidio estaban casados o en unión libre en el momento del acto, con un porcentaje similar para viudos o viudas, y un 9,7% de solteros. Al desglosar estos datos por género, se evidencian discrepancias significativas. Los hombres en la categoría de casados o en unión libre presentan un 46,3%, mientras que las mujeres descienden al 29,6%. En relación con la categoría de viudez o separación, afecta más a las mujeres (21,6%) que a los hombres (12,8%). Sin embargo, la categoría de divorciado o separado de la unión muestra similitudes en los porcentajes entre ambos géneros.

El análisis de notas suicidas en la vejez realizado por Hein et al. (2020), evidencia una proporción significativa de individuos sin pareja, ya sea por ser solteros, divorciados o viudos. Este fenómeno se refleja en el estudio, donde la soledad y el aislamiento emergen como motivos desencadenantes entre las personas mayores de Uruguay, incluso en notas dirigidas a destinatarios no específicos, sugiriendo una sensación de desconexión social y la falta de relaciones sólidas.

No obstante, es fundamental reconocer que estos hallazgos no reflejan una realidad universal, ya que también se ve influenciada por la complejidad demográfica. Thevenet

(2013), mediante un análisis descriptivo de los datos del censo 2011, aborda la situación conyugal de las personas adultas mayores, destacando la predominancia de la condición de viudez en este grupo demográfico, siendo la categoría de mujeres viudas la que exhibe una mayor frecuencia.

Se observa que más del 70% de las mujeres adultas mayores experimentan la viudez, en comparación con solo el 40% de los hombres en la misma franja de edad. Contrariamente, las categorías de soltería y divorcio presentan frecuencias más elevadas en hombres, duplicando la incidencia en mujeres.

La situación conyugal debe ser distinguida de la soledad. Muchnik y Seidmann (1998) conceptualizan la soledad como una vivencia desagradable, diferenciándola del aislamiento social, que también resulta desfavorable. La soledad refleja la percepción subjetiva individual de deficiencias tanto cuantitativas (como la carencia de amistades suficientes) como cualitativas (la falta de relaciones íntimas). Los autores señalan que las experiencias de soledad pueden ser compartidas y diferenciadas entre individuos, como en el caso de un migrante reciente o una viuda.

Por lo tanto, se concluye que la soledad no está necesariamente vinculada a la situación conyugal de una persona, ya que existen diversas experiencias asociadas a esta condición. Además, se resalta que la relación entre la soledad y el riesgo de suicidio no puede generalizarse, ya que depende de factores individuales y circunstancias específicas en cada caso. Es crucial comprender la complejidad demográfica y las decisiones personales para lograr una evaluación más precisa de los riesgos asociados a la soledad en las personas mayores.

Berriel et al. (2006) exploran las disparidades de género en relación con la experiencia de la soledad. Su análisis destaca que, en las mujeres, la soledad se manifiesta como una preocupación hacia el futuro, estrechamente vinculada afectivamente a la búsqueda activa de contacto social. En contraste, en los hombres, la soledad se asocia con la aprensión ante la dependencia y la pérdida de autonomía. Este temor incluso puede conducir a la consideración de ideas suicidas. Para las mujeres, la preocupación por la soledad futura refleja una conexión emocional con la necesidad de establecer y mantener relaciones sociales, sugiriendo que la anticipación de la soledad está motivada por la búsqueda activa de conexiones afectivas. Por otro lado, en los hombres, la asociación de la soledad con la aprensión ante la dependencia y la pérdida de autonomía revela una dinámica distinta. La idea de suicidio en este contexto puede ser interpretada como una

expresión extrema de la angustia relacionada con la perspectiva de depender de los demás y perder la capacidad de tomar decisiones autónomas.

Por consiguiente, se puede afirmar que la percepción de la soledad está fuertemente influenciada por la manera en que es percibida. En ciertos escenarios, la soledad es buscada y apreciada por algunas personas debido al disfrute y la satisfacción que les brinda. Contrariamente, en otros contextos, la soledad es temida y rechazada, representando una experiencia no deseada.

Monteiro y Bonilla (2020) postulan que la conceptualización de la soledad está intrínsecamente ligada a la trayectoria de vida individual, a características personales distintivas, así como a los contextos sociales y culturales en los que los sujetos participan. Destacan la diversidad en la comprensión de la soledad, subrayando la inexistencia de una única perspectiva. Su estudio, derivado de la investigación “El significado de la soledad en el curso de vida en varias generaciones: un estudio en la ciudad de Montevideo”, llevado a cabo desde una perspectiva generacional en el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEN), revela que las generaciones más jóvenes experimentan la soledad de manera más pronunciada en comparación con las generaciones mayores. A medida que aumenta la edad, disminuye la prevalencia de la soledad subjetiva, la cual los autores asocian con la carencia de compañía, la exclusión y el aislamiento. Es importante tener en cuenta que la soledad social, relacionada con la falta de participación en redes sociales o de sentido de pertenencia comunitaria, se distingue de la soledad subjetiva o emocional, que refleja la falta de relaciones personales e íntimas. Una perspectiva adicional analiza a las generaciones mayores como cohortes con recursos y estrategias de afrontamiento específicos para los sentimientos de soledad, derivados de sus experiencias a lo largo de la vida. Esta visión contradice la concepción prevalente en la sociedad, donde el envejecimiento y la vejez a menudo se asocian con declive, deterioro, pérdida y vulnerabilidad, perpetuando la idea de que la soledad es inherente al envejecimiento.

La sociedad puede influir en la experiencia de la soledad en las personas mayores a través de actitudes despreciativas hacia ellos, en ocasiones derivadas de la creación de estereotipos asociados con la vejez, así como mediante la imposición de restricciones sociales que, en muchas instancias, resultan en situaciones de aislamiento.

Los resultados de la investigación de Monteiro y Bonilla (2020) desafían estas nociones sociales, ya que, mientras se suele presentar la soledad como una característica exclusiva de la vejez, los mayores (72 y mayores) y los boomers (52 a 71 años) muestran

los menores porcentajes de soledad subjetiva. Por otro lado, en la escala de soledad social, que evalúa apoyo social, uso de nuevas tecnologías y participación social subjetiva, los resultados indican que, en términos generales, las personas mayores experimentan una mayor soledad social. Se sugiere que esto podría atribuirse a la construcción de significados negativos en el ámbito social sobre la vejez y el envejecimiento. Estas construcciones influyen en la participación de las personas mayores en el escenario social, afectando su percepción propia a través de estereotipos y a menudo invisibilizando sus potencialidades. En este contexto, es relevante cuestionar si el viejismo actúa como un obstáculo para la participación de las personas mayores y si contribuye al aumento de la soledad social en este grupo demográfico.

González (2014) aporta una perspectiva adicional sobre la soledad, al indicar que algunas personas mayores experimentan procesos caracterizados por la restricción o limitación de acceso a condiciones y recursos necesarios para llevar una vida autónoma. Estos procesos evidencian la fragilidad de los vínculos sociales de pertenencia, marcando lo que él denomina la “ruptura del lazo social”. La soledad impacta de manera significativa en la salud física y mental de algunas personas mayores, generando una sensación de vacío y aislamiento. Este fenómeno se relaciona con la reducción de interacciones sociales, ya sea por limitaciones físicas o aislamiento, conduciendo, en algunos casos, a una soledad no deseada.

Desde una perspectiva económica, se observa que la situación financiera se asocia con una disminución en la calidad de vida de las personas mayores. En relación con este aspecto, Berriel et al. (2006) argumentan que en aquellos individuos para quienes el trabajo representaba la única fuente de ingresos para subsistir, la jubilación conlleva una reducción significativa en los ingresos, teniendo un impacto directo en la reducción de la calidad de vida. Considerar la jubilación no solo como una pérdida económica, sino también como la cesación de una actividad, los autores sostienen que “la jubilación implica una pérdida de roles y actividades que repercuten en su entorno familiar y comunitario, por lo cual se debe encontrar otras sustitutas para no caer en un estado de alineación e inadaptación” (p. 24). Estas circunstancias contribuyen en ambas dimensiones, económica y de actividad, a factores de riesgo que amenazan la salud y el bienestar de las personas mayores.

Otros factores de riesgo mencionados por Velásquez Suárez (2013) incluyen la pérdida de seres queridos, la vivencia de eventos traumáticos como el fallecimiento de individuos cercanos, afecciones médicas crónicas, terminales y dolorosas, así como la depresión mayor. También se resalta el uso de determinados psicofármacos, como

sedantes e hipnóticos, antecedentes de intentos previos de suicidio, consumo de alcohol, aislamiento social, vivir solo, la jubilación, dificultades económicas y la exposición a abusos físicos y sexuales.

Estos factores mencionados también son reconocidos por el MSP (2007) donde consideraba como factores de riesgo suicida en la persona mayor, entre las dimensiones sociales, se destacan la soledad, el aislamiento y la jubilación, pero también se incluyen elementos como prejuicios contra la vejez, la reducción abrupta de ingresos, la pérdida de roles sociales, y eventos humillantes derivados de estigmatización social, incrementando el riesgo suicida con el paso de los años.

En el ámbito familiar, el MSP (2007) contemplaba situaciones como ser viudo, especialmente en el primer año de duelo, considerarse una carga para la familia, antecedentes familiares de suicidio, victimización por maltrato en diversas formas, institucionalización, sobreprotección negativa que genera pérdida de autonomía, mudanzas con pérdida de lugares privados y privacidad, también se asocian con un mayor riesgo de suicidio en personas mayores. El MSP (2007) presenta elementos relevantes, destacando entre ellos la sobreprotección negativa, la cual resulta en la pérdida de autonomía. Esta perspectiva revela una perspectiva adicional de la soledad, la cual está vinculada a la dependencia y la incapacidad de valerse por sí mismo, así como aborda aspectos más ambiguos como la soledad y la baja autoestima.

Por otro lado, es relevante señalar que los estereotipos negativos asociados a la vejez son responsables del surgimiento de muchos de estos factores. Fernández-Ballesteros (2004) sostiene que estas representaciones actúan de manera implícita, influenciando comportamientos discriminatorios y generando desigualdades en la atención sanitaria y social. Por ejemplo, el cliché de que las personas mayores están incapacitados, son incapaces de adquirir nuevos conocimientos, no pueden mantenerse por sí mismos y son personas desagradables y regañonas, alimenta actitudes negativas que inciden en la salud mental y emocional de las personas mayores.

Estos comportamientos edadistas, mencionados por Fernández-Ballesteros (2004), pueden dar lugar a factores psicológicos adicionales señalados por el MSP (2007), como la ansiedad, la depresión y diversos miedos. Los cambios en los hábitos alimentarios, bruscos cambios de humor, alteraciones en los patrones de sueño, el abandono o negligencia en el cuidado personal, duelos por la pérdida de seres queridos o amigos, obsesión por la muerte, desesperación, falta de esperanza, desarrollo de vínculos simbióticos, la negativa a

aceptar la vejez por narcisismo patológico, y la agresividad, son manifestaciones de los impactos psicológicos que pueden surgir.

Adicionalmente, Fernández-Ballesteros (2004) aborda las funciones cognitivas en relación con la vejez, señalando que las personas mayores pueden experimentar declive en ciertas funciones intelectuales, como la velocidad de respuesta y la memoria, mientras que otras áreas, como ciertas formas de juicio y comprensión, pueden mejorar con la edad. Estas funciones cognitivas influyen en la capacidad de las personas mayores para enfrentar desafíos diarios y procesar información, subrayando la importancia de considerar el panorama completo de factores interconectados que afectan la salud mental y el bienestar de esta población.

A pesar de la notable incidencia del suicidio en la vejez, caracterizado por actos a menudo letales y racionales, este tema permanece silenciado en la sociedad. En contraste con la abundancia de noticias e investigaciones sobre suicidios en poblaciones más jóvenes, la problemática de las personas mayores tiende a ser relegada y minimizada. La proximidad a la muerte y los estigmas negativos asociados, como la percepción de inutilidad y fragilidad, pueden contribuir a este silencio al desviar la atención de la salud mental hacia problemas considerados más prioritarios o menos amenazantes en poblaciones más jóvenes, que son percibidas como más “útiles” para la sociedad. Esta discriminación por la edad, donde se considera este atributo como una medida de importancia en la sociedad, es sumamente errónea y conlleva a múltiples problemas en las personas mayores. La OEA (2015) define esta discriminación como

cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada. (p. 12)

En el contexto de un elevado número de suicidios en personas mayores en nuestro país, este estigma opera en términos sociales, culturales y emocionales, desempeñando un papel significativo en la perpetración de estos actos.

Este fenómeno no debe ser subestimado ni ignorado, como destacan Berriel et al. (2006). Más bien, implica la necesidad de una intervención más robusta y pronta, que

permita la detección temprana de los elementos de riesgo psicológico y aborde las condiciones subyacentes que presentan dificultades afrontables por parte de los individuos involucrados.

### **Abordaje del suicidio en la vejez**

A pesar de las diversas y numerosas razones que respaldan la atención prioritaria al fenómeno del suicidio en la población de personas mayores, existe una notable escasez de programas y estrategias dirigidos a este grupo. En el artículo redactado por Lagos (2023), se destaca que la investigación de las notas de suicidio en personas mayores de Uruguay revela que el enfoque exclusivo desde la perspectiva de la psiquiatría o el uso de psicofármacos resulta insuficiente para mitigar la elevada tasa de suicidios.

En el informe que aborda las acciones y programas relacionados con el suicidio en Uruguay durante el período de 1990-2022, se identificaron y analizaron un total de 56 acciones, que incluyen “campañas, guías clínicas o de actuación profesionales, leyes o decretos, materiales de divulgación, planes o proyectos de trabajo, prensa, otros” (Monza y Cracco, 2023, p. 18). Entre estas acciones, las más frecuentes son aquellas relacionadas con leyes o decretos y guías clínicas o de actuación profesional, seguidas por planes y proyectos de trabajo. La mayoría de las iniciativas adoptaron un carácter interinstitucional.

Sin embargo, a pesar de la diversidad de enfoques para abordar el suicidio, se observa una carencia de medios específicos para atender las necesidades de la población adulta mayor. Es imperativo promulgar más leyes o decretos que respalden y protejan los derechos de las personas mayores. Además, se destaca la importancia de difundir más investigaciones y materiales sobre el suicidio en este grupo etario, con el fin de establecer planes y proyectos que mitiguen los factores de riesgo asociados al envejecimiento. Esta carencia de atención específica para las personas mayores contrasta con los esfuerzos dirigidos a poblaciones más jóvenes.

Es crucial evitar la omisión de este problema, la OEA (2015) aboga por la promoción, protección y garantía del pleno goce de los derechos de las personas mayores, así como por fomentar un envejecimiento activo en todos los ámbitos. La Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores define el “Envejecimiento activo y saludable” como un proceso que busca optimizar las oportunidades de bienestar físico, mental y social, promoviendo la participación en diversas actividades y garantizando protección, seguridad y atención. Este enfoque tiene como objetivo ampliar la

esperanza de vida saludable y mejorar la calidad de vida en la vejez, permitiendo que las personas mayores contribuyan activamente a sus familias, comunidades y naciones. Además, la OMS (2015), en su informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, aboga por un nuevo marco de acción global que aborde la diversidad de la población de edad avanzada y enfrente las desigualdades subyacentes. Esto coincide con el Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027 del MSP (s. f.), que propone “programas de promoción de hábitos saludables e inclusión social significativa e intergeneracional como parte de un envejecimiento activo y saludable” (p. 36).

La OMS (2015) define el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen” (p. 5). Dentro del marco político de la OMS se reconocen seis tipos de determinantes clave del envejecimiento activo, abordando aspectos económicos, conductuales, personales, sociales, relacionados con los sistemas sanitarios y sociales, y vinculados con el entorno físico. En el contexto del envejecimiento saludable, se define como “el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez” (p. 30). Este informe adopta la perspectiva de que el envejecimiento saludable implica promover y preservar la capacidad funcional para asegurar un estado óptimo de bienestar en la etapa de la vejez.

Es crucial reflexionar sobre los conceptos de envejecimiento activo y saludable, ya que ambos representan normativas que dictan cómo se debe vivir, proporcionando pautas que pueden resultar excluyentes y generar tensiones. Estas normativas parecen imponer un estándar específico de envejecimiento, sugiriendo que aquellos que no sigan estas pautas no están experimentando un proceso de envejecimiento adecuado.

Rodríguez Zoya (2019) argumenta que el paradigma del envejecimiento activo sostiene la premisa de que la forma de vivir condiciona la manera de envejecer y, consecuentemente, influye en los procesos de salud y enfermedad en la vejez. Como señala la autora, la concepción del término “activo” no solo como una acción individual, sino como una praxis, entendida en su sentido griego como una actividad cuyo propósito es inherente a la propia acción. En este contexto, surge la interrogante sobre la finalidad del envejecimiento activo, identificándolo como una praxis destinada a optimizar la vida en el proceso de envejecimiento. Además, se enfatiza que el envejecimiento no se concibe como un estado estático, sino como un proceso que abarca la totalidad del ciclo vital. El envejecimiento activo se presenta como una praxis intrínseca a la vida, una forma de vivir que implica gobernar el propio proceso de envejecimiento a lo largo de toda la existencia.

Se observa que la estrategia del envejecimiento activo no tiene otra finalidad que la vida misma. Se subraya que esta estrategia presupone un individuo capaz de relacionarse consigo mismo para llevar a cabo acciones dirigidas a mejorar su calidad de vida durante el envejecimiento. El envejecimiento activo se presenta como un proceso de autogobierno destinado a optimizar la vida a medida que se vive y envejece.

Cabe cuestionarse sobre el significado real de envejecer de manera activa y cómo esta práctica contribuye al bienestar general. Además, la noción desafía las percepciones tradicionales de la vejez como un estado estático, interviniendo en un proceso que plantea preguntas sobre la alineación efectiva de las políticas y prácticas actuales con la mejora continua de la calidad de vida para las personas mayores. La idea de los individuos como agentes activos plantea interrogantes sobre la efectividad de las iniciativas en la mejora constante de la calidad de vida para este segmento de la población.

Un enfoque interinstitucional se presenta como una estrategia sumamente beneficiosa dada la complejidad intrínseca del problema del suicidio en personas mayores. La participación activa de diversos actores se revela crucial, incluyendo instituciones gubernamentales, organizaciones de salud, profesionales de la salud mental y otros entes relevantes. A pesar de las evidencias que destacan la importancia crítica del suicidio en personas mayores, parece existir una falta de conciencia generalizada, lo que se traduce en la ausencia de recursos y atención necesarios para abordar este problema de manera efectiva.

En lugar de abordar esta realidad, a menudo seguimos normativas que imponen percepciones externas sobre lo que se considera beneficioso o perjudicial para las personas mayores, sin tener en cuenta sus deseos y necesidades reales. Por lo tanto, un enfoque interinstitucional se vuelve esencial para lograr el objetivo fundamental de diseñar e implementar programas y estrategias integrales destinados a abordar los diversos factores de riesgo asociados al suicidio en esta población. Esta perspectiva reconoce la premisa subyacente de alcanzar respuestas más completas y efectivas al aprovechar la colaboración entre diversas instituciones. La combinación de conocimientos y recursos provenientes de distintos sectores se revela como un medio más eficaz para abordar de manera holística y multidimensional esta problemática delicada, permitiendo así abordar de manera más efectiva los factores de riesgo asociados al suicidio en personas mayores.

## Reflexiones Finales

*El envejecimiento es un fenómeno que, más tarde o más temprano, nos atañe a todos. Es por esto que problematizar el envejecimiento nos confronta con la labor de pensarnos a nosotros mismos y a los modos que nos damos individual y socialmente para transitar y gestionar el envejecer. (Rodríguez Zoya, 2019)*

En el marco de esta monografía, me he dedicado a abordar la compleja problemática del suicidio en personas mayores con el objetivo de comprender sus manifestaciones, identificar los grupos de personas afectadas y explorar su relación con ciertos discursos asociados a la vejez. Este estudio no solo se concentra en la intrincada naturaleza del fenómeno del suicidio en personas mayores, sino que también se presenta como una contribución significativa para comprender las diversas dimensiones que caracterizan esta problemática, especialmente en la población de adultos mayores. Los hallazgos ofrecen nuevas perspectivas para entender el fenómeno del suicidio en la población de personas mayores, al tiempo que plantean nuevas incógnitas que merecen ser exploradas en investigaciones futuras sobre este tema.

La intención primordial ha sido ahondar en el proceso que conduce a una persona mayor a considerar y, eventualmente, llevar a cabo el acto suicida. A través del análisis de diversas fuentes, se ha observado que el tema del suicidio en personas mayores se caracteriza por su notable silenciamiento y la falta de atención que recibe en la sociedad. Esta falta de atención contrasta significativamente con el enfoque prestado al suicidio en otros segmentos demográficos, especialmente en comparación con los grupos más jóvenes.

Las lecturas realizadas han arrojado luz sobre esta disparidad y han subrayado la necesidad apremiante de abordar de manera más integral y comprensiva el fenómeno del suicidio en la población de personas mayores. La problemática del suicidio en personas mayores en Uruguay es evidente, manifestándose a través de actos que frecuentemente son letales y racionales. A pesar de su significativa incidencia, este tema se mantiene mayormente silenciado en la sociedad. A diferencia de la amplia cobertura mediática e investigación dedicada a los suicidios en poblaciones más jóvenes, la problemática de las personas mayores suele ser relegada y minimizada. Diversos factores, como la percepción de la proximidad a la muerte y los estigmas negativos asociados, incluyendo la percepción

de inutilidad y fragilidad, contribuyen a este silencio al desviar la atención de la salud mental hacia problemas considerados más prioritarios.

El vejeismo tiene repercusiones negativas tanto a nivel individual como en la sociedad en su conjunto. Las personas mayores se enfrentan al riesgo de ser objeto de discriminación en diversas áreas de sus vidas, como el empleo y el acceso a servicios de salud, lo que puede resultar en un aumento del aislamiento social y problemas de salud mental, con el consiguiente deterioro de su calidad de vida. La discriminación por motivos de edad, al atribuir una importancia indebida a este factor en la sociedad, es incorrecta y puede dar lugar a una serie de problemas para las personas mayores. Además, este fenómeno puede contribuir a perpetuar estereotipos y prejuicios negativos asociados al proceso de envejecimiento.

Es fundamental implementar servicios específicos que aborden esta cuestión, los cuales actualmente no disponemos. Estos servicios no pueden surgir únicamente a partir de normativas sobre el envejecimiento, sino que deben incorporar una dimensión reflexiva para lograr una aproximación compleja a este fenómeno complejo, que es la vida de las personas mayores y las diversas vejezes que tienen lugar en nuestra sociedad. Además, esta notable falta de acciones específicas en relación con este tema también refleja la existencia del vejeismo.

A pesar de las diversas razones que respaldan la atención prioritaria al fenómeno del suicidio en la población de personas mayores, existe una notable carencia de programas y estrategias dirigidos a este grupo. En consonancia con las reflexiones de Paula Rodríguez Zoya (2019), resulta imperativo adquirir una perspectiva reflexiva y comprender que el envejecimiento constituye un fenómeno que concierne a toda la sociedad, siendo inevitable que, tarde o temprano, cada individuo experimente este proceso. Por lo tanto, es esencial someter a escrutinio nuestras actitudes y pensamientos recurrentes hacia las personas mayores, asumiendo la responsabilidad de reflexionar tanto a nivel individual como en el ámbito social. Este ejercicio reflexivo nos capacita para afrontar y gestionar el proceso de envejecimiento de manera más informada y consciente.

## Referencias bibliográficas

- Acosta Artiles, F. J., Rodríguez Rodríguez-Caro, C. J. y Cejas Méndez, M. R. (2017). Noticias sobre suicidio en los medios de comunicación. Recomendaciones de la oms. *Revista Española de Salud Pública*, 91, 1-7. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272017000100303&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272017000100303&lng=es&tlng=es)
- Administración Nacional de Educación Pública. (s. f.). *Guía de promoción de salud y prevención de conductas suicidas. Orientaciones para las instituciones educativas*. <https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/Gu%C3%ADa%20de%20Promoci%C3%B3n%20de%20Salud%20y%20Prevenci%C3%B3n%20de%20Conductas%20Suicidas.pdf>
- Berriel, F. (2021). *Envejecimiento y políticas públicas en el Uruguay del ciclo progresista. Análisis de la formación de un objeto múltiple* [Tesis de doctorado, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/29402/1/Tesis%20Fernando%20Berriel.pdf>
- Berriel, F., Paredes M. y Pérez, R. (2006). Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez. En A. López Gómez (Coord.), *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio cualitativo* (pp. 19-124). Ediciones Trilce.
- Brunet, N., y Márquez, C. (2016). *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay*. Ministerio de Desarrollo Social. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/810.pdf>
- Comisión Nacional Honoraria de Prevención del Suicidio. (2021). *Estrategia Nacional de Prevención de Suicidio 2021-2025*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP ESTRATEGIA NACIONAL PREVENCION SUICIDIO 2021 2025.pdf>
- De Leo, D. (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*, 2, 7-12. doi:10.1038/s43587-021-00160-1
- Durkheim, E. (2008). *El suicidio*. Ediciones Akal.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 117-126. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200006>

- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Psicología de la vejez. En Fundación Medicina y Humanidades Médicas (Ed.), *Monografías humanitas. 1. Envejecimiento*, (pp. 27-38). Fundación Medicina y Humanidades Médicas.
- Fernández, T. (2012). *La vejez, entre la exclusión y la integración social*. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- García Ormazá, J. (2020). Educando en prevención. Hablemos de suicidio. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 67-77. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.4>
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
- González, V. (2012). Suicidio y precariedad en el Uruguay. En R. Paternain y Á. Rico (Coords.), *Uruguay. Inseguridad, delito y Estado* (pp. 230-242). Ediciones Trilce.
- González, V. (2014). *Suicidio y precariedad vital en Montevideo. En busca de una vida digna de ser vivida. 2002-2010* [Tesis de maestría, Facultad de Psicología, Universidad de la República]. Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/4891/1/Gonz%c3%a1ez%2c%20V%c3%adctor.pdf>
- Hein, P., Pandolfi, J. y Gómez, G. (2020). "No escribo más... se me nubló la vida". Análisis de notas suicidas en la vejez. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 11-29. <https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.1>
- Lagos, L. (9 de setiembre de 2023). Notas de suicidas de más de 60 años apuntan a la soledad como el motivo desencadenante. *La diaria*. <https://ladiaria.com.uy/ciencia/articulo/2023/9/notas-de-suicidas-de-mas-de-60-anos-apuntan-a-la-soledad-como-el-motivo-desencadenante/>
- Larrobla, C., Hein, P., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Torterolo, M. J. y Rodríguez, L. (2017). *70 años de Suicidio en Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. csic-Universidad de la República.
- Martínez, C. (2017). *Suicidología comunitaria para América Latina. Teoría y experiencias*. Alfepsi Editorial.
- Ministerio de Salud Pública. (s. f.). *Plan Nacional de Salud Mental 2020-2027*. [https://www.psicologos.org.uy/Plan\\_Nacional\\_Salud\\_Mental.pdf](https://www.psicologos.org.uy/Plan_Nacional_Salud_Mental.pdf)
- Ministerio de Salud Pública (2007). *Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas*. <https://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?10652.70790>
- Montalbán, A. (2004). El suicidio: la urgencia de un grave problema. *Revista Médica del Uruguay*, 20(2), 91. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v20n2/v20n2a01.pdf>

- Monteiro, L. y Bonilla, R. (2020). La soledad como campo de estudio del envejecimiento. Una mirada interdisciplinaria. En Centro Interdisciplinario de Envejecimiento, *Miradas interdisciplinarias sobre envejecimiento y vejez. Aportes del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento*, (pp. 85-102). Centro Interdisciplinario de Envejecimiento.
- Monza, A. y Cracco, C. (2023). *Suicidio en Uruguay. Revisión de políticas públicas e iniciativas para su prevención*. Coordinadora de Psicólogos de Uruguay, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/suicidio-uruguay-revision-politicas-publicas-e-iniciativas-para-su-prevision>
- Muchnik, E. y Seidmann, S. (1998). *Aislamiento y soledad*. Eudeba.
- Nizama Valladolid, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85. <https://www.redalyc.org/pdf/2031/203122516002.pdf>
- Organización de los Estados Americanos. (2015). *Convención interamericana sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores*. <https://www.algec.org/wp-content/uploads/2017/07/convencion-interamericana-sobre-la-proteccion-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-mayores-oea.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. <https://recs.es/wp-content/uploads/2017/05/prevencion-suicidio-oms.pdf>
- Palacio, A. F. (2010). La comprensión clásica del suicidio: de Émile Durkheim a nuestros días. *Revista Affectio Societatis*, 7(12), 1-12. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/6318/6520>
- Pérez Barrero, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000300005&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000300005&lng=en&tlng=es)
- Pérez Fernández, R. (2011). La construcción subjetiva del envejecimiento. Proyecto de vida e imaginario social en la clínica psicológica con mayores. En F. Quintanar Olguín (Ed.), *Atención psicológica de las personas mayores. Investigación y experiencias en psicología del envejecimiento* (pp. 279-299). <https://hdl.handle.net/20.500.12008/22133>
- Real Academia Española (s. f.). Suicidio. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/suicidio?m=form&m=form&wq=suicidio>
- Rodríguez Zoya, P. G. (2019). Gobierno de la salud y envejecimiento activo. La vejez saludable como estrategia biopolítica de cuidado personal. En S. E. Sustas, S. A.

- Tapia y M. P. Venturiello (Comps.), *Investigación e intervención en salud. Demandas históricas, derechos pendientes y desigualdades emergentes* (pp. 63-82). Teseo Press.
- Salvarezza, L. (1999). *Psicogeriatría. Teoría y clínica*. Paidós.
- Thevenet, N. (2013). *Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del censo 2011*. Ministerio de Desarrollo Social. [https://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/23285/1/13.05\\_-\\_snc\\_informe\\_censo\\_-\\_adultos\\_mayores.pdf](https://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/23285/1/13.05_-_snc_informe_censo_-_adultos_mayores.pdf)
- Uruguay. (2007, enero 19). Ley n.º 18.097: Día Nacional para la Prevención del Suicidio. Recuperado de <https://impo.com.uy/bases/leyes/18097-2007>
- Velásquez Suárez, J. M., (2013). Suicidio en el anciano. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(1), 80-84. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80638951011>
- Viel, S. (2019). La experiencia emocional de envejecer. *Temas de Psicoanálisis*, (17), 1-11. <https://www.temasdepsicoanalisis.org/wp-content/uploads/2019/01/Silvia-Viel.-Experiencia-emocional-de-envejecer.-1.pdf>