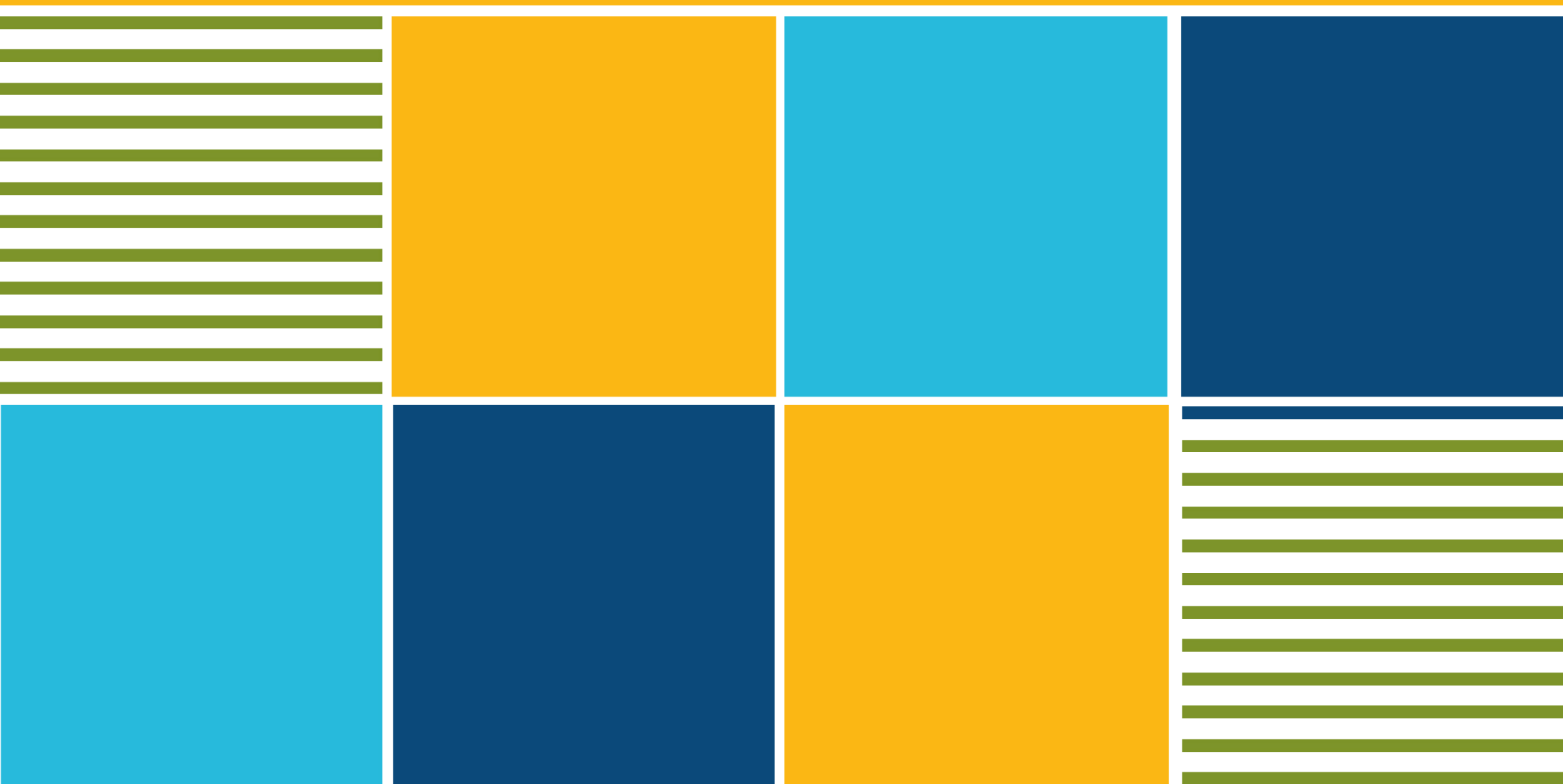


Cuando la palabra importa: sufrimientos colectivos



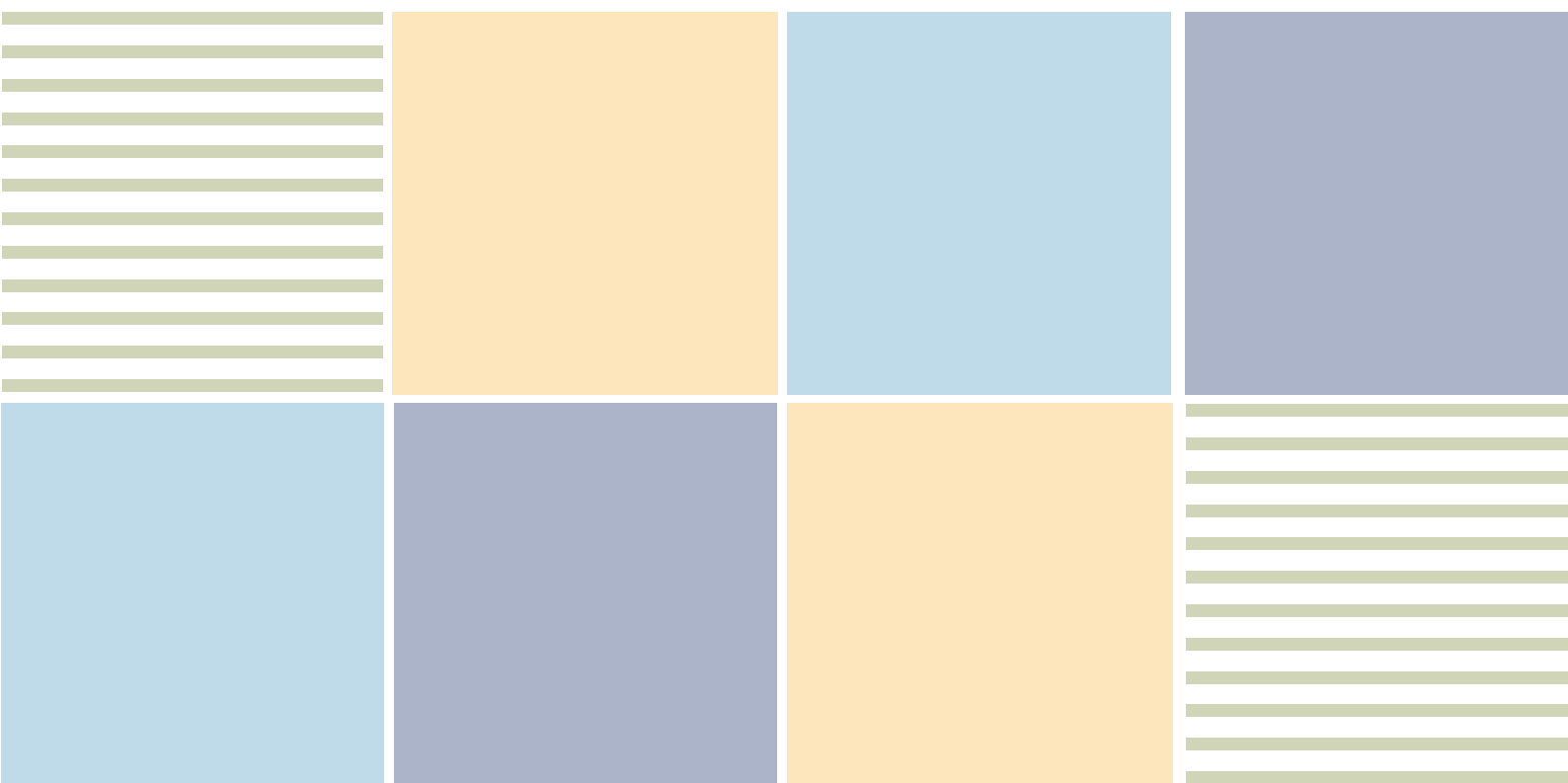
Estudio Nacional sobre Percepciones
en torno al **Dolor**, la **Muerte** y el **Suicidio**

Uruguay | 2026



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Cuando la palabra importa: sufrimientos colectivos



Estudio Nacional sobre Percepciones
en torno al **Dolor**, la **Muerte** y el **Suicidio**

Uruguay | 2026



PROGRAMA DE
SALUD MENTAL

Cuando la palabra importa: sufrimientos colectivos

Estudio Nacional sobre Percepciones en torno al Dolor, la Muerte y el Suicidio

Programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas (PSMHC)

Componente Facultad de Ciencias Sociales

Uruguay | 2026

Instituciones ejecutoras de la Universidad de la República (UDELAR):

Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Facultad de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales

Equipo de redacción:

Catalina Barria, Mariángeles Caneiro, Florencia Pandolfi

Equipo de investigación:

Catalina Barria, Mariángeles Caneiro, Luciana Carrasco, Camila Figueira, Víctor González, Pablo Hein, Florencia Pandolfi, Claudio Princivalle, Agustín Zabala

Producción editorial | Susana Aliano Casales

ISBN impreso: 978-9915-9891-6-7

ISBN digital: 978-9915-9891-7-4

Notas editoriales: En esta publicación el uso del masculino genérico obedece a un criterio de economía de lenguaje y procura una lectura más fluida, sin ninguna connotación discriminatoria.

Contenido

1. Estudio Nacional sobre Percepciones en torno al Dolor, la Muerte y el Suicidio	5
2. Cuando la palabra importa: sufrimientos colectivos	9
3. Estructuración del análisis	13
4. Percepciones sobre muerte y duelo	17
4.1 Primeras impresiones	18
4.2 Creencias sobre la muerte y el duelo	20
4.2.1 Marcos de comprensión sobre la muerte	20
4.2.2 Tipos de muerte: muertes inesperadas y esperadas	22
4.3 Emociones sobre la muerte.....	23
4.4 Emergentes	25
4.4.1 Instituciones y dispositivos que gestionan la muerte.....	25
4.4.2 Nuevas formas de comunicar y expresar la muerte	26
4.5 Muertes violentas: experiencias, impactos y procesos de duelo	26
4.5.1 Después del suicidio. Experiencias en torno al suicidio	26
4.5.2 Experiencias y duelos por homicidios.....	28
4.5.3 Experiencias y duelos por accidentes de tránsito.....	30
4.6 Síntesis	32
5. Ideas, emociones y acciones en torno al suicidio	35
5.1 Primeras impresiones	35
5.2 Creencias, ideas y conceptos desplegados para explicar y comprender el suicidio	37
5.2.1 Definiciones del suicidio	38
5.2.2 Impactos y responsabilidades diferenciales.....	40
5.3 Emociones vinculadas al suicidio	42
5.4 Demandas vinculadas al suicidio.....	44
5.4.1 Tipos de acciones, referentes y espacios.....	45
5.4.2 ¿Qué acciones son necesarias?.....	45
5.5 Tensiones y matices: diálogo y prevención	48
5.5.1 Diálogo y presencia del tema	48
5.5.2 Prevención del suicidio. Condiciones de posibilidad, limitaciones, apoyos.....	49

5.5.3 La centralidad de la educación en la prevención.....	50
5.6 Síntesis	52
6. Dolor emocional y salud mental: experiencias, sentidos y marcos de interpretación del malestar	55
6.1 Primeras impresiones sobre el dolor	56
6.1.1 Creencias sobre el dolor	58
6.1.2 Diferencias en la expresión del dolor según el género.....	59
6.1.3 Invalidación del dolor.....	60
6.1.4 Individualismo en la socialización del dolor.....	60
6.2 Del dolor emocional a la discusión sobre la salud mental	61
6.2.1 Cambios producidos por las redes sociales.....	64
6.2.2 Lógica de la meritocracia y el consumo.....	65
6.2.3 Empleo y ámbito laboral.....	65
6.2.4 Debilitamiento de las instituciones (familias y educación).....	66
6.3 Acciones y estrategias de afrontamiento	66
6.3.1 Autogestión del bienestar (estrategias individuales)	67
6.3.2 Apoyo social.....	67
6.3.3 Atención profesional	68
6.3.4 Apertura al diálogo	68
6.3.5 Estrategias de afrontamiento según las diferentes etapas vitales	69
6.3.6 Demandas.....	70
6.4 Síntesis	71
7. Síntesis, interrogantes y derivas	73
7.1 Afinidades y divergencias en la comprensión y vivencia de muerte, duelo y suicidio entre los grupos	74
7.2 La emergencia de la crisis de salud mental.....	76
7.3 Desafíos y líneas de profundización necesarias	77
8. Referencias	79
9. Anexo	81

1. Estudio Nacional sobre Percepciones en torno al Dolor, la Muerte y el Suicidio

El **Estudio Nacional sobre Percepciones en torno al Dolor, la Muerte y el Suicidio** se enmarca en el Programa de Salud Mental del Hospital de Clínicas (PSMHC), de la Universidad de la República (UDELAR), como iniciativa que surge con la rendición presupuestal del año 2023 del Parlamento Nacional y que por ley asigna al PSMHC una partida presupuestal, específicamente enmarcada y consolidada para atender esta temática en el Hospital y sus zonas de influencia. En esta creación participan como ejecutoras de la UDELAR: Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Facultad de Psicología y Facultad de Ciencias Sociales (FCS).

El objetivo general del PSMHC, tal como se explicita en sus documentos, es “mejorar la calidad de atención de los usuarios mayores de 15 años con afecciones de salud mental (SM) en área de referencia del HC [Hospital de Clínicas], implementando un programa universitario que abarque diferentes modalidades de atención y acciones de sensibilización, prevención y capacitación, en clave comunitaria y territorial”.¹

Su población potencial comprende a la totalidad de usuarios mayores de 15 años, procedentes de la zona de georreferencia del Hospital de Clínicas: zona este de las regiones sur (Montevideo y Canelones) y este (Maldonado, Rocha, Lavalleja, Treinta y Tres y Cerro Largo) de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), así como el personal de salud (médico y no médico), tanto del Hospital como de sus zonas de influencia y las organizaciones de la sociedad civil.

Este programa comprende cinco dispositivos de atención: 1) emergencia en salud mental; 2) internación de corta estadía; 3) hospital de día; 4) atención ambulatoria especializada; 5) acciones comunitarias de prevención y sensibilización en salud mental, así como actividades de capacitación, formación, investigación y extensión universitaria.

Algunos de estos dispositivos son novedosos, en el contexto actual del país.

Sus principales líneas o servicios incluyen: 1) atención en emergencia en salud mental con plan de tratamiento inicial; 2) internación de corta estadía con plan de tratamiento integral; 3) atención en hospital de día con plan de tratamiento integral; 4) consultas ambulatorias especializadas con plan terapéutico integral ambulatorio; 5) actividades de prevención y sensibilización en salud mental y suicidio con agentes sociocomunitarios; 6) capacitaciones a personal de la salud respecto a modelo de atención impulsado; 7) desarrollo de actividades de enseñanza, investigación y extensión universitaria que sustenten la comprensión e intervención en salud mental, desde un enfoque interdisciplinario.

Dentro del PSMHC, la FCS desarrolla sus líneas de acción en el eje comprensión y prevención del suicidio, con una esfera o mirada más amplia, que abarca los procesos de muerte, dolor, duelo y sufrimiento social, para así enmarcar el fenómeno del suicidio, no solo en su conducta, prevención, intervención y posvención, sino también en los territorios en los cuales se produce, vehiculiza y sostiene.

En este sentido, en 2024 se puso en marcha —dentro de las líneas de trabajo propias de la FCS— el Estudio Nacional sobre Percepciones en torno al Dolor, la Muerte y el Suicidio en Uruguay, un estudio innovador cuyo propósito central es producir evidencia científica sobre estas temáticas y que orienta su mirada hacia la sociedad en su conjun-

1 Programa de Salud Mental Hospital de Clínicas, 2024, mimeo, págs. 5 y siguientes.

to, lo que, por la naturaleza misma de su objeto, permite adoptar un enfoque amplio y comprensivo.

En términos generales, la fase inicial del estudio se presenta como una investigación descriptivo-exploratoria centrada en conocer opiniones, expectativas y comportamientos en torno al suicidio, el dolor, el duelo y las muertes en la sociedad uruguaya. Dado que se trata de temáticas amplias y complejas, y que las ciencias sociales pueden —y deben— abordar desde diversas perspectivas epistemológicas y ontológicas, se definieron tres componentes centrales que permiten problematizarlas, a fin de producir conocimiento situado de la realidad sociocultural y política que nos interpela.

A partir de esta estructura, se desplegaron distintas metodologías y técnicas de análisis, que dieron como resultado tres componentes:

- 1) “Primera Encuesta Nacional sobre Percepciones Sociales de la Muerte, el Duelo y el Suicidio”.
- 2) “Cuando la palabra importa: sufrimientos colectivos”, un componente surgido a partir de grupos de discusión orientados a identificar y analizar opiniones, ideas, significados y marcos de sentidos en torno a la muerte, el dolor, el duelo y el suicidio.
- 3) “Una mirada mediante la prensa”, basado en el seguimiento y análisis de los temas muerte, dolor, duelo y suicidio en los medios de comunicación.

Si bien la primera aproximación es exploratoria, abierta, adherimos a algunas ideas marco que conducen la indagación en sus tres vertientes. El punto de partida es que el dolor, las emociones y los sufrimientos sociales, si bien siempre son vivencias individuales, nunca son totalmente privadas. Toda sociedad colectiviza y produce de una u otra manera estos hechos de la vida íntima a través de su cultura y del entramado del tejido social. De allí que, si se observa como comunidad, es posible ver cómo se procesan estos fenómenos, qué formas adoptan y de qué maneras son integrados. Tales observaciones constituyen también un problema social que, en Uruguay, ha sido escasamente abordado como objeto de estudio y preocupación por diferentes escuelas de pensamiento, particularmente desde las ciencias sociales y humanas.

En el marco de este estudio, abordar estos temas supone atender a la forma en que las relaciones sociales y culturales tejen, transitan y comparten estos procesos. Tal como advierte Fernando Gil Villa, la muerte “es un acontecimiento de extraordinaria importancia pero que pasa desapercibido. Únicamente reflexionando sobre él, comprendiéndolo, seremos capaces de entender nuestras nuevas condiciones vitales” (Gil Villa, 2011, p. 38).

En los tiempos actuales es indispensable una forma más abierta y solidaria de interpretación que nos permita comenzar a derribar mitos y estigmas frente a estos fenómenos. En síntesis, la muerte, el dolor, el duelo y el suicidio son temas escasamente abordados a nivel nacional. Más allá de la información de cuántos y por qué se mueren, la propuesta busca aportar luces sobre la temática desde las opiniones, los comportamientos y actitudes de los actores, además de revisar, visibilizar, sensibilizar y debatir sobre los procesos e impactos sociales del duelo ante muertes, que cargan con un estigma sociocultural importante. Por último, se pretende generar un corpus de datos y palabras que permita a las ciencias sociales habilitar nuevos marcos de interpretación y futuras líneas de acción.

A partir de este posicionamiento, el estudio se propone una serie de objetivos que permiten orientar y delimitar el análisis, articulando los ejes centrales de la investigación y definiendo las dimensiones claves que se buscan comprender.

Los objetivos generales son:

- Comprender las diferentes opiniones sobre el dolor y los sufrimientos como ejes articuladores de los problemas sociales.
- Analizar y explicar las distintas opiniones, actitudes y comportamientos que tiene la sociedad uruguaya sobre la muerte, el duelo y el suicidio.
- Explorar cómo factores socioculturales, demográficos y geográficos interactúan con las actitudes y los tránsitos del dolor y del duelo.

Los objetivos específicos son:

- Analizar los determinantes sociales que influyen en el entramado de opiniones, actitudes y comportamientos existentes sobre estos temas en la sociedad actual.
- Indagar en las diferentes redes y soportes utilizados en la sociedad para afrontar el dolor, el duelo y la salud mental.
- Caracterizar y analizar cómo los distintos tipos de muerte configuran percepciones sociales diferenciadas del duelo.
- Conocer la valoración general que tiene la sociedad uruguaya sobre el suicidio y la salud mental.
- Analizar cómo los sistemas de creencias influyen en los comportamientos frente al dolor y el duelo.
- Analizar el tratamiento que realizan los medios de comunicación en relación con el suicidio, la muerte y la salud mental.

2. Cuando la palabra importa: sufrimientos colectivos

Esta entrega expone en detalle uno de los tres componentes del **Estudio Nacional sobre Percepciones en torno al Dolor, la Muerte y el Suicidio**, denominado “Cuando la palabra importa: sufrimientos colectivos”, que busca captar la complejidad de los significados atribuidos a la temática de la muerte, el duelo, el suicidio y más ampliamente la salud mental, el dolor, situados en el contexto sociocultural específico del Uruguay al 2025.

Para ello se realizaron grupos de discusión, cuyas particularidades los convierten en una técnica pertinente para abordar temas complejos y socialmente significativos. La evidencia acumulada demuestra que estos espacios permiten explorar y comprender situaciones difíciles, al propiciar que las personas expresen y negocien sentidos en un intercambio colectivo. La interacción grupal facilita la emergencia de discursos, emociones y representaciones que rara vez se manifiestan en contextos individuales, ofreciendo acceso a matices y tensiones que conforman el sentido común. Como señala Barbour (2013), se trata de una herramienta metodológicamente sensible y capaz de captar la dimensión socialmente construida de temas que requieren profundidad interpretativa.

Los grupos se orientaron a identificar y analizar opiniones, ideas, significados y marcos de sentido que las personas construyen en torno a la muerte, el dolor, el duelo, la salud mental y el suicidio. Se buscó acceder a los significados y sentidos que los participantes atribuyeron a estos fenómenos, en tanto portavoces del “sentido común”, identificando los tipos y nudos de discurso, así como las asociaciones y explicaciones que construyeron colectivamente.

Con esta intencionalidad exploratoria se desarrollaron quince grupos de discusión orientados a los temas de interés. Doce grupos se conformaron buscando variabilidad de tramos etarios y zonas de residencia, y tres grupos se conformaron con base en la experiencia cercana² con muertes violentas (homicidio, suicidio y accidentes de tránsito).

La elección de organizar los grupos de esta manera respondió a la necesidad de captar cómo estas variables configuran marcos de sentido diferenciados en torno a la muerte y a la relación con los otros. Tal como plantean Gayol y Kessler (2011), la pauta social que estructura la relación del sujeto con la muerte, así como la centralidad que adquiere el vínculo con el otro (ya sea en la muerte propia o ajena), mantiene plena vigencia. En ese sentido, la muerte, además de constituir un tema ineludible para el análisis social, resulta imposible de comprender sin el entramado de creencias que la circunda y define (Gayol y Kessler, 2011, p. 71), lo que coloca en el centro tanto a los discursos como a las prácticas que le dan forma.

En esta misma línea, la experiencia cercana con una muerte violenta refleja una posición diferenciada en la manera en que los individuos o grupos significan y resignifican la muerte. Según Hintermeyer (2020), este tipo de experiencias repercute no solo en la forma en que las familias enfrentan la pérdida de un ser querido, sino también en el estigma y la criminalización que acompañan determinados casos. Para el autor, se trata de muertes que impactan no solo en el plano individual, sino también en el tejido social, alterando la cohesión y generando desconfianza en las comunidades, lo que

2 Se entiende como experiencia cercana: aquellos familiares que han perdido a un ser querido a causa de muertes violentas. En el caso del suicidio también la literatura los nombra como “supervivientes”, término que para este estudio hemos decidido ampliar a las otras causas de muerte.

puede derivar en la fragmentación de los vínculos y en un aumento de la percepción de inseguridad. Al mismo tiempo, las experiencias individuales asociadas a estas muertes se entrelazan para conformar un sentimiento colectivo de vulnerabilidad, que afecta tanto el funcionamiento de las sociedades como las posibilidades —o restricciones— de expresar el dolor y el sufrimiento por parte de los allegados.

En consecuencia, aproximarse a la comprensión de los discursos y las prácticas —tan centrales como ausentes en muchos estudios de opinión y percepciones— implica, entonces, entrar en contacto con los sentidos cotidianos que orientan las formas de nombrar, interpretar y afrontar la muerte y el sufrimiento, atendiendo a los matices que emergen en los relatos. En consonancia con ello, las discusiones contemporáneas invitan a asumir “aproximaciones descentradas y desde el sur que, por ejemplo, pueden sugerir nuevas ideas y matices interesantes. Quizás la más evidente sea la necesidad de romper con los esquemas binarios y en singular, y evitar generalizaciones indiferentes a la edad, el género, la clase y la forma de morir, que es central” (Gayol y Kessler, 2011, p. 72).

A través de los grupos de discusión se pretendió explorar cómo se configuran social y culturalmente las percepciones sobre estos fenómenos, indagando tanto en las narrativas que los participantes elaboran para explicarlos como en las emociones y experiencias que los atraviesan. Tal como se ha mencionado en la introducción general, la muerte y sus formas en las sociedades contemporáneas importan en su significación, en virtud de su relación con la vida y las formas de vida.

Con base en los criterios mencionados, los informantes se reclutaron tomando en cuenta una muestra intencional definida según la variabilidad de momentos o etapas vitales, lugares de residencia y experiencias de exposición a muertes violentas. El supuesto de partida —en atención al núcleo de referencia muerte y dolor— fue que la previsibilidad y la maduración son factores de relevancia a la hora de significar, resignificar y enfrentar diferentes pruebas vitales, entre ellas, la muerte, diferentes tipos de dolores y eventos inesperados vinculados con ellos.

Para el primer criterio se definieron tres etapas: **jóvenes, adultos y mayores**³ de diferentes zonas de residencia de todo Uruguay, atendiendo a la variabilidad de contextos donde los participantes desarrollan sus actividades cotidianas —es decir, el lugar de residencia habitual, más allá del lugar de nacimiento—, con el fin de captar cómo estas variables influyen en los sentidos atribuidos a los fenómenos analizados.

Además, se realizaron tres grupos indiferenciados según estas variables, pero nucleados por la exposición a la muerte violenta de un familiar, considerando una ventana de dos años⁴ de ocurrido el evento. La composición final de los grupos es la que se aprecia en el siguiente esquema:

3 A partir de aquí los rangos etarios serán nombrados de esta manera.

4 La ventana de dos años corresponde a una decisión arbitraria del grupo de investigadores.

Conformación de grupos de discusión

	Generales			Experiencia de muertes violentas
	Jóvenes	Adultos	Mayores	
Centro	G1	G2	G3	G13, G14, G15
Este	G4	G5	G6	
Litoral/norte	G7	G8	G9	
Montevideo/ Área metropolitana	G10	G11	G12	

Los grupos de discusión y su respectivo reclutamiento fueron realizados por la consultora Factum. El trabajo de campo se hizo en los meses de junio y julio de 2025, en los casos de los grupos generales, y en octubre y noviembre, en los casos de los tres grupos de supervivientes de muertes violentas.

Las discusiones se orientaron con una pauta que incluyó cinco grandes temas, a saber: duelo, muerte, salud mental y suicidio, además del dolor, orientados a ideas generales, afrontamiento y redes de apoyo.

Además, se dispuso de un buzón anónimo en los doce grupos generales para recoger impresiones, ideas y comentarios.

Los encuentros fueron registrados en audio y desgrabados. El procesamiento y el análisis se realizaron con el software de análisis cualitativo Atlas.ti 25.

3. Estructuración del análisis

El objetivo planteado fue seguir la pista de la construcción del sentido común respecto de nociones que no solo son complejas, sino que involucran aspectos filosóficos, éticos y afectivos; las consignas fueron temáticas y abiertas, esto es, sin partir de definiciones previas. No obstante, uno de los cimientos del interés del propio estudio y de la líneas de investigación que lo enmarcan institucionalmente es su concepción de manera amplia, como fenómenos social y culturalmente pautados, más que problemáticas exclusivamente individuales o subjetivas.

El análisis temático primario de los grupos permitió observar una serie de recurrencias sobre las que se realizaron codificaciones y lecturas subsiguientes, tanto en línea con el desglose de estos grandes ejes, como en relación a la emergencia de categorizaciones que surgen de la particularidad de los temas. Como se verá, las posiciones y los argumentos de las y los participantes se mueven a lo largo de coordenadas conceptuales y afectivas que sostienen la comprensibilidad de sus experiencias, estrategias y necesidades.

En este marco amplio, se han organizado estas consideraciones a través de una serie finita de categorías, entre las cuales se encuentran:

- a) creencias e ideas, asociadas mayormente a cómo se conceptualizan y definen los temas, los acuerdos y las divergencias en este sentido;
- b) emociones y sentires que se entretajan en las alocuciones;
- c) las acciones desarrolladas y requeridas que emergen a partir de lo anterior en el contexto de la realidad social actual del Uruguay en distintos planos: individual, vincular, institucional.

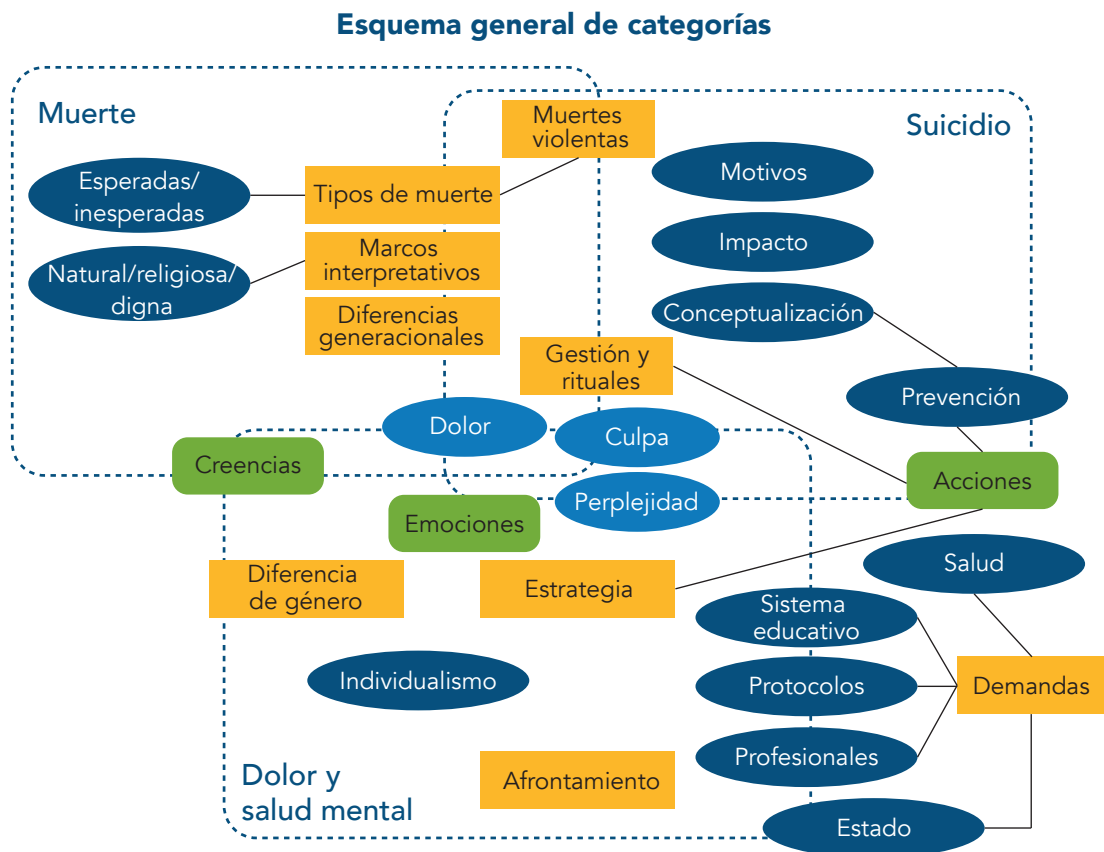
Las creencias pueden catalogarse como el conjunto de normas que determina la forma en que se evalúan las situaciones, a los otros, el comportamiento y la manera de interactuar con el entorno (Beck, 1976; Ellis, 1962). Dichas creencias regulan las actitudes y remiten al conjunto de estructuras cognitivas que se gestan a partir de las experiencias tempranas del sujeto, así como también de la ponderación entre factores ambientales, biológicos y culturales.

Por otra parte, siguiendo a Bericat (2012, 2018), las emociones pueden considerarse como manifestaciones corporales de la importancia que los eventos sociales tienen para los individuos. Reflejan cómo las personas evalúan su posición en la estructura social y los resultados de sus interacciones sociales. Están profundamente influenciadas por las dinámicas de poder, estatus y energía emocional que caracterizan las relaciones sociales.

La última gran categoría se vincula con la actuación, tanto efectivamente desarrollada como demandada a esos "otros", ya sea a nivel de la experiencia íntima o familiar, como a nivel de políticas públicas y acciones institucionalizadas de distinto tipo. Se analizan aquí, sobre todo, experiencias y demandas que dan cuenta de acciones vinculadas al afrontamiento, apoyo y gestión de situaciones de muerte, suicidio y duelo y salud mental, directa e indirectamente atravesadas.

Asimismo, este desglose permite detectar algunos tópicos que emergen como ambivalencias y contradicciones intragrupo, y aun ambigüedades en el marco de una misma posición que reflejan algunas de las tensiones inherentes a los distintos temas.

Para organizar la exposición, se seguirá la categorización obtenida con un criterio temático y en función de las categorías en orden decreciente de generalidad.



Siguiendo estas pistas, la exposición en cada apartado intenta dar cuenta de tres niveles del análisis de cada tema, iniciando con una descripción amplia que incluye las primeras impresiones, las conceptualizaciones e ideas sustantivas asociadas; las emociones que se exponen y circulan entre los participantes, así como las diferentes acciones, en carácter de estrategias para la gestión cotidiana y la proyección social de los temas.

Con esta lógica, en el primer apartado se exponen las construcciones relevadas respecto de la muerte y el duelo, incluyendo primeras impresiones, claves de diferenciación de tipos de muerte, así como apreciaciones respecto del manejo y la gestión de estas situaciones.

En el segundo apartado se exponen las ideas, emociones y acciones prevalecientes en los grupos respecto del suicidio.

El tercer apartado retoma y organiza dos sendas que pautan la tónica general de los emergentes, íntimamente relacionadas, y en línea con los sentires y vivencias, y los modelos predominantes para la explicación (y autoexplicación) de estos fenómenos, como son el dolor, y la salud mental y sus valoraciones.

Por último y a modo de cierre, se presenta una síntesis de las categorizaciones y los principales emergentes, sin pretender conclusiones, sino el trazado de líneas de continuidad y desafíos, tanto para la comprensión desde el punto de vista académico, pero también social y comunitario, como para el abordaje en tiempo presente de estas situaciones. Como adelantos puede indicarse que ambas acciones son necesarias y en algún punto urgentes, y para todas ellas es ineludible la profundización y la complejización de la mirada.

4. Percepciones sobre muerte y duelo

La comprensión de la muerte y el duelo han atravesado históricamente a diversas disciplinas, lo que ha permitido generar diversos debates sobre sus concepciones históricas, antropológicas, psicológicas, culturales y sociales (Ariés, 1977; Walter, 1994; Malinowski, 1985; Gil Villa, 2011).

Sobre el fenómeno de la muerte, la única certeza que existe es que todo ser viviente, algún día, tendrá que experimentarla, pero pese a ello, esta es una realidad inquietante para las personas. La forma de morir, la interpretación y la aceptación que tenemos de la muerte se ha ido modificando a través del tiempo.

Actualmente nos encontramos ante un devenir histórico para la comprensión de la muerte, que va desde un sentido mítico y religioso hacia un sentido laico propio de las sociedades modernas, donde la salubridad como canon, la disminución de las tasas de mortalidad infantil, el aumento sostenido de la esperanza de vida, la tecnología farmacéutica, las vacunas, la medicina —y la lucha constante contra la muerte—, las revoluciones científicas del siglo XVII, las ideas ilustradas, los liberalismos, el triunfo del libre mercado y el placer presentista del consumo son fenómenos que se traducen en una mirada y en actitudes distintivas ante la muerte respecto a lo que ocurría en épocas anteriores (Ovalle, 2018).

La muerte, en tanto acontecimiento que irrumpe y marca una ruptura en la continuidad de los vínculos, adquiere sentido a través del duelo, entendido como el proceso mediante el cual las personas y los colectivos elaboran esa pérdida. A su vez, el duelo no puede pensarse sin la referencia a la muerte, ya que es precisamente esta la que lo convoca, lo configura y le otorga su especificidad.

Dentro de este marco de sentidos, ambos temas fueron abordados de manera conjunta en este estudio, partiendo de la premisa de que la muerte y el duelo constituyen fenómenos profundamente entrelazados, cuya comprensión resulta inseparable tanto en el plano individual como social.

En el apartado que sigue se presentan, en primera instancia, las impresiones iniciales que emergen de la interacción entre los participantes de los grupos de discusión, las cuales permiten introducirnos en los sentidos colectivizados. Desde esta perspectiva, más que eventos aislados, muerte y duelo conforman una unidad relacional en la que se articulan dimensiones emocionales, simbólicas y culturales, evidenciando que toda experiencia de pérdida implica no solo la desaparición de un otro, sino también una reconfiguración de sentidos y creencias.

Desde esta premisa el recorrido analítico abordará las creencias sobre la muerte y el duelo, atendiendo a las distintas formas de comprensión —naturales y religiosas, muerte digna—, así como a los tipos de muerte (esperada y no esperada) y a las diferencias generacionales que atraviesan estas interpretaciones. Posteriormente, se analizarán las emociones asociadas a estas experiencias, para luego dar lugar a una serie de emergentes vinculados a las instituciones que gestionan la muerte, así como a la influencia de los medios de comunicación en la construcción y circulación de estos fenómenos. Finalmente, se desarrollará un apartado específico dedicado a las muertes violentas —accidentes de tránsito, suicidio y homicidios— y al duelo dentro de estos contextos de pérdida.

Nube de palabras muerte, mayores



Nube de palabras duelo, mayores



Respecto a las creencias de los participantes del estudio, es posible señalar ciertas diferencias, según la etapa vital en la que se encuentran. El grupo de los jóvenes tiene mayor distancia de la muerte que los participantes de los otros grupos. En el discurso se aprecian creencias del tipo “no nos va a ocurrir nada” y “la muerte se encuentra lejana”. Estas ideas se reafirman en los relatos de los mayores, las que van en la línea de “con los jóvenes no se puede hablar de estos temas, porque se creen inmortales” o “no dimensionan que todos van a morir tarde o temprano”.

El grupo de jóvenes incluso hace hincapié, en varias ocasiones, que “no han experimentado aún una muerte significativa que los haya afectado”, por lo que no saben cómo reaccionarían o qué harían el día que ocurra. No obstante, en el relato plantean situaciones hipotéticas sobre qué piensan o que harían. Mientras tanto, en el grupo de mayores, al ya haber estado en contacto con otras muertes, esta se va “naturalizando” y plantean que es un “hecho que va a ocurrir”.

“Porque después de haber perdido familiares tan cercanos, como que uno lo va naturalizando. De que hoy estamos y mañana no sabemos si estamos. No depende de la edad tampoco.” G96, mayores

Asimismo, algunos participantes también hacen referencia a la forma en que la muerte es explicada durante la infancia. En este sentido, mencionan que a los niños se les suele transmitir la idea de que las personas fallecidas “se van al cielo”, como una manera de hacer más comprensible el tema. A la vez, señalan que en ciertos juegos infantiles aparecen representaciones de la muerte, por ejemplo, cuando en los juegos se “mata” a otros personajes. Estas menciones sugieren que el contacto con la idea de la muerte comienza desde edades tempranas, aunque suele presentarse de manera simbólica.

Sin embargo, más allá de las diferencias entre etapas de la vida, todos los grupos sostienen que enfrentarse a la muerte de alguien cercano genera incertidumbre respecto a cómo actuar, qué decir o cómo comportarse en esas situaciones. Incluso quienes ya han atravesado experiencias de pérdida señalan que continúa siendo un momento incómodo y difícil de manejar. Esta idea se mantiene en todos los grupos, sin importar el ciclo vital que estén transitando.

“Capaz que no se habla poco, se hace poco. Porque todo bla bla bla, pero después, cuando nos enfrentamos a determinadas situaciones, capaz que no sabemos reaccionar o actuar.” G39, mayores

4.2 Creencias sobre la muerte y el duelo

En relación con las creencias sobre la muerte y el duelo, el análisis realizado en este estudio permitió identificar dos grandes marcos de sentido, de los cuales se desprenden diversos núcleos subtemáticos. A continuación, se presenta un esquema que las sintetiza y organiza.



4.2.1 Marcos de comprensión sobre la muerte

La muerte aparece principalmente como un hecho natural y que es lo seguro de la vida. El grupo de mayores es el que mayormente manifiesta esta idea.

“Es lo que sabemos al final, o sea, desde que nacés sabés que es la muerte. Es el fin. Es lo más seguro que tenemos” G3, mayores

Otra idea central que influye en las creencias en torno a la muerte es la dimensión religiosa y espiritual, que incluye ideas como la vida después de la muerte o la reencarnación. Estas creencias operan como marcos interpretativos que permiten afrontar la incertidumbre que la muerte genera, ofreciendo sentidos y explicaciones que contribuyen a su elaboración.

“La creencia que tenemos la mayoría es que hay una vida después de la muerte.” G9, mayores

“Mis tíos son de una iglesia ahí, predicadores, pero para ellos es que se duerme, se va a dormir.” G3, mayores

Otra creencia que suscitó acuerdo en los grupos fueron contenidos vinculables a la idea de “muerte digna”. El contexto social en el que se inscribieron los grupos de discusión estuvo atravesado por el debate sobre la Ley de Eutanasia en Uruguay. En este marco, aparece como un aspecto relevante de las creencias la idea de muerte digna, en las cuales se reflejan otros marcos de sentido y posiciones respecto al final de la vida.

En los relatos surgen principalmente dos dimensiones que configuran esta idea de muerte digna. Por un lado, se relaciona con las condiciones en que ocurre la muerte, donde se valora que el fallecimiento sea sin dolor ni sufrimiento prolongado y sea un final no prolongado. En este marco, los participantes mencionan como ejemplos deseables “morir mientras se duerme” o “a partir de un paro cardíaco, porque implican una transición rápida y sin padecimiento”.

Por otro lado, la muerte digna también se vincula con la trayectoria de vida previa, particularmente con la idea de “haber vivido lo suficiente” o “haber cumplido con los objetivos personales”. En este sentido, algunos participantes asocian la dignidad de la muerte con morir en edades avanzadas o luego de “haber hecho todo lo que se quería en la vida”. Vinculado a esto, aparece la importancia de disfrutar el presente y el día a día, dado que la muerte es percibida como un evento incierto que puede ocurrir en cualquier momento. A su vez, en algunos grupos se menciona la importancia de “morir en paz” con uno mismo, con el entorno cercano y rodeado y acompañado por sus seres queridos.

Asimismo, surge de los grupos de discusión, aunque con menor frecuencia, las condiciones de cuidado al final de la vida, asociadas a la calidad de vida en los últimos momentos, al acompañamiento y al respeto de los derechos de la persona. En esta línea, algunos participantes mencionan al geriátrico como un escenario que podría implicar una forma de muerte poco digna.

“Y la solución, geriátrico, que es una cosa que está horrible, porque la persona que vive en un geriátrico no tiene una muerte digna. Porque el que está trabajando, de repente trabajó seis horas en otro lado, después viene y mete cuatro o cinco ahí, y no es uno solo, son diez...” G3, mayores

Por último, la noción de muerte digna aparece bastante vinculada con la posibilidad de “decidir sobre el propio final de vida”, lo que da lugar a menciones puntuales a la eutanasia y a la libertad de elegir cómo y cuándo morir. En este sentido, también surge la preocupación por evitar el sufrimiento no solo de la persona que muere, sino también de su entorno cercano.

El siguiente cuadro muestra algunas de las formas de expresar estas creencias en sus dos categorizaciones fundamentales.

Formas de expresar las creencias sobre la muerte digna

Condiciones	Trayectoria
“Porque capaz que es una muerte que vos tenés un paro, y ya fue lo mejor que te pasó, que tenés un paro, un desvanecimiento, y te moriste y ni te enteraste.” G8, adultos	“Una muerte que haya tenido una vida, lo más buena posible, que llegada cierta edad, o sea la vejez, o que muera por muertes naturales. Y que esté acompañado por la familia o amigos.” G5, adultos
“Porque es rápido, no duele. Ya está, pasaste de un sueño a otro y listo.” G4, jóvenes	“Que sea una muerte sin sufrimiento, cuando te toque, pero que uno ya haya transitado todas las etapas de su vida. No importa si 70, 80 o por ahí, pero... Y no sufrir, ¿no? Y que no sufra el resto.” G5, adultos
“Una muerte sin sufrimiento es una muerte digna. Si yo estoy enferma, un cáncer, que sé que no tiene cura, yo preferiría una eutanasia. Yo estoy a favor de la eutanasia.” G5, adultos	

4.2.2 Tipos de muerte: muertes inesperadas y esperadas

Otro grupo de creencias relevadas se vincula con la importancia atribuida al tipo de muerte y a la edad de la persona al momento de fallecer, aspectos que los distintos grupos de discusión coinciden en señalar como factores que inciden de manera significativa en las formas de comprender y significar la experiencia de la muerte y el duelo. Este aspecto en varias ocasiones funciona como hilo conductor de los relatos. Siguiendo esta idea, se puede realizar una clasificación según si fue una muerte inesperada o esperada.

4.2.2.1 Muertes inesperadas

En los grupos de discusión, las muertes inesperadas aparecen como las más difíciles de afrontar y de verbalizar. Los participantes las asocian con la muerte de personas jóvenes, las cuales son catalogadas como "inesperadas" y "devastadoras". En estos casos, los participantes suelen posicionarse desde su rol de padres, señalando que no podrían soportar la pérdida de un hijo. Se trata de una situación percibida como contraria al orden esperado del ciclo de la vida (se espera que los padres fallezcan antes que los hijos), para la cual afirman no estar preparados.

También se mencionan aquellas muertes que ocurren de forma abrupta, sin un proceso previo que permita anticiparlas. Por ejemplo, accidentes de tránsito, homicidios o suicidios, entre otras. Estas situaciones son señaladas como particularmente difíciles de procesar y de hablar, ya que no existe un tiempo de preparación frente al fallecimiento. Asimismo, señalan que esta dificultad también se encuentra influenciada por el grado de cercanía o vínculo que se tenía con la persona fallecida. De esta manera, el tipo de muerte parece habilitar o restringir la posibilidad de hablar sobre ella.

En particular, las muertes inesperadas son señaladas como aquellas que generan un mayor impacto en el entorno cercano y, por lo tanto, resultan más complejas de procesar y de poner en palabras.

Muertes inesperadas

Muertes de jóvenes	Muertes por accidente de tránsito
"No acepto a lo de un niño o un muchacho joven o adolescente, como sea, pero es como que yo, en mi forma particular, me interesa más vivir como decía ella, el nacimiento y la muerte en el medio hay un guión." G12, mayores	"Desde luego que va a impactar mucho más si vos vas manejando, chochás, te matás ahí. Bueno, te van a sentir mucho más que si tenés un cáncer." G3, mayores
"Yo perdí a mi padre, mi abuelo, mi madre. Pero en el principio perdí un hijo por un accidente, y no fue solo la pérdida del hijo, el problema es con la madre, porque la madre lo veía de una manera muy diferente." G9, mayores	"Por ejemplo, asesinatos, homicidios, por ejemplo. O te pega un poco más cuando es un caso con un niño o cosas así. Como que llega más. Te sensibiliza más." G95, adultos
"Que la muerte de un hijo es muy duro. Eso uno no está preparado. Porque uno los trae y uno cree que se va primero uno." G3, mayores	

4.2.2.2 Muertes esperadas

En contraste, los participantes también mencionan situaciones en las que la muerte puede anticiparse. En estos casos aparece con mayor frecuencia la idea de preparación o de espera frente al fallecimiento.

En estas situaciones se menciona la muerte de personas mayores, la cual es concebida como parte del ciclo de la vida. Cuando el fallecimiento ocurre en edades avanzadas, los participantes tienden a interpretarlo como un proceso más natural y socialmente esperable. Otro escenario que se plantea es el de las enfermedades, porque cuando una persona atraviesa una enfermedad grave —por ejemplo, el cáncer—, de la que se hace mención en varios grupos, o un deterioro físico y mental prolongados, los participantes consideran que existe un proceso previo que permite anticipar y prepararse para el fallecimiento.

A su vez, en algunos relatos aparece la idea de que, cuando el sufrimiento es muy intenso o prolongado, la muerte puede ser percibida como un alivio tanto para la persona que padece como para su entorno cercano.

A continuación, se presenta a modo resumen un cuadro que ejemplifica, a través de citas de los participantes, los distintos sentidos atribuidos a los tipos de muerte esperadas relevados en el estudio.

Muertes esperadas

Muertes por enfermedades	Muerte de adultos mayores
<p>“Porque a veces uno va procesando, va haciendo el duelo cuando la persona igual está viva. Porque ya sabe que hay determinadas enfermedades que no tienen retorno. En lo cual ya te tenés que ir como preparándote al final.” G11, adultos</p> <p>“Sí, pero viste que tú estás, es una enfermedad (sobre el Alzheimer) que está años, años, y enferma a todo el entorno. No solo tú te enfermas, enfermas a todo el mundo.” G5, adultos</p>	<p>“Bueno, es algo que sabemos en muchos casos, pero en otros puede ser una circunstancia trágica, y ahí cambia un poco la cosa. Cuando es un proceso natural, con los padres, generalmente, uno lo asume, ya sabés que es algo más natural. Ahora, si es mi hijo, ya la cosa cambia.” G3, mayores</p> <p>“Si se muere tu hijo, debe ser el dolor más espantoso que hay. Pero si se te muere tu padre o tu madre, depende de la edad, ¿no? Yo qué sé, uno se va preparando psicológicamente.” G5, adultos</p>

4.3 Emociones sobre la muerte

De los grupos de discusión surge que la muerte está asociada mayormente a emociones negativas como: miedo, incertidumbre, angustia y nociones de pérdida (ausencia, vacío).

“Creo que es un miedo permanente, el cuidado de que no pase algo con los seres queridos.” G6, mayores

Asimismo, los participantes señalan que no es lo mismo pensar en la muerte como un hecho lejano que enfrentarse a ella cuando ocurre en el entorno cercano. En este sentido, el miedo aparece con mayor intensidad cuando comienzan a fallecer personas de la misma generación o del círculo próximo. De esta manera, conlleva que las personas comiencen a pensar en su propia muerte o que la de sus seres queridos se perciba como más cercana.

"(...) yo noto que cuando fallece alguien de su edad, se atemorizan a que les pase. Entonces ahí nosotros tratamos, por lo menos de mi parte, de tratar el tema para que no sientan que están solos y que no tiene por qué pasarles. Eso todos sabemos que en algún momento va a pasar, pero no tiene por qué ser ya." G2, adultos

En la misma línea, los participantes perciben mayor afectación cuando la muerte se trata de personas con las que se tiene un vínculo cercano. Mencionan que este hecho puede dificultar tanto la elaboración del duelo como la posibilidad de hablar sobre el tema. Asimismo, señalan que evitar hablar sobre la muerte puede estar relacionado con el intento de no activar emociones dolorosas, como la tristeza, o de no pensar en la posibilidad de perder a un familiar cercano.

"Cuando las personas son más próximas a uno, es siempre más difícil el duelo, más difícil capaz que hablarlo, o llevarlo." G5, adultos

"Yo igual creo que no se habla por el hecho de que te puede dar tristeza. Entonces tenés que evitar eso, que te dé tristeza, o pensar que algún familiar se puede morir. Entonces no se toca el tema. Por lo menos en mi casa es así." G7, jóvenes

En los grupos de discusión también emerge la sensación de falta de herramientas para afrontar la muerte. Algunos participantes expresan sentirse desbordados emocionalmente cuando deben enfrentarse a situaciones de pérdida. En este sentido, señalan que no se sienten preparados para manejar estas situaciones y destacan la ausencia de recursos que permitan sobrellevarlas.

"(...) como que todos están empezando a fallecer. No sé por qué este año todos están empezando y yo como que no estoy preparada. O sea, no sé cómo manejarlo..." G7, jóvenes

En la misma línea, otros participantes señalan que, a pesar de que la muerte es un hecho inevitable, no existen instancias sociales que preparen a las personas para enfrentarla.

"Creo que ninguno tiene herramientas para enfrentar la muerte. Si es cercana, ¿quién te prepara para eso? Vos nacés y no estás preparado para soportar o adaptarte a la muerte." G8, adultos

"Sabiendo que del momento que nacés vas a morir y todos los que están al lado tuyo van a morir en algún momento... eso es algo que no nos preparan." G8, adultos

Por último en los grupos también aparecen menciones a diferencias de género en la forma de experimentar y expresar las emociones vinculadas a la muerte. Se señala que las mujeres tienden a mostrarse más sensibles y abiertas a hablar sobre estas temáticas. En contraposición, los hombres son percibidos como más reservados o con mayores dificultades para expresar sus emociones.

“Por el tema de la sensibilidad. La mujer es más sensible. En esto que decía también el compañero, desarrollan más estos temas. Los hombres me parecen más cerrados.” G7, jóvenes

4.4 Emergentes

Junto con lo anterior, en el transcurso de los grupos de discusión emergieron una serie de temáticas vinculadas a las formas sociales de gestionar y significar la muerte. Entre ellas, se destacan las referencias a las instituciones y los dispositivos que intervienen en estos procesos, así como a las nuevas formas de comunicar y expresar la muerte, las cuales se desarrollan a continuación.

4.4.1 Instituciones y dispositivos que gestionan la muerte

En los grupos de discusión también aparecen algunas menciones a las instituciones y a los procedimientos asociados a la gestión de la muerte, tales como las funerarias, los velorios y los cementerios. Estos elementos surgen cuando los participantes describen los pasos que siguen al fallecimiento y las prácticas sociales vinculadas a los rituales funerarios.

Asimismo, en varias ocasiones se realizan comparaciones entre cómo era considerada la muerte en el pasado y cómo se vive en la actualidad. Los participantes señalan que actualmente se habla un poco más que antes sobre la muerte y que las prácticas funerarias han experimentado transformaciones en los últimos años. En particular, mencionan que anteriormente los velorios solían durar más tiempo, mientras que en la actualidad existe una tendencia a acortar su duración o a optar por la cremación.

En este sentido, algunos participantes asocian la prolongación de los velorios con una extensión del sufrimiento, lo que explicaría la preferencia actual por rituales más breves.

“Pero con el paso del tiempo, la cuestión de respeto a la muerte, el duelo y demás ha ido variando mucho. (...) pero en los últimos 10-15 años, por ejemplo, el tema de los sepelios ha cambiado radicalmente. De ser horas, o todo un día entero, y unas demostraciones de dolor capaz que un poco más.” G2, adultos

Siguiendo esta idea, incluso se menciona que cada vez es más frecuente optar directamente por la cremación, evitando de esta manera la realización del velatorio. Además, también cuestionan el sentido de ciertas prácticas tradicionales vinculadas al duelo, como la visita al cementerio. En estos casos, se pone en duda el significado de estos espacios como lugares privilegiados para recordar a la persona fallecida.

“Mi experiencia con adultos, tipo mi padre y la esposa no quieren, por ejemplo, velatorio. Directamente cremación y veo eso últimamente en personas mayores.” G4, jóvenes

“Yo soy el único que no considera que tiene que ir al cementerio a llorarle a algo, porque considero que ahí no hay nada, por ejemplo.” G1, jóvenes

4.4.2 Nuevas formas de comunicar y expresar la muerte

Además, los participantes mencionan el papel de las redes sociales como un nuevo espacio en el que se comunica y expresa el fallecimiento de una persona. En este sentido, señalan que actualmente es frecuente que las personas publiquen mensajes cuando muere un familiar o alguien cercano. De esta manera, se amplía el alcance de la comunicación del fallecimiento más allá del entorno cercano.

Al comparar con el pasado, los participantes indican que este es un recurso que anteriormente no se utilizaba. Por esta razón, estas situaciones se mantenían en un ámbito más privado y personal, mientras que en la actualidad las redes sociales permiten que la noticia circule de forma más amplia y pública.

Esta idea aparece reflejada en el siguiente testimonio:

“Porque ahora, con las redes sociales, la gente muchas veces sale a expresarse cuando le fallece un familiar o alguien conocido. Y antes era personal de cada uno, y casi nadie se enteraba del entorno. Pero ahora, como que salen a exponerlo, porque en una red social te lo ve todo el mundo.” G2, adultos

4.5 Muertes violentas: experiencias, impactos y procesos de duelo

Como se señaló en el capítulo introductorio, se realizaron tres grupos correspondientes a participantes que vivieron de cerca muertes violentas (accidentes de tránsito, homicidios y suicidios). A diferencia de los otros grupos de discusión, estas instancias estuvieron marcadas por una fuerte carga emocional, que atravesó los relatos y las dinámicas de intercambio. Esta distinción responde a que la experiencia cercana con una muerte violenta configura una posición diferenciada en la manera en que los individuos y los grupos significan y resignifican la muerte. Para ilustrar los marcos de sentido presentes en estos grupos, a continuación se expondrán de manera consecutiva las creencias sobre la muerte y el duelo en los casos de suicidio, homicidio y accidente de tránsito.

4.5.1 Después del suicidio. Experiencias en torno al suicidio

En el relato aparecen diferencias con la disposición a hablar, compartir experiencias y participar en espacios colectivos según el género. No solamente en esta instancia sino también en los grupos que participan, que sostienen que visualizan una mayor facilidad de las mujeres para involucrarse y expresarse.

Los participantes mencionan con fuerza el carácter profundamente disruptivo de este tipo de muerte. No se trata solo de una pérdida, sino de una experiencia que “desordena la vida cotidiana, los vínculos y el sentido mismo de las cosas”. La muerte irrumpe de forma tal que tareas simples, como cocinar, trabajar o sostener la rutina diaria, se vuelven difíciles o incluso imposibles. En este sentido, también aparecen diferencias en los tiempos de retorno a la vida cotidiana: mientras algunas participantes mencionan haber retomado rápidamente sus actividades, por ejemplo, volviendo a trabajar a los pocos días, otras refieren a la necesidad de detenerse por períodos más prolongados, con certificaciones médicas de varias semanas.

Lo mismo sucede con los vínculos familiares, dado que cada integrante lo procesa de una manera diferente y se hace mención a quienes niegan lo sucedido y no quieren contar a otros que fue un suicidio. Además, se refieren a la pérdida de amistades y sentirse aislados.

El suicidio, además, está atravesado por un fuerte estigma. Varios participantes mencionan sentirse juzgados o cuestionados, como si hubieran podido hacer algo para evitarlo. Esto lleva, muchas veces, a no decir abiertamente la causa de la muerte o compartir lo sucedido con allegados.

“En mi familia nadie cuestionó nada en ese sentido, pero ves que se cuestiona, hay un general que dicen, ‘ay, pero nadie hizo nada, pero nadie no sé qué’, y echar las culpas, señalar con los dedos. Y en realidad sí, hubo un entorno familiar que hacía...” (G13)

Sin embargo, en medio de este escenario, también aparecen formas de sostén, redes de apoyo y actividades que ayudan a transitar el dolor. También surgen estrategias personales para sobrellevarlo, como hacer deporte, caminar o estar en contacto con la naturaleza. Los grupos de personas que han atravesado experiencias similares son mencionados como un apoyo fundamental. Allí encuentran algo que en otros espacios no siempre aparece: comprensión sin juicio.

“Sentirte que no sos un bicho, no estás solo, ni lo que te está pasando es una cosa única, sino que es un proceso y que estás en el momento ahora, estás en el caos, pero después salís y que se aprende a vivir con esto y todo... Es como muy liberador.” (G13)

En este sentido, se hace referencia al encuentro de supervivientes y a la campaña de La Última Foto⁵ como grandes herramientas para visualizar que otras personas estaban atravesando experiencias similares y favoreciendo la construcción de vínculos y redes de apoyo. Estos espacios no solo permiten compartir el dolor, sino también sentirse acompañadas y menos solas en el proceso. A su vez, funcionan como un motor para el activismo, impulsando a algunas participantes a involucrarse con el objetivo de que otras personas no tengan que atravesar situaciones similares.

“A mí me impulsa que no quiero que pase lo mismo con otras personas que lo que pasó a mi hijo dentro del sistema de salud. Ahí sí voy a reclamar, pero en el resto no puedo reclamar nada.” (G13)

Varios participantes destacan la importancia de ir a terapia, pero agregan que depende del terapeuta. A su vez, expresan dificultades en el acceso a la atención en salud mental. Describen procesos largos, burocráticos y, en algunos casos, poco sensibles a la situación que atraviesan.

5 La última foto fue iniciativa del Grupo de Comprensión y Prevención de la conducta suicida, desarrollada en 2024 y destinada a sensibilizar, problematizar y promover el trabajo integrado de distintos agentes sobre el duelo por suicidio y la posvención. Información en: <https://laultimafoto.uy/>

“Y el sistema de salud tampoco colabora, porque tenés que ir a un médico de medicina general a explicar por qué querés acceder a un psicólogo para después ir a un comité, donde otra vez te presentás con un tribunal a explicar por qué necesitás el derecho a un psicólogo y después te derivan a psicóloga, a psiquiatra y después, dependés de que te den, si hay lugar o si no hay lugar... y en el medio, va pasando tu vida y sos un manoseo.” (G13)

Si bien estas dificultades ya habían sido mencionadas en los anteriores grupos de discusión, en este caso adquieren particularidades vinculadas al suicidio. Los participantes refieren a una sensación de desamparo y desorientación ante la falta de acompañamiento institucional inmediato: no reciben orientación sobre los pasos a seguir, ni sobre el proceso judicial que se desencadena, a lo que se suman los costos económicos asociados, por ejemplo, a los abogados.

4.5.2 Experiencias y duelos por homicidios

El grupo de discusión estuvo conformado por personas que vivieron de cerca el homicidio de un familiar o persona cercana. Surgen similitudes a los otros grupos, especialmente en lo referido a las demandas en torno a la atención en salud mental. Los participantes critican que, en muchos casos, la respuesta se limita a la derivación psiquiátrica y la medicación.

“Por tema económico, dije, bueno, voy a agarrar y voy a dejar la terapia un poco, porque la salud, Fonasa o lo que quieras, te da psicóloga, psiquiatra y terapia y te empastillan.” (G14)

A su vez, aparece nuevamente la fragmentación de los vínculos familiares. Los participantes señalan que, en muchas ocasiones, deben sostener a otros en su duelo, lo que dificulta la posibilidad de elaborar el propio. En este contexto, también mencionan la asistencia a terapias de duelo, las cuales valoran positivamente y recomiendan como un espacio que facilita la elaboración del duelo y valida emociones.

“Pero sí, las terapias, yo siempre recomiendo a todo el que perdió, te enseñan a manejar emociones, te enseñan a no estar enojada, porque lo peor del duelo es el enojo, la impotencia de decir por qué a mí, porque vos te ponés que es a vos, pero hay cien mil personas sufriendo lo mismo que vos, la misma pérdida o algo, pero ante el duelo vos sos la sufrida.” (G14)

En este grupo se observa, al igual que en los grupos generales, pero que no ocurrió en el grupo de suicidio, una recurrencia en torno a las muertes esperadas e inesperadas. En este sentido, también se menciona la muerte de hijos, la cual es señalada como especialmente difícil de procesar.

“Claro, pero cuando muere una persona mayor la gente dice ‘bueno, pero ya vivió’. Trata de conformarse con eso.” (G14)

En este grupo, además, se hace mención a cambios en la ritualidad. Los participantes se refieren a prácticas que han ido cambiando a lo largo del tiempo.

"Antes te decían, `se murió la abuela, no se escucha radio`, como en mi caso, cuando murió mi abuela no se escuchó radio. El 2 de noviembre, me acuerdo que las radios pasaban solo música fúnebre, cosas de esas. Mi madre vistió de negro no sé cuánto." (G14)

"Los velaban... Esa impresión de entrar a la casa de mi abuela y ver el cajón, que ponían las bases aquellas para las velas, ¿te acordás? O las coronas..." (G14)

"Antes se le pagaba a gente para que fuera a llorar a los velorios también." (G14)

Al igual que en el grupo de suicidio emerge con fuerza el carácter disruptivo de este tipo de pérdida, aunque en este grupo adquiere tonalidades particulares. El homicidio introduce una dimensión de violencia que intensifica las emociones que se encuentran marcadas por la presencia de rabia, enojo, impotencia e indignación. Predominan sentimientos de enojo hacia la persona responsable del hecho, en algunos casos, incluso se manifiesta el deseo de conocer o enfrentar al culpable.

A su vez, se realizan cuestionamientos hacia las leyes y el sistema judicial. En este sentido, varias personas expresan disconformidad con las sentencias, que consideran insuficientes, y la necesidad de justicia aparece como un elemento central. Por otro lado, los participantes destacan que todos los presentes tienen el caso cerrado, es decir que saben qué ocurrió y quién fue el responsable. Sin embargo, señalan que no logran imaginar cómo sería atravesar la situación en caso de no contar con esa certeza, sugiriendo que la ausencia de respuestas podría complejizar aún más el proceso de duelo.

Algunos participantes incorporan en el relato los días previos, haciendo referencia a que estuvo desaparecido sin saber lo ocurrido. Estos momentos son señalados como especialmente difíciles, con mucha incertidumbre. No obstante, al mismo tiempo, deben continuar con su vida cotidiana, ya que mencionan haber seguido asistiendo a trabajar u ocupándose de sus responsabilidades mientras transitaban esa espera.

A diferencia del grupo de suicidio, en este caso emerge con mayor claridad la posibilidad de hablar sobre la persona fallecida dentro del entorno familiar. Los participantes destacan que suelen recordarla a partir de sus características, anécdotas y momentos compartidos, lo que les permite, en ocasiones, transitar el recuerdo desde otro lugar e incluso reír.

"Nosotros, como decía ella, que de repente lo hablamos más de las cosas hermosas y bonitas, de cosas que recordamos y hasta nos llegamos a reír, o qué hubiese dicho Juan en esta circunstancia, o qué hubiese pasado si él estaba acá." (G14)

Otra dimensión que aparece con fuerza es el tratamiento de estos hechos en los medios de comunicación. A diferencia de otros tipos de muerte, los homicidios suelen adquirir visibilidad pública, lo que impacta directamente en las familias. Los participantes señalan que la forma en que se difunden las noticias puede resultar invasiva o poco sensible, incluso en ocasiones desinformando o dando lugar a interpretaciones. En este sentido,

plantean la necesidad de contar con regulaciones y prácticas más cuidadosas, así como con un mayor acompañamiento institucional hacia los allegados.

“El tratamiento de la noticia, tener una normativa que, por más que haya un informante en la policía, que le paguen de tal canal, tratar de empezar a sancionar eso y sentarse a hablar con la familia y saber que el Estado, no hablo solo la policía, está ahí para apoyarlos como en el tema de terapia y esas cosas.” (G14)

Al mismo tiempo, algunas participantes amplían la mirada y señalan responsabilidades estructurales, vinculando estos hechos a fallas del Estado y a desigualdades sociales que, según plantean, inciden en las trayectorias de quienes cometen estos delitos.

“El sistema falló, estas madres... no estudian, no van a conseguir trabajo, y como no van a conseguir trabajo ¿qué tienen que hacer? No estoy justificando, pero digo, la parte esa es donde falló también el Estado.” (G14)

De esta manera, plantean que los familiares deberían tener algún tipo de compensación por parte del Estado.

“Aparte del dolor, es todo dinero. Todos sabemos que el mundo es así. Pero ante la muerte violenta tendría que haber alguna cobertura. No es un tema de sacar rédito, no. Es un tema de compensar un poco al ciudadano.” (G14)

4.5.3 *Experiencias y duelos por accidentes de tránsito*

El grupo de discusión estuvo conformado por personas que vivieron de cerca la muerte de un familiar o persona cercana en accidentes de tránsito. Al igual que en los otros grupos, aparece la concepción de la muerte como un proceso natural, asociado al fin de la vida. A su vez, ante la incertidumbre que genera la muerte, surgen la importancia de la religión, espiritualidad o creen en algo como ayuda para transitar el dolor.

“Aunque estoy trabajando y creo en otras cosas, y quiero creer en otras cosas también. Y no es cuestión de religión, sino de transformación.”

“A mí me ayudó mucho, que no pude hablar lo anterior, la espiritualidad. Yo creo mucho en Dios y no por las religiones, ni soy de una iglesia, ni nada... Yo sentía que había señales que eran de la persona que falleció, siempre sentí eso. Para mí la espiritualidad es todo hoy en día.” (G15)

Nuevamente se compara la muerte por accidente de tránsito con otros tipos de muerte, particularmente las esperadas, las cuales se pueden ir preparando y elaborando el duelo. De esta manera, los accidentes de tránsito son caracterizados como eventos abruptos que irrumpen sin previo aviso.

“Porque no lo esperarás, a vos no te avisaron antes que esa persona estaba enferma, no lo esperarás. Se murió.” (G15)

En esta línea, se realiza la comparación ante la muerte de una persona joven y un adulto mayor y lo complejo que es cuando es una persona joven.

“Porque después con una persona joven te quedan muchas cosas, que no viven la experiencia, cuando dejan hijos, todo eso te viene después... Una persona mayor es la ley de la vida.” (G15)

Al igual que en los demás grupos, se señala la falta de espacios para hablar sobre la muerte y el duelo, tanto a nivel social como en el ámbito familiar.

“Pero me parece que no hay espacios, que en realidad no hay espacios para hablar. Ni en la misma familia se dan los espacios a veces para hablar de la situación, cómo uno se siente.” (G15)

En esta línea, los varones señalan que cuentan con menos espacios para expresar el dolor, porque perciben que socialmente no se les habilita la manifestación de sus emociones.

“Los varones no tenemos permitido expresar el dolor, no hay lugar para que los varones expresemos nuestros dolores.” (G15)

A su vez, surge la necesidad de tener que seguir adelante por los seres queridos que continúan vivos, tener que apoyar a otros y no poder tener su espacio para duelar.

“Vos no te podías caer, vos tenías que ayudar a uno, abrazar al otro y ayudar a comer, a que coman los niños chicos.” (G15)

En este contexto, emergen demandas en torno al acompañamiento a los allegados del fallecido y a la atención en salud mental. Una vez más los participantes entienden que es fundamental ir a terapia, sin embargo, critican el rol del psicólogo cuando se limita a derivar al psiquiatra y la respuesta se centra en la medicación. Asimismo, se destacan las dificultades en el acceso principalmente debido a los costos económicos asociados.

“U otra cosa, cuando hay cosas que no estamos elaborando, ir a pedir ayuda a lugares donde hay que pedir ayuda, ya sea médica o ir a una terapia. No todo el mundo tenemos... a mí me pasó, de necesitar terapia y no poder bancarla económicamente y no la hice. Pero ni bien, cuando pude hacerla, la hice al tiempo.” (G15)

“Porque después viene lo otro también... eso, si vos querés darle un velorio digno, pero... porque después hay que tener el cuerpo y llevarlo a algún lado, eso sale mucha plata, pero mucha plata, te estoy hablando que lo mínimo es de 50.000 pesos para arriba.” (G15)

En el grupo de accidentes de tránsito aparecen emociones que surgieron en el de homicidio, como bronca, rabia, impotencia, pero también se le agregó el miedo, principalmente asociado a la posibilidad de que el hecho se repita.

“Al principio rabia, porque te la agarrás con la otra persona, que a veces son imprudencias.”

“Siempre me da miedo.”

“Avisame cuando llegues.” (G15)

Este miedo también se traslada a acciones de la vida cotidiana, como la conducción, al no querer manejar o tener miedo de que otros lo hagan.

“Entonces, claro, mis miedos, por ejemplo, mi hijo aprendió a manejar, y yo tengo un terror de que agarre el auto.”

A su vez, los participantes elaboran ideas sobre que el accidente se podría haber evitado o hipótesis de qué podría haber sido diferente. En este sentido, emerge con fuerza la noción de responsabilidad, asociada tanto a las acciones de terceros como a las condiciones en las que ocurren los siniestros.

“Sentís que están jugando con tu vida.” (G15)

En este grupo se mencionó la terapia y grupos de ayuda, pero especialmente se hizo hincapié en terapias alternativas, principalmente relacionadas a la espiritualidad y creencias religiosas, entre otras.

“Yo estuve ahora, hace poco, con psiquiatras... No me ayudaron en nada, tuve que buscar estas terapias alternativas, que, gracias a Dios, yo siento que me ayudaron.” (G15)

4.6 Síntesis

Una vía de acceso a la comprensión de los sentidos atribuidos a la muerte es su concepción relacional con los procesos de duelo. Así entendida, esta unidad articula dimensiones emocionales, simbólicas, culturales y socialmente construidas. El duelo en este marco se define como el proceso mediante el cual los colectivos elaboran, desde estos cruces, las rupturas de lazos sociales de distinto tipo.

En los grupos de discusión, en las impresiones preliminares —y a medida que el fenómeno se tematiza— las reflexiones más dialogadas exhiben rastros sugerentes en estos sentidos. De este modo, las asociaciones inmediatas pueden leerse a través de los momentos de vida: emociones e imágenes negativas, asociadas con la tristeza, la pérdida y el duelo como vacío y necesidad de superación en jóvenes y adultos; en contraste con visiones de naturalización o resignación “es parte de la vida”, conectando el duelo con la pérdida de forma más general y abstracta, y también como algo más cercano o normalizado.

Avanzando en la comprensibilidad y formas de explicar(se) la muerte, se han identificado tres marcos de creencias respecto de la muerte y el duelo:

- 1) como hecho natural e inevitable, más presente en los grupos de mayores,
- 2) la concepción espiritual y religiosa, que funciona como un marco interpretativo y de consuelo, especialmente afincada en ideas de trascendencia (reencarnaciones, vida después de la muerte),
- 3) criterios vinculados a la dignidad de la muerte, sobre todo al propósito/deberes vitales, el sufrimiento y la capacidad de decisión.

En este último caso se aprecia la marca contextual, ya que en los meses del trabajo de campo se asistió a la presencia mediática de este tópico en virtud de la aprobación de la Ley de Eutanasia.⁶

En este tema las distinciones más notorias que emergen son en relación al tipo de muerte con base en dos factores muy relacionados: entre muertes esperadas e inesperadas, y en virtud de la exposición a muertes violentas; ambas asociadas a la disrupción respecto de las trayectorias esperables de la vida, tanto en sentido de la trayectoria en años como en relación a los propósitos de vida.

Respecto de la gestión de la muerte se aprecian algunos tópicos asociados con el contexto social y cultural contemporáneo vinculables a la mutación de los rituales de gestión y duelo, como los cambios en los rituales de duelo, sobre todo en su duración, tipos de actividades y cambios vinculados a su despliegue en las redes sociales.

También se traen a discusión algunos diferenciales estructurales, como las diferencias entre varones y mujeres en estas capacidades, sobre todo respecto de los roles e imágenes tradicionales de género, en los cuales a las mujeres se les asigna mayor disposición, habilidades comunicativas y manifestaciones emocionales, en contraposición con la "prohibición" de hacerlo para los varones.

Las muertes violentas, abordadas en grupos específicos, generan formas de comprensión y respuestas muy cargadas emocionalmente: la rabia y la ira en los homicidios; el miedo o la culpa y la vergüenza en el caso de las muertes por suicidio. Este aspecto, junto con la falta de apoyos o abordajes sensibles al peligro de revictimización o el estigma, confirman la necesidad de abordajes diferenciales, tanto para la profundización de su comprensión como para la intervención institucional, ya sea de medios u otros espacios comunitarios y sociales.

6 Ley 20431 denominada Ley de Muerte Digna o Eutanasia, aprobada el 20 de octubre de 2025. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/20431-2025>

5. Ideas, emociones y acciones en torno al suicidio

El suicidio es un fenómeno social de difícil elaboración desde el punto de vista teórico. Así lo refieren las distintas aproximaciones al tema desde el amplio campo de los estudios sociales, confluyendo en explicaciones, elementos históricos, sesgos morales y construcciones socioculturales que hacen del suicidio un hecho difícil de delinear conceptualmente, mas no complejo de entender o representar.

De forma genérica, todos elaboramos una idea aproximada a las definiciones más amplias sobre lo que significa el suicidio. Estas ideas imprecisas e intuitivas se conectan con las definiciones de divulgación o no especializadas que vinculan al suicidio con todo aquel acto de quitarse voluntariamente la vida. Avanzar en la precisión del fenómeno, en sus definiciones y dimensiones de análisis es también avanzar en discusiones conceptuales y epistemológicas relativas a los diferentes campos en los que el suicidio se sitúa como objeto. Esto ha colaborado a reclamar para el suicidio un abordaje que trascienda los campos disciplinares tradicionales, situándolo en las también difíciles fronteras de concurrencia y producción inter y transdisciplinar.

El carácter exploratorio del estudio y los fines de divulgación de esta entrega no apuntan a esta discusión, al menos en una aproximación primaria, que busca, sobre todo, acceder a las ideas de los participantes acerca del fenómeno. No obstante, y solo como marco general para este acceso y la delimitación a manejar para la interpretación de las construcciones de los grupos a través de los informantes, se entiende de manera amplia al suicidio como toda muerte no accidental cuya causa es deliberada, autorprovocada y autoinflingida por la víctima, a sabiendas de su resultado (Cohen, en Hein et al., 2020).

En lo que sigue se dará cuenta de cuatro planos del análisis descriptivo específico sobre el tema suicidio en los grupos de discusión desarrollados, iniciando con una descripción amplia que incluye las primeras impresiones que el tema suscitó en los integrantes, sus asociaciones y tipo de ideas predominantes en dos planos en función de su emergencia: a) ante el estímulo directo y b) de forma espontánea —cómo y cuándo surge el tema, independientemente del estímulo.

En un segundo apartado se repasan las creencias y conceptualizaciones asociadas con este tema, considerando especialmente los puntos de convergencia y las divergencias o nudos de diferenciación en atención a las etapas vitales, zonas de residencia y otros elementos emergentes.

Seguidamente se analizan las emociones y demandas que emergen, también de forma predominante, así como sus principales asociaciones y vinculaciones temáticas.

Por último y a modo de cierre, se presenta la misma descripción analítica con base en las categorizaciones y trama resultante del análisis temático, así como las principales tensiones asociadas al tema.

5.1 Primeras impresiones

Las ideas asociadas con el tema suicidio, a modo de primeras impresiones, tienden a asociarse generalmente a emociones negativas de sufrimiento, sobre todo tristeza y dolor. También se ponen sobre la mesa en más de un grupo sensaciones y emociones vinculadas a estados de perplejidad (sorpresa, asombro) ante un tipo de muerte a las que se le confieren características propias.

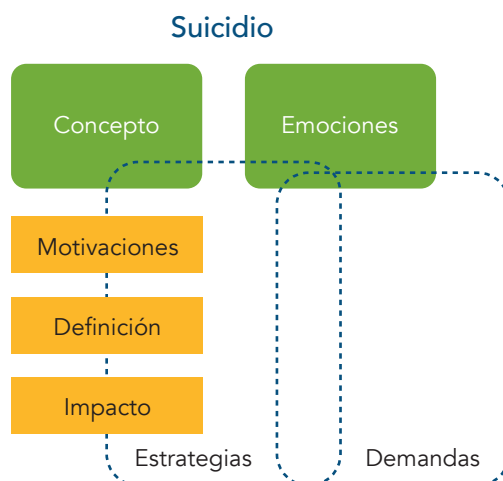
5.2 Creencias, ideas y conceptos desplegados para explicar y comprender el suicidio

En líneas generales y para la totalidad de los grupos, los participantes utilizan diversas estrategias y apoyos para desarrollar su forma de entender y explicar el suicidio.

Entre las recurrencias en este sentido se encuentran sobre todo valoraciones —cómo lo entiende la persona que habla— y atribuciones —cómo cree que lo perciben los diversos “otros” enunciados— respecto de los factores explicativos básicos, como ser motivaciones, tipo de acto/fenómeno, impacto y formas de argumentación de estas posiciones, a menudo divididas en alusiones a información general, proveniente de medios y fuentes diversas, y a experiencias de distinto tipo de cercanía, pero siempre relatadas en primera persona.

Con estos elementos, el esquema de análisis de las conceptualizaciones se perfila así:

Análisis temático de las ideas asociadas a la conceptualización del suicidio



De un modo genérico, se aprecian dos grandes grupos a la hora de intentar posicionarse sobre un fenómeno como el suicidio, que van en general en línea con otros hallazgos y reflexiones sobre el tema (Hein *et al.*, 2020): a) perplejidad y b) atribuciones vinculadas a la culminación de un proceso, en la mayoría de los casos, de dolor y sufrimiento imposibles de gestionar.

Una parte sustantiva de los participantes lo describen como un fenómeno directamente incomprensible, inasible desde el punto de vista racional, indicado por una sucesión de interrogantes, complementadas con reacciones como la sorpresa, la incertidumbre y la directa incomprensibilidad del acto.

“Para mí... me cuesta mucho comprender el suicidio, qué lo lleva a suicidarse. Más allá de qué le puede haber pasado, ya va más allá de eso, no importa lo que le pasó. ¿Por qué llegaste al punto tal en que decidiste renunciar a tu vida? ¿Cómo fue que llegaste a esa decisión tan extrema?” G5, adultos

Las expresiones de este tipo aparecen vinculadas a menciones a la valoración personal de la vida, ya sea desde una conceptualización sustantiva, en la que “la vida vale por sí misma”; o asociadas a los afectos y los vínculos. La confrontación entre la valoración propia de la vida y la “decisión extrema” de terminar podría estar en la base de esta incomprendibilidad del acto.

“¿Por qué lo hizo? ¿Qué le estaría pasando? Porque alguien que se mata, por algo se mata, o le falta una ayuda, le faltó algo, le faltó hablar con alguien, tuvo un problema grave, no supo salir afuera. O sea, ¿qué fue lo que le pasó? ¿Por qué lo hizo? Porque nadie sabe en realidad lo que ellos están viviendo, o lo que ellos están viviendo en la casa. Uno sabe lo que ellos están buscando acá, pero lo que viven, realmente, no lo sabe nadie.” G5, adultos

5.2.1 Definiciones del suicidio

La lectura transversal de los grupos permiten visualizar posiciones entre la incomprendibilidad manifiesta hasta diferentes intentos de explicaciones en una suerte de continuum en el que se puede leer la muerte como antítesis y doble cara de la vida, valorando también las vicisitudes que implica transitarla.

En el esfuerzo de conceptualizar el suicidio, los intentos de definición están muy ligados a las motivaciones a partir de las cuales se explica la decisión de terminar con la propia vida. Esta decisión se entiende en dos grandes vertientes: como el punto cúlmine de una acumulación extendida en el tiempo o, en una menor cantidad de casos, como un momento fugaz, descrito como un clic en el cual no se piensa con claridad, esto es, un momento o exabrupto irracional.

En este continuo, se aprecian concepciones que entienden la finalización de la propia vida como una decisión, en casi todos los casos, motivada por finalizar una situación de vida que no se es capaz de soportar. Ya sea asociada al dolor, el sufrimiento o hasta la privación o las marcas signadas por vivencias traumáticas. La asociación manifiesta es la finalización de la propia vida como una acción para terminar con el sufrimiento.

“Yo creo que están sufriendo. Sufren y no quieren sufrir más, y la forma de terminar ese sufrimiento es matándose. Es la forma de terminar todo. La persona que se suicida, me parece, siente mucho dolor y no ve una salida. Entonces, al no ver una salida, se termina el dolor.” G5, adultos

“Yo siento que tenía un dolor insoportable y por eso tomó esa decisión, algo que veía que no tenía otra solución y bueno, tomó esa solución.” G1, jóvenes

En el marco del suicidio como decisión y solución ante el sufrimiento también se apreciaron —sin entrar en mayores detalles— algunas diferencias en el grado de conciencia o premeditación atribuida a esa decisión, lo que deja estas posiciones en cierta ambivalencia entre el acto desesperado y la estrategia entre la acción afectiva y racional.

“Yo creo que se habla de suicidio cuando pasa. Como que el suicidio fuera solamente el hecho y no todo lo que viene antes de cometer la acción. Yo creo que el suicida está como muerto antes de tomar la decisión, porque yo

creo que el suicidio es como el punto donde ya la decisión está como muy tomada. Por eso creo eso de que el suicida está muerto antes de tomar la decisión.” G1, jóvenes

La afirmación anterior oficia como una síntesis que está presente y complementa la idea del suicidio como solución ante el sufrimiento. En todas ellas el suicidio se concibe y se explica como resultado de un proceso, aun cuando hay menciones a la idea de clic o exabrupto. Hay una concepción de un fenómeno que es procesual, de un proceso de padecimiento que lleva y finalmente termina con la decisión de suicidarse, más allá del grado de conciencia atribuida en el momento del acto, en el cual la persona es caracterizada por un participante como “muerto aún antes de tomar la decisión”.

“Son problemas que uno tiene... y a veces un problemita para uno es así, y para otra persona es un problema así. Entonces, lógicamente, no tener con quién dialogar, a veces, y no poder exteriorizarlo con otra persona, guardárselo, y eso se va agigantando. Y lógico, y es un dolor muy grande a veces, que se lleva adentro. ¿Y cómo salís del dolor? Me pego un tiro, me hago... y ya no vivo más y ya no me duele más. La gente hace eso.” G6, mayores

Los matices se comienzan a visualizar cuando se expresan e intentan explicar las motivaciones, el malestar, atribuyendo los distintos significados de la vida para alguien que atenta contra ella según estas reflexiones. Aquí hay varias motivaciones y se aprecian diferenciaciones entre los grupos de edades.

“Digo, porque no puede ser, la droga y las novias son problemas diarios para tomar determinadas determinaciones.” G9, mayores

“Yo trabajo generalmente con gurises de la edad de mi hijo, por ejemplo, y con la pasta base especialmente, con los suicidios por no tener plata para seguir usando la mierda... hasta con gurises chicos que tienen 14, 15 años y trabajaban bien y empezaron con eso se quedaron sin plata perdieron todo... y gente de 20, 20 y poco.” G8, adultos

Una mirada transversal de las supuestas motivaciones muestra, tanto atribuciones vinculadas con el dolor o sufrimiento a secas, como a situaciones vinculadas a violencia y consumos problemáticos, dando cuenta de la construcción social de ciertos estigmas. Como ejemplo de esto último se aprecia la asociación entre consumos problemáticos de sustancias asociados a motivaciones de suicidio en jóvenes, o la falta de paciencia o templanza ante temas pasajeros o solucionables, tal como se puede apreciar en las siguientes expresiones, todas correspondientes a mayores, grupos en los que se ve de forma predominante este tipo de atribuciones de sentido:

“O sea, hay varias cosas que hay... Por ejemplo, una de ellas son a veces las posiciones económicas y lo que está sufriendo verdaderamente en la pobreza, porque hay gente que lo toma bien, hay gente que lucha, lucha y no llega, y llega, agarra para el otro lado... y bueno. Nosotros, por ejemplo, en el tiempo nuestro, a la pobreza le teníamos miedo, le tenemos miedo a la miseria, por eso que trabajábamos al mango y aprendíamos lo que tenía-

mos que aprender. Pero hay veces mentes un poquito más débiles que no aguantan la presión.” G6, mayores

Estas convicciones sobre lo esperado para cada etapa configuran relatos consistentes en adultos y mayores. La edad “productiva” a la vez que presiona, no deja espacio para otros problemas menos terrenales, como por ejemplo, la muerte. A esto se suma la responsabilidad por la propia familia, su apoyo y mantenimiento.

“Me parece, no sé la cifra, creo ¿no? Se da entre los jóvenes, adolescentes, hasta los 30, 25 años. Después salta una franja de 50 a 55 en adelante. Creo que es así porque hay una brecha en el medio, que es la que tiene que trabajar, que tiene que laburar, que tiene un montón de responsabilidades, que va de 25 a 50 años y como que eso no deja, o queda para atrás ese problema de muerte.” G3, mayores

Los factores asociados a las condiciones de vida aparecen sobre todo en las atribuciones que grupos de adultos hacen sobre las motivaciones de unos y otros. La predominancia de las preocupaciones vinculadas a la vida laboral, al sustento económico y la familia, en línea con cierto patrón generacional alineado con la maximización productiva de la adultez “madura” se mencionan como motivaciones centrales en estos grupos etarios.

“Me parece que la cuestión corre por la educación, por la cuestión económica, que es base de todo, de todo nuestro bienestar.” G2, adultos

Asimismo, la visualización del malestar social, asociado al vértigo de la cotidianidad, el aislamiento y la soledad, agudizada por el uso de redes sociales:

“Sí, pero estoy de acuerdo con ella, todo eso se está perdiendo por el tema del TikTok, el Instagram, de estar todo el tiempo... Pero eso es general, es en todo, no solo empatía, es muchas cosas que la gente está perdiendo.” G11, adultos

La idea de soledad emerge a propósito de la salud mental, tanto como solución vinculada a la tranquilidad y al autoconocimiento, pero también como un problema, sosteniendo que hay momentos y momentos de/para la soledad. Es un tema que emerge y si bien muestra esta ambigüedad, las menciones a propósito del suicidio y la salud mental son definitivamente negativas. La soledad, el aislamiento como problema social y los padecimientos de salud mental son los factores mencionados como motivaciones de suicidio, en forma recurrente y convergente en los distintos grupos de edad y residencia.

5.2.2 Impactos y responsabilidades diferenciales

Otro factor que trasciende las etapas vitales y lugares de residencia, aflorando en los diferentes grupos con el mismo sentido, es la comprensión y valoración diferenciada según el momento vital de quien se suicida. Lo mismo ocurre y surge de manera casi

inmediata, tal como se ha mencionado en el primer apartado, respecto de las reflexiones sobre la muerte.

La muerte, incluida la muerte por suicidio, se percibe de forma diferencial —en el sentido de comprenderla y sopesarla— y también, como veremos, en el tipo de emociones que genera, en función de la edad o etapa vital.

Si se ubicaran esta vez las apreciaciones en un continuum, el extremo de incomprendibilidad y fatalidad disminuye conforme avanza la edad de quien se suicida. El suicidio de personas mayores es percibido como una decisión no solo de un mayor grado de conciencia que las de adolescentes y jóvenes, sino también más entendible por factores que resulta interesante analizar. La comprensibilidad del suicidio de los mayores responde en estas explicaciones a dos factores principales. Por un lado, una referencia atribuida al “sentido común” respecto de “haber vivido” la vida, pero haber vivido se asocia, en las referencias directas disponibles, a haber acumulado problemas, frustraciones y sufrimientos. Por otro lado y como lo explicita la última cita, el haber cumplido con lo esperado, ampara al suicidio como una opción más “aceptable”, como lo expone el siguiente intercambio del grupo de adultos del litoral:

“Si es una persona joven, si es una persona adulta, con 80 años, capaz que es porque ya está (...) ¿Cuántos señores dejan abierta la llave del gas?”

Las posiciones de todos los grupos, sin distinciones marcadas por generación o género, se alinean en torno al mayor impacto que provoca la muerte por suicidio de jóvenes. En relación a este tema, no se hace referencia —como ocurre con las percepciones sobre la muerte en general— a niños y niñas, aunque sí a las adolescencias, como se pudo advertir en un extracto anterior.

“Una cosa distinta es el joven, que está sufriendo. Porque una persona de 60 años, 50 años, de la edad de nosotros, que se suicida mucha gente ¿no? Y yo lo tomo también en lo personal, como que ya es más un poco libertad de uno, que vive un montón de procesos de la vida y ya está en otra etapa, bueno, es una decisión. Ahora, cuando es joven, ahí viene la pregunta: no hicimos nada, qué hicimos.” G3, mayores

Este tipo de reflexiones cargadas de emociones como culpa o la frustración se ven sobre todo en los grupos de adultos y mayores, tal como se extrae en los ejemplos. Se expresa una asunción de responsabilidad y culpa del suicidio de jóvenes, una suerte de responsabilidad generacional no cumplida y el suicidio se concibe como un hecho evitable. La distinción respecto de las personas de edades avanzadas —en las que el suicidio se comprende como una decisión aceptada o válida— y jóvenes es notoria.

Esta responsabilidad social generacional o su falta también se endilga a los adultos “maduros” vinculados con la productividad económica y familiar, atribuyendo directamente perfiles egoístas o irresponsables a quienes, por aliviar su dolor o terminar con sus problemas, “dejan” a sus familias. En estos casos, más que una injusticia, el suicidio se ve como una falta, una irresponsabilidad.

“Yo no juzgo. En casos que uno capaz que... Si dejás dos gurises o tres chicos atrás, ¿me entendés? Por problemas con un amigo te tuviste que suicidar. Te entiendo, pero no te lo comprendo. En ese tipo de casos, sos

una persona sola, no tenías a nadie. Bueno, no lo hablaste porque no tuviste amistades, te faltó... no sé, hablarlo más. Pero digo, si tenés gente a cargo, me parece que la opción del suicidio es mejor como para dejarlo más adelante. Por lo menos hasta que los gurises terminen.” G8, adultos

La ambigüedad que se aprecia en este enunciado da cuenta con claridad de que lo que no se juzga es el suicidio en sí como decisión, sino cuándo (etapa vital) y qué consecuencias provoca. Los vínculos, como se verá enseguida, son otro factor transversal que diferenciará la amplia gama de temas que se repasan: desde cómo se entiende hasta cómo se vive un suicidio.

“Creo que, por ejemplo, en el caso de los suicidios, ¿no?, la persona que se quita la vida lleva también siempre un gran dolor en los que quedan. Y sobre eso pueden cambiar la vida momentáneamente, en segundos. Pueden cambiar la vida de familias enteras porque se lleva la felicidad, se lleva la unión. Y a veces uno no trata de... no puede comprender qué es lo que pasó en ese momento.” G6, mayores

Como es de esperar, el impacto viene diferenciado también por el tipo de vínculo que el/la hablante toma como referencia. El impacto en los núcleos afectivos, como ser la familia, o de socialización cercanos, como los ámbitos educativos y laborales, son puestos en el primer plano de afectación. Esto se evidencia sobre todo en los relatos y experiencias que los participantes traen a colación, como ejemplos y para apoyar algunas de las posiciones repasadas. No obstante, es en la argumentación sobre el impacto y sus distintos matices en que estas experiencias han sido mayormente puestas como ejemplo.

Para dar cuenta del impacto, los participantes narran con bastante grado de detalle las experiencias cercanas que han tenido. Lo predominante en estos relatos es la descripción de sensaciones y emociones asociadas con la vivencia, mayormente sorpresa y dolor. En los casos de familiares cercanos se evidencia la perdurabilidad de la afectación, que se tiene presente en la gran mayoría de los casos, como algo muy angustiante y sin solución.

En el siguiente apartado se analizan las emociones vinculadas al suicidio, surgidas a partir de estas narraciones. La escucha atenta y la empatía se desplegaron en todos los casos, siendo momentos en los que se apreciaba el esfuerzo por comprender y la empatía de los participantes. Esto está alineado con otro factor que se analizará en el apartado de estrategias y demandas, que es la necesidad de exteriorización y escucha para sobrellevar estas situaciones en lo personal y familiar, y también como estrategia de políticas.

5.3 Emociones vinculadas al suicidio

Considerando la totalidad de los grupos, las emociones más indicadas en su vinculación con el suicidio son la impotencia —por no haber podido ayudar o por la sensación de que la ayuda llegó demasiado tarde— y la tristeza, junto con la sorpresa y el asombro. La imprevisibilidad del acto, así como la incomprendibilidad mencionada al comienzo del análisis están sin dudas relacionados con esto, si se atienden las argumentaciones de los participantes. Entre otras emociones reiteradas de incluyen la angustia o desesperación, y sobre todo en los jóvenes se menciona la empatía, por la atribución al

sufrimiento extremo del otro. La perplejidad mencionada se vincula a la dificultad de entender qué lleva a una persona a tomar esa decisión tan extrema y se relaciona a que la persona parecía estar bien.

“Entonces, digo, ¿cómo no me di cuenta, cómo no se me ocurrió? Tú dices, tal persona se suicidó, nunca me hubiera imaginado que se sentía mal. A mí me pasó con una persona, que era un chiquilín y el trato conmigo era... nunca lo vi mal. Angustiado, sí, como se puede ver a alguien angustiado de vez en cuando, pero no al punto de que, a los días, si se fuera a suicidar.” G5, adultos

Las distinciones que presentan los grupos en este aspecto vienen dadas por una mayor conexión de los grupos de mayores de emociones como culpa y frustración, ligada a la responsabilidad también descrita con anterioridad y en la cual se asocia al suicidio con un grado extremo de dolor.

“A mí lo único que me provoca es un dolor tremendo, que no tengo, no sé, no tengo palabras, no tengo solución, no sé cómo decir para que no lo hagan. En el caso de conocer a alguien, ¿no? Cuando veo a alguien en la televisión me produce mucho dolor.” G12, mayores

La culpabilización, enunciada de modo amplio al no haber cumplido con una suerte de deber generacional de cuidar a los jóvenes que se suicidan, se matiza, sobre todo en el caso de adultos (franja intermedia), con una profusión de anécdotas y relatos sobre casos de suicidio en los que, una vez efectuado, se reconocen algunas pistas o señales que las personas pueden haber dado. Es mayormente en estos casos cuando aparece el vínculo, también frecuente del suicidio con estados o diagnósticos de depresión, siendo casi un empleo del término como descriptor resumido del malestar. Las situaciones de depresión y los posibles factores se asocian de manera diferencial según la edad, tal como se señalara; siendo más frecuente la alusión a pérdidas o acumulación de sufrimiento en personas mayores, que según este mismo grupo de edades serían quienes más se vinculan con una decisión consciente de dar por finalizada la vida. En este sentido se aprecia otra tensión, manifestada directamente en más de un grupo, respecto de entender el suicidio como un acto de valentía o cobardía: lo primero respecto a una decisión extrema, lo segundo por no poder/saber afrontar los desafíos de la vida, entendidos mayormente como desafíos y responsabilidades propios de la vida adulta:

“Para mí es muy difícil ubicarlo en un pensamiento lógico, porque pasan las dos cosas, la cobardía y la valentía, a la misma vez. Y eso no lo logro entender para suicidarse, yo, mi subjetividad.” G12, mayores

“Siempre queda la pregunta, sin duda, en realidad. Y después, bueno ¿fue un acto de cobardía o fue un acto de valentía? También buscar esa resignación, la cabeza no le anduvo bien, no estaba bien en realidad, como que eso lo llevó.... Estaba enfermo, después vimos por estudios y todo que estaba enfermo, usaba pañales. Y eso te lleva como a decir, bueno, fue por eso, fue para no sufrir.” G5, adultos

El catálogo de emociones que ubica entre las mayores frecuencias a la impotencia y la culpa pueden estar dando cuenta de la apropiación de esta responsabilidad, en un

sentido más marcadamente social. Aunque son pocas las menciones que dan cuenta de una problematización o definición directa del suicidio en este sentido, las valoraciones referidas a la situación o pauta sociocultural actual, en tanto contexto indirectamente referido, hablan de una sociedad acelerada, vertiginosa y enfocada en el producir/tener. Asimismo, el escenario de las redes sociales, su presencia omniabarcativa y los cambios que han generado en cómo se procesan el dolor y el duelo, así como la gestión y el manejo de los vínculos, son elementos no menores a la hora de entender cómo se conceptualiza el suicidio, cómo se analiza y cómo se gestiona en tanto fenómeno y problema social actual.

Las declaraciones evidencian acuerdos respecto de la necesaria empatía, sobre todo ante la necesidad de conocidos y cercanos de hablar o manifestar estados de malestar. Esto parece estar conectado con ciertas dosis de la referida culpa porque aparecen vinculados el suicidio como desenlace de una situación que no pudo ser anticipada por falta de comunicación del afectado/a, pero también por no haber encontrado interlocución en su entorno, tal como lo manifiestan estos integrantes del grupo de adultos de Montevideo:

—Creo que el trabajo tiene que ser también en todos, en cambiar la mentalidad de que si alguien viene a plantearte algo que tal vez para vos es una pavada para esa persona es el mundo entero y se les cae a pedazos.

—Sí.

—Y sí, quizás tener como una... ser más simpático, cambiar un poco, ponerse un poco más del lado de la persona que te está contando, así podés ayudarlo de alguna manera. Falta empatía en la sociedad.

—Escucharlo, mínimo.”

5.4 Demandas vinculadas al suicidio

Los hallazgos predominantes de los significados que emergen como categoría “demandas” se asocian a todas aquellas acciones, necesarias y directamente solicitadas para enfrentar de alguna u otra forma tanto la prevalencia como las consecuencias del suicidio, situados en el contexto de Uruguay.

Las demandas que emergen vinculadas directamente al suicidio permiten identificar dos grandes grupos de ideas. La gran mayoría de los aportes se vinculan al abordaje, la contención y el apoyo luego de cometido el suicidio, es decir, mayormente vinculables a lo que se entiende como acciones de posvención, definida como el conjunto de las “acciones que son planificadas, posteriores a la muerte por suicidio, que buscan reducir los efectos traumáticos en las personas, familias, grupos e instituciones relacionadas con quien se quitó la vida” (Hein *et al.*, 2020, p. 154).

Las demandas sobre “hablar del tema” cubren un amplio arco que va desde definiciones amplias sobre su necesidad, al abordaje de situaciones desde marcos institucionales:

“No es algo que sea normal hablarlo, es como que queda ahí y no se toman medidas como para decir, bueno, en base a esta experiencia, ¿qué podemos hacer?” G11, adultos

Tal como lo expresa el siguiente comentario, se hace una vinculación directa entre las acciones de posvención, ligadas a la prevención:

“Imagino yo, que los que pasan por un afecto que se suicidó, yo imagino que en algún momento se cuestionan si ellos no son responsables. Por no haberse dado cuenta, por no haberlo atendido, por no haberle prestado oreja, por estar distraído en sus cosas personales y no atenderlo, entonces, eso puede llegar a replicar situaciones gravísimas.” G12, mayores

En efecto, y aunque en menor medida, las demandas también aparecen vinculadas al tema —que trataremos también en este capítulo 5— de la prevención del suicidio, sobre todo a las posibilidades y los tipos de estrategias a desarrollar en los ámbitos educativo y sanitario, y por supuesto estrechamente vinculadas a las definiciones y formas de entender la prevención, presentes en la pauta y referidas de forma directa y explícita con ese término por los participantes.

5.4.1 Tipos de acciones, referentes y espacios

Estas demandas permiten reagrupamientos en términos semánticos alrededor del tipo de acciones y actores que deberían participar, de forma muy destacada actores educativos, sanitarios y el Estado, como entidad responsable desde el punto de vista político general, tal como se comentara respecto de las muertes violentas.

5.4.2 ¿Qué acciones son necesarias?

El tipo de acciones se bifurcan en dos grandes hilos: a) denominaciones genéricas, del tipo “hay que hablar más” o colocar el tema en la agenda (referido a la agenda política y de medios), a acciones más concretas y con referentes institucionales claros. Estas últimas se concentran en aspectos formativos y procedimentales ligados a la protocolización de acciones, como ser sistemas de alerta temprana, protocolos en centros educativos, sanitarios y otros espacios institucionalizados.

“Habría que implementar algo como una detección temprana, para las personas con más posibilidad de tener ese tipo de intentos. No sé cómo implementarlo, pero a partir de tener una base tal persona, que es complicadísima, o tales personas tiene más tendencia a ser suicidas y a partir de ahí, buscar un apoyo.” G8, adultos

“Creo que, en todas las situaciones, tiene que haber como un sistema de alerta de las escuelas, en este caso de primaria, de que ante una situación X tenés que generar un sistema, en este caso, de contención.” G10, jóvenes

Tanto a nivel de los círculos afectivos, como pueden ser la familia y amistades, como desde la dimensión del apoyo institucional hay una preponderante demanda de la intervención profesional. La enunciación de “profesionales”, diferenciándolos de, por ejemplo, docentes, policías o personal de salud en general, alude principalmente a profesionales típicamente vinculados a la salud mental. Las alusiones directas son mayormente a la figura del psicólogo/a y en menor medida a psiquiatras en relación al

saber experto y específico del apoyo entendido como necesario, tanto en las motivaciones como en las consecuencias generales del suicidio, así como principal apoyo en el duelo por suicidio. Esto denota una construcción del fenómeno, sus aspectos relacionados como problemáticas individuales y su abordaje en sus diferentes aristas como un ámbito para el que se requiere expertise y formación. Esto muestra con claridad la prevalencia del modelo biomédico y el protagonismo de los profesionales de la salud, específicamente la salud mental, para intervenir en este campo.

“La ayuda de profesionales, como me refería hoy a, por ejemplo, el sistema de cómo funciona el hospital, que funcione de una mejor forma para poder acceder a un psicólogo. Creo que es muy importante.” G4, jóvenes

Además de la intervención directa de profesionales se aprecia la necesidad de formación, de lo que podría entenderse como agentes y referentes comunitarios y sociales, muy marcadamente, de aquellos vinculados a la educación. Las referencias a centros educativos, docentes, maestras/os y profesoras/es y las carencias, tanto a nivel de formación como materiales, son puntos reiterados y de amplia confluencia entre los participantes, sin distinción de edades o lugares de residencia.

No obstante, en uno de los grupos se da de forma explícita el debate en torno a la necesidad o no de credenciales y formación para tratar el tema, anteponiendo un lado humano o de empatía no ajeno a cierta responsabilidad que, de alguna manera, es compartida socialmente. Así se intercambió en el grupo de adultos, en este caso del interior, de la zona centro.

—Somos seres humanos, vamos a hablar, vamos a dejar de lado lo que es el profesionalismo (...) no estamos hablando de que el profesor o la profesora no tenga estudios psicológicos, pero es un ser humano, y sabe que si está del otro lado va a querer hacer preguntas, va a querer entender por qué.

—Debería haber una formación para ese tipo de casos específicos. Aparte lo que pasa mucho es que los chiquilines te dicen ‘¿Y alguna vez maestra sentiste que tenías ganas de suicidarte?’

—No, pero no estamos hablando de eso. Yo lo que estoy hablando es de abordarlo de una manera de que los chiquilines se queden con algo.”

Este tema, recurrente, da la oportunidad de observar los obstáculos o faltas que se visualizan en este sentido. Aquí aparecen de forma reiterada dos tipos de barreras vinculadas con el miedo, sobre todo el *miedo al error*, a *no hacerlo bien*, muy centralmente en participantes con responsabilidades docentes o de referentes.

—Lo que pasa que a veces el docente tampoco está preparado para abordar a un niño y decirle ‘se suicidó fulano’. Y te van a empezar a hacer preguntas y vos no le vas a poder responder.

—Para eso tiene que haber algún equipo interdisciplinario, para abordar este tipo de temáticas, pero es.... hay un equipo para todo el departamento.” G2, adultos

También se dieron paso a los impedimentos institucionales, y de manera bastante recurrente, ambigüedades relativas al mito de repetición o al llamado efecto Werther⁷ respecto de la circulación de información sobre suicidio.

La ambigüedad sobre el efecto de imitación estuvo presente en todos los grupos, mayormente planteando una situación de duda sobre sus fundamentos, con adherentes y detractores/as, que lo traen a colación como impedimento con base en un mito o una tendencia ya superada.

No obstante, la reiteración de la necesidad de “herramientas” o “permisos” también aparecen, a modo de obstáculos para abordar el tema desde roles institucionales:

“Es como decía x, que cualquiera puede tomar la iniciativa de hacer eso, pero llega un momento que vos necesitás herramientas que como simple mortal no las tenés, para eso están los profesionales. En un comienzo sí, sería bueno reunirlos a todos, un profesor que esté más despierto en el tema hable de eso. Pero llegar a los profesionales es un punto clave.” G8, adultos

El entendimiento del suicidio como evento traumático se relaciona en algún caso con otras situaciones, muy a menudo con las experiencias o reflexiones sobre la muerte y su impacto, y también concretamente con la demanda de apoyo que comparte, según algunos participantes, con otros tipos de muertes violentas.

“Para mí igualmente es el mismo apoyo que necesitan todas las muertes que son repentinas. O sea, después de que ya sucedió, estoy hablando, para mí un accidente de tránsito y un suicidio para la gente que pierde, tendría que tomarse con la misma importancia o generar más o menos los mismos espacios, que creo que no se hace. Porque al fin y al cabo es eso, es que el círculo familiar perdió a alguien repentinamente.” G10, jóvenes

La apelación a hablar del tema es uno de los emergentes más sugerentes por sí mismos, que evidencia algunos aspectos interesantes como las atribuciones de los participantes a diferencias generacionales o de género. En algunos grupos se intenta explicar la diferenciación por género de las capacidades para la expresión de emociones o el diálogo en general, mostrando la asociación a roles tradicionales de género de las características y capacidades de gestión y expresión de las emociones. Algo similar ocurre respecto de las diferencias generacionales, asociando juventud con mayor capacidad de enunciar y dialogar sobre suicidio de forma más abierta.

5.4.3 Actores: ¿quiénes deberían tomar acción?

Respecto de los actores predominantes en las demandas, cabe mencionar al sistema educativo, de salud y el Estado de forma inequívoca. El primero, como ya se ha ilustrado, resulta una referencia central, tanto para acciones de prevención como de posvención, reclamando formación, equipos profesionales y estrategias como talleres, charlas, etc.

7 El efecto Werther es la denominación que se ha dado a una creencia que circuló —sobre todo con impacto a nivel de prensa— que sostenía que la divulgación de información sobre suicidio tenía un efecto de imitación.

Respecto del sistema de salud, la apelación a la falta de profesionales, las dificultades de acceso y las esperas en la atención resultan las intervenciones más frecuentes. En este caso se atribuyen diferencias a nivel de Montevideo e interior, y también en referencia al ámbito educativo y a las diferencias en las posibilidades de abordaje y acceso a profesionales entre centros públicos y privados.

“Me parece que, a nivel del Estado, fuera de terapia, que la terapia en algunos casos puede ser costosa, tendría que haber algo del Estado en estos casos, que tenga el apoyo con la terapia, con el psicólogo, pero que sea fácil de acceder, no a los meses que pasó, que se suicidó, para después darle tratamiento a esas personas, a los familiares, mientras conllevan con eso.” G5, adultos

En varios grupos se hace alusión a la necesidad de que sea el Estado el que garantice no solo accesos más equitativos, sino una intervención general más decidida, con políticas concretas y la mejora de las estrategias existentes.

“Si las personas que tienen la sartén por el mango no lo hacen entonces, para mí, algo es algo. Digo, se puede hacer algo, pero tenemos que tener las personas correctas.” G8, adultos

“Para mí el tema viene por el Estado, que tiene que meter dientes ahí, no hay otra.” G3, mayores

El conocimiento de las líneas de ayuda está presente, pero hay una valoración crítica de su funcionamiento, y esto en más de un grupo, en los que emerge como ejemplo de insuficiencia o mal funcionamiento:

“Las líneas de ayuda. No sé, yo considero que tendrían que ser más efectivas, no sé cómo, pero sé que.... o sea, en la experiencia personal y en la experiencia de conocidos, que no siempre dan herramientas, o sea, es como, ‘¿cómo te llamas?’ ... bueno, se acabó.” G4, jóvenes

5.5 Tensiones y matices: diálogo y prevención

5.5.1 Diálogo y presencia del tema

Una de las tensiones que se visualizan en los grupos es sobre la opinión respecto de la presencia o el tratamiento del tema a nivel social, tanto en la esfera privada como en la agenda pública. Si bien se observa cierta coincidencia en que actualmente se habla más del tema, en todas las interacciones surgen, a medida que se profundiza en algunos aspectos, matices respecto de este supuesto acuerdo general. La discusión en este subtema viene dada por la distinción entre hablar del tema en un nivel más conceptual o general, como por ejemplo charlas o talleres y las menciones a “hablar del tema” en los casos de experiencias personales o cercanas. En este último caso, la invisibilidad, el ocultamiento deliberado y la imposibilidad del tratamiento a nivel familiar del tema,

según las experiencias narradas por los participantes, sugieren la convivencia de esta mayor apertura hacia el tema con su carácter estigmatizante o tabú; lo que lleva a retomar y matizar las opiniones iniciales. La incompreensión, la vergüenza y el miedo al juicio social son explicaciones convergentes que sugieren la persistencia de procesos sociales estigmatizantes. Se asocia a la muerte por suicidio como vivencia próxima, como una de las muertes, además de más difíciles de comprender, de las “más difíciles de hablar”.

Así, las afirmaciones al principio más contundentes sobre la apertura hacia el tratamiento y diálogo sobre la temática se matizan y complementan con cierta selectividad con base en el tipo de vínculo y el espacio, este último asociado al nivel de confianza que este brinda.

—Yo creo que la gente lo relaciona con algo vergonzoso, no sé por qué, como si fuera algo que estuviera mal. O sea, si alguien falleció de un suicidio, es más fácil decir que falleció a que se suicidó, porque si se suicidó, ¿qué va a pensar la gente?”. G4 jóvenes

“Ah, de una persona que se suicidó. Sí, pero hay gente que no utiliza la palabra suicidio. Se mató, se autoeliminó, o se quedan callados en ese momento. Para mí siempre que se quedan callados, es que se murió por suicidio. O sea, es como, nadie dice ‘suicidio’ siempre. Está muy.... para mí, suicidio, no sé...

—Estigmatizado.

—Como si te dijera, ah, a ella le dio un paro, le dio como se diga cuando te da algo al corazón, no se dice así, se dice como siempre de otra manera.

—Como si te tuviera que dar la vergüenza el pensamiento suicida.

—Sí, para mí no se utiliza. La palabra suicidio no se utiliza, y cuando se utiliza, la gente se queda callada.” G10 jóvenes

5.5.2 *Prevención del suicidio. Condiciones de posibilidad, limitaciones, apoyos*

En todos los grupos se expresan matices respecto de cómo abordar y prevenir el suicidio: desde posiciones alineadas con la necesidad y posibilidad de prevenirlo hasta posiciones que aluden a dos tipos de razones para la imposibilidad o dificultad de prevención relacionadas entre sí: no es algo detectable, visible con anterioridad y/o se trata de una decisión que cuando se toma, se efectivizará tarde o temprano, como ilustran estos ejemplos de jóvenes de diferentes localidades:

“Creo que, para mí cuando pasa, es como que su círculo es como que se cuestiona y dice ‘podríamos haber hecho esto, no nos dimos cuenta de esto’, es como que se castiga porque pasó. Pero la verdad es que a veces no te das cuenta de qué está pasando. Como los que menos lo dicen, son los que más lo hacen.” G10, jóvenes

En el mismo sentido, hay un segmento tanto de adultos como de mayores que sostienen esta imposibilidad. En todos los grupos etarios conviven tres conjuntos de alusiones: sobre formas posibles de prevención, asociadas mayormente a la educación y el

sistema sanitario; la imposibilidad de prevención por ser una decisión personal que no se manifiesta y situaciones de duda o que dan lugar a la variabilidad de situaciones.

5.5.3 La centralidad de la educación en la prevención

Un amplio sector, indistintamente de edades y espacios de residencia, identifica y menciona explícitamente la educación —en alusión sobre todos a la educación formal y no formal— como el factor más relevante de prevención. Esto en múltiples vertientes: como lugar de detección y seguimiento de situaciones, como espacio institucional para educar en la temática, de forma específica o vinculada, por ejemplo; a partir de la educación emocional y como red de contención y apoyo ante distintas situaciones. La centralidad del ámbito educativo también se señala por su capacidad de formación e incidencia temprana.

“Yo creo que en las escuelas... no sé, en las escuelas también haría mucha falta, pero sobre todo en los liceos, en todos los liceos debería haber un buen seguimiento de todos los alumnos. Lo que pasa es que, sé que hay que priorizar muchas cosas antes, pero bueno, en el liceo yo creo que es un momento clave, desde el primero del liceo que tiene que haber un tema. Y, además, otra cosa que me parece que hay que controlar mucho es el *bullying* en las escuelas, como que se infravalora qué tanto impacto puede tener el *bullying* en las escuelas realmente, que tienen consecuencias muy importantes y bueno, ahí manejar esas cosas me parece.” G1 jóvenes

“Y después la cuestión educativa también. Hoy se está hablando, afortunadamente, por lo menos el primer puntapié se está dando, en hablar de la salud emocional de las personas, ya sea en el sistema de salud, en el sistema educativo”. G2, adultos

“Y hablarlo más desde la educación, desde la educación temprana, por ejemplo, la escuela, como se habla de la sexualidad también implementar el tema de la salud mental. Porque los niños hoy en día son un rayo y hay niños que están en situaciones donde los padres son depresivos y los niños toman el mando de la ayuda de la casa a los padres. Hay casos que los hijos ayudan a los padres en la casa que están en un estado así, desde ahí empezar a fomentar todo el tema de la salud mental, para que cuando estén en su etapa de crecimiento.” G8, adultos

Como otro factor de importancia se encuentra brindar un acompañamiento cercano a quien manifiesta malestar, tristeza o desesperanza: no dejar sola a la persona, mantenerse atento, escucharla y ofrecerle ayuda.

“Estar siempre encima, estar siempre pendiente de esas personas y no dejar que a una persona se le alimente esa idea. A veces, porque a veces es tan rápido que no da tiempo ni a decirle hola.” G7, jóvenes

“El estar pendiente, si sabés que está mal, para mí estar más atento que en otras ocasiones. O sea, como el seguirlo, no seguirlo literalmente, sino como el estar atrás, que él vea que...” G10, jóvenes

En uno de los grupos del interior, se subrayó la importancia de cambiar la forma en que socialmente se entiende y se aborda el suicidio; superando expresiones como “estás mal de la cabeza” y promoviendo una actitud más empática y abierta frente a quien expresa malestar o ideas suicidas. Por otro lado, los participantes reconocen que, a nivel individual, faltan herramientas para detectar y responder de manera adecuada, ya que no se enseña cómo acompañar ni cómo actuar ante estas situaciones. Un participante ejemplifica esta dificultad con una publicidad reciente en la que dos amigos se encuentran en una cancha y quien aparenta estar bien termina suicidándose, mientras el que parecía mal sobrevive.

“Es que, para mí, no tienen la culpa tampoco nuestros padres. Porque a mí me llegan a venir a decir que se quieren matar o algo, y yo tampoco sabría qué decirle, qué palabra usar, cuáles son las correctas. No me educaron, no me enseñaron a tratar eso. Tipo, te diría andá hablar con un psicólogo, pero que me va a decir capaz que...” G1, jóvenes

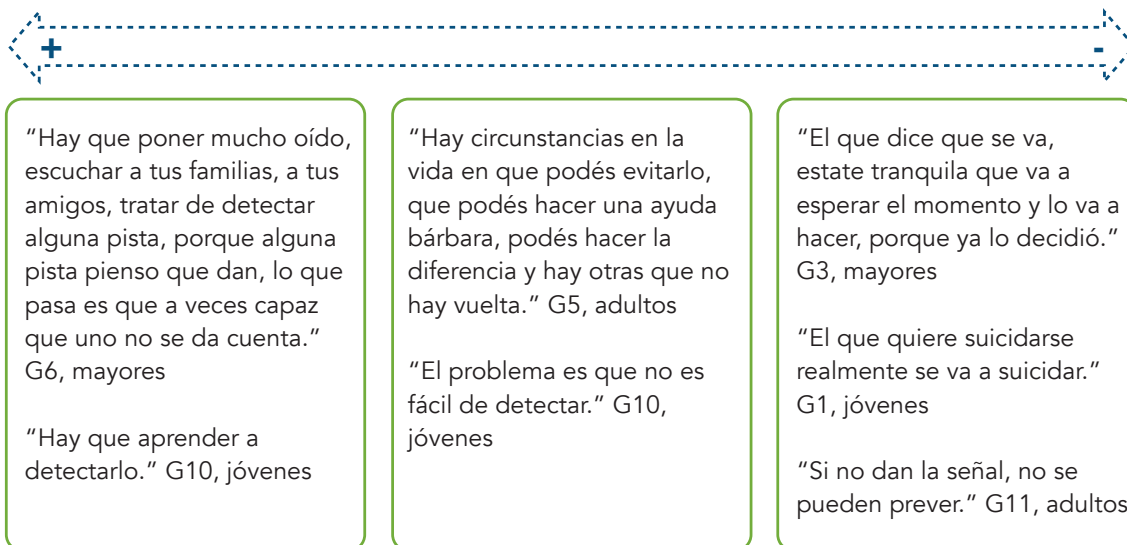
También se menciona en uno de los grupos de Montevideo la idea de asumir una responsabilidad social y ciudadana ante un entorno hostil.

“Estamos en una sociedad que se está volviendo muy individualista al ser muy competitiva y que la competencia te lleva a sobrevivir, vamos a decirlo entre comillas, te lleva al individualismo de: bueno, mirá, yo hoy me estoy preocupando por estar bien yo, y bueno vos salí adelante como puedas.” G11, adultos

En el grupo de mayores, esto se manifiesta como la atención y la escucha, especialmente de familiares y amigos, a fin de “captar” el sufrimiento. En este sentido, emerge la necesidad de un entorno de confianza y que habilite la palabra. En estos grupos, hay más menciones en este sentido a la familia como el primer espacio de contención y de responsabilidad para detectar señales y generar las condiciones.

“Que el suicidio para mí está invisibilizado para la familia, que sería la primera contenedora de algo, porque... Y la familia es la que debería, o algo externo, debería preparar a las personas para poder detectar algún problema que tenga esa familia. Es muy difícil, porque hay que tener mucha confianza con la familia, con los chiquilines jóvenes, que yo, para mí, la tasa de suicidio es generalmente de jóvenes, por lo menos acá, en Salto, es lo que más hemos visto. Y es un problema muy difícil de detectar porque no somos médicos tampoco y porque no generamos de pronto confianza o espacios, como dice él, en la familia porque no sabemos abordar ese tema, no podemos decir ‘no tomes esta determinación’, debe ser algo más pensado, más preparado para todas las familias. Eso es lo que pienso yo, la familia no lo ve a veces.” G6, mayores

Prevención de suicidios



5.6 Síntesis

El apartado dio cuenta de las percepciones sociales sobre el suicidio en Uruguay a partir de los grupos de discusión de jóvenes, adultos y mayores. Del intercambio, detallado en las páginas precedentes, se destacan las siguientes ideas:

Respecto de la conceptualización y las emociones el suicidio se define de forma intuitiva como el acto voluntario de quitarse la vida, como algo incomprensible y antinatural, en un sentido que podemos entender como irracional. Las primeras impresiones de los participantes se vinculan a emociones de tristeza, angustia, dolor y a una profunda perplejidad ante esta incomprensibilidad.

Se visualizan diferenciaciones en el impacto que producen las muertes por suicidio, a través y a causa de la etapa vital en la que este ocurre: el suicidio juvenil genera el mayor impacto y se asocia a un sufrimiento insoportable y a una muerte previa a la decisión, con asunciones diferenciadas de responsabilidad, en términos generacionales, por no haber evitado estas situaciones.

La inquietud por las causas se presenta como el significado ausente y motivo de incompreensión en todos los grupos, con matices en relación a las etapas vitales: mientras en los adultos se vincula con presiones familiares, económicas y laborales, siendo un acto de irresponsabilidad en estas etapas por la desprotección de dependientes, en los mayores se siente y también atribuye como un acto más racional y comprensible, lo que lo vuelve más aceptable.

La idea de prevención se ve tensionada entre la imposibilidad y la perentoriedad: entre el mito persistente de que la decisión de suicidarse es silenciosa e irrevocable y por lo tanto invisible para los demás, hasta la necesidad de tematizar y colocar en la agenda pública, a nivel de políticas y medios;

Hay un especial énfasis en la institucionalidad educativa formal como espacio y rol crítico para encaminar las acciones de prevención. El rol de la educación concita acuerdos

al interior de todos los grupos y en la mayoría de ellos. Se identifica a los centros educativos como espacios clave, sobre todo para la detección temprana y la educación emocional, como aspectos privilegiados para el trabajo de promoción de la salud mental y la prevención del suicidio. A eso también vienen relacionados los aspectos medulares de las demandas que se sintetizan en falta de equipos técnicos en el ámbito educativo y también sanitario, sobre todo falta de psicólogos y de formación docente para manejar situaciones de suicidio, ya sea consumados o situaciones de riesgo.

Otro factor de acuerdo es la presencia de barreras para la atención, vinculada con la falta de equipos de salud vinculados a las áreas de salud mental (psicólogos y psiquiatras), los tiempos de espera, los costos y el acceso en general a prestaciones para este tipo de apoyos.

Las demandas en general han tomado la forma de exigir una presencia del Estado, con un rol activo en la creación de acciones concretas y políticas, sumados a la mejora de los apoyos existentes, evaluados de forma crítica. En este conjunto se incluyen las acciones de prevención y apoyo concretas, como los espacios de atención y la líneas de ayuda.

Respecto de las tensiones sociales generales que rodean típicamente el fenómeno hay indicios para confirmar la persistencia del estigma y el tabú; aunque se reconoce que se habla más del tema en general, a nivel personal y familiar persisten los comportamientos orientados por el temor al juicio, la vergüenza y el miedo. También se destaca la tensión entre la necesidad de enunciar y explicitar el tema para su abordaje y la afirmación y el miedo a la imitación (efecto Werther), lo que a veces paraliza el diálogo, la información y las propias intervenciones institucionales.

6. Dolor emocional y salud mental: experiencias, sentidos y marcos de interpretación del malestar

El análisis de los grupos de discusión permitió identificar la recurrencia de dos dimensiones que atraviesan de manera persistente las narrativas sobre el malestar contemporáneo. Por un lado, el dolor emocional y el sufrimiento como experiencias vividas. Por otro, las creencias asociadas a la noción de salud mental, que operan como repertorios explicativos y valorativos de dichas experiencias. Lejos de constituir registros diferenciados, ambos planos aparecen estrechamente imbricados, configurando una trama de sentidos a través de la cual los participantes interpretan, legitiman y comunican sus vivencias, en torno a los temas del estudio como lo son también la muerte y el duelo.

Tanto el dolor emocional como la noción de salud mental remiten a registros diferenciados pero profundamente conectados en la experiencia contemporánea del malestar. Mientras el dolor emocional se presenta en los relatos en función de experiencias sociales de sufrimiento, muchas veces difusa y difícil de delimitar, la salud mental opera como un repertorio interpretativo socialmente disponible que permite nombrar, ordenar y hacer inteligible esa experiencia.

En palabras de Illouz (2008), es justamente el “discurso terapéutico” el que ofrece un repertorio de herramientas orientadas a la gestión emocional —regular, nombrar y trabajar sobre uno mismo— que configuran modos específicos de comprender y afrontar el malestar. Lejos de restringirse al ámbito clínico, este discurso circula de manera extendida en diversos espacios de la vida cotidiana, como los medios de comunicación, las redes sociales, las instituciones educativas, el mundo del trabajo y los vínculos interpersonales, consolidándose como una gramática cultural dominante para interpretar la experiencia emocional.

En este sentido, el malestar no emerge inicialmente como problema de salud mental, sino como experiencia vital que, en su búsqueda de comprensión y legitimidad, encuentra en dichas categorías un lenguaje posible y, tal como señala Bericat (2018), los individuos de las sociedades contemporáneas “redirigen sus miradas hacia el corazón de la intimidad, descubriendo que, pese a su inmensa riqueza económica y a su tremendo poder tecnológico, el malestar emocional se extiende” (p. 20).

En función de lo anterior, en este apartado se aborda, en primer lugar, las conceptualizaciones del dolor y el sufrimiento que se configuran en los intercambios grupales, atendiendo a los sentidos que los participantes les atribuyen y a los modos en que estas experiencias son narradas, entendidas como puntos de partida para la comprensión de los modos contemporáneos de nombrar y procesar el malestar.

A partir de allí, el análisis se desplaza hacia las creencias y representaciones asociadas a la salud mental, que emergen como marcos interpretativos recurrentes para explicar y ordenar dichas vivencias. Este ordenamiento responde a la lógica observada en los propios discursos, donde la experiencia emocional da paso a su tematización en términos de salud mental.

Finalmente, el capítulo aborda las formas de afrontamiento que emergen en relación con el dolor emocional, el sufrimiento y los denominados problemas de salud mental. Los discursos dan cuenta de un conjunto heterogéneo de estrategias, prácticas y disposiciones que orientan la manera en que los sujetos intentan procesar estas experiencias, tanto en el plano individual como en el relacional. Estas modalidades de afrontamiento no solo remiten a recursos personales, sino también a marcos culturales, expectativas

sociales y condiciones contextuales que a su vez amplían o limitan las posibilidades de acción frente al malestar.

6.1 Primeras impresiones sobre el dolor

El dolor es un concepto de uso cotidiano que encierra múltiples complejidades, lo que dificulta la construcción de un consenso en torno a su definición: aquello que para algunas personas resulta doloroso, para otras puede no serlo, y viceversa. Existen distintos tipos de dolor, cada uno acompañado de formas particulares de expresión. Incluso en el ámbito académico, este debate continúa vigente, en la medida en que se busca elaborar una conceptualización que atraviese y articule diversas disciplinas.

La International Association for the Study of Pain (IASP) describe al dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial descrita en términos de esa lesión.

El dolor emocional es una experiencia de sufrimiento que puede originarse tanto en disfunciones o malestares psíquicos —como la ansiedad, la depresión o el estrés— como en vivencias relacionales y sociales, tales como la pérdida de un ser querido, las injusticias o la soledad, y que se manifiesta mediante síntomas físicos y conductas psicosociales de padecimiento (Biedma *et al.*, 2019).

Desde la antropología, David Le Breton (1999) define el dolor como un “hecho situacional que depende del significado que este revista para el sujeto en el momento que lo afecta, evidenciando el carácter íntimo del mismo y la impregnación social, cultural y relacional que tiene” (pp. 9-10).

En términos históricos, el dolor en épocas anteriores se encontraba integrado a la economía de la vida cotidiana y era comprendido como una experiencia posible en cualquier momento del ciclo vital, lo que suponía umbrales de tolerancia más elevados. A partir del siglo XX, con la expansión de la anestesia, se logró aliviar una parte significativa del sufrimiento físico. Sin embargo, el dolor crónico se consolidó como uno de los principales problemas de la medicina moderna (Le Breton, 1999). Este desplazamiento no solo transformó las respuestas sociales frente al dolor, sino que redefinió la relación entre cuerpo y padecimiento, debilitando los sentidos morales y culturales que históricamente han otorgado significado a estas experiencias, y modulando de manera diferenciada su vivencia y expresión según la cultura y la fase del ciclo vital del doliente.

En el marco de este estudio, las manifestaciones relativas al dolor se presentan de manera heterogénea —se identifican diversas maneras de concebirlo, representarlo e interpretarlo—, aunque muestran ciertos puntos de convergencia. Las variaciones no solo remiten a trayectorias individuales diferenciadas, sino también a posiciones generacionales y a inscripciones socioculturales específicas, que configuran modos diversos de nombrar, visualizar y dotar de sentido al dolor.

En los grupos de discusión con jóvenes, las representaciones del dolor se articulan principalmente en torno a imágenes de oscuridad, pérdida, llanto, muerte y sangre. Estas asociaciones configuran una descripción que remite tanto a dimensiones simbólicas del dolor, así como a experiencias corporales concretas. Junto a estas imágenes, aparecen referencias explícitas al dolor físico —descrito como pinchazo, desgarró o dolor muscular, entre otros—, lo que se traduce en una experiencia vivida como sufriente e intolerable. En línea con los insumos teóricos abordados previamente, estas definiciones no constituyen meras expresiones individuales, sino que se inscriben en marcos culturales que históricamente han dotado al dolor de sentidos negativos, los cuales persisten aún en la actualidad uruguaya.

Imágenes y conceptos asociados al dolor, jóvenes



Paralelamente, en este rango etario, el dolor también es percibido en términos de sufrimiento, angustia y trauma, lo que amplía su significado más allá de lo estrictamente corporal. De este modo la relevancia del dolor no se encuentra solamente en la alteración física que este implica, sino más bien es el resultado de una conexión emocional significativa con una situación específica. Para Le Breton (2007), el dolor se basa en el significado y el valor, siendo una conexión íntima con el sentido de la persona y no simplemente con un umbral biológico. El sufrimiento marca al individuo y se extiende a su relación en el mundo, está enlazado con la afectividad, la que determina su intensidad y tonalidad. El cuerpo no está aislado; no es el cuerpo el que sufre dolor, sino la persona en su totalidad. Lo que se expresa en la mixtura de relatos que superponen el dolor tanto en la esfera física como psíquica y emocional.

En la nube de palabras correspondiente a todos los participantes adultos, las expresiones más frecuentes se organizan en torno a términos como angustia, llanto, sufrimiento y pérdida, lo que indica una fuerte asociación del dolor con estados emocionales y experiencias de carácter afectivo.

Imágenes y conceptos asociados al dolor, adultos



Junto a estos términos aparecen nociones como “incomodidad” e “indeseables”, que refuerzan el carácter disruptivo y rechazado que en la actualidad tiene el dolor. Al mismo tiempo incorporan referencias explícitas al plano psicológico y a la acción de evitación. Esto, en línea con ciertas teorías (Crespo, 2018), se vincula con la progresiva incorporación de prácticas y normas de gestión emocional en el nuevo capitalismo, marcada por estrategias de control, regulación o supresión del dolor y el malestar.

Otros descriptores que aparecen con menor fuerza son aquellos vinculados al cuerpo y a la materialidad del padecimiento —“punzante”, “cuerpo”, “golpe”, “objeto”—, así como asociaciones con “tristeza” y “pérdida”, lo que refleja la interconexión del dolor, la emoción y el cuerpo en términos de Scribano (2012), quien refiere la imposibilidad de entender el dolor sin ubicarlo en el cuerpo o asignarle una emoción, siendo el cuerpo un vehículo de los sentidos orgánicos y sociales.

A las representaciones previas se adhieren aquellas que inscriben el dolor en términos de “pérdida” y “muerte”, lo que se alinea a estudios previos realizados en Uruguay (Lynch y Oddone, 2016) que identifican la muerte como generadora dolor y sentimientos de pérdida, en sintonía con los marcos culturales que orientan la interpretación de estos fenómenos en la actualidad.

En lo que respecta al rango de los mayores, se observa una fuerte presencia de términos asociados al dolor físico y a la enfermedad, lo que indica que esta dimensión adquiere una relevancia específica en esta etapa de la vida, a diferencia de lo registrado en los grupos etarios anteriores. Palabras como “físico”, “enfermedad”, “enfermedades” y “molestia” muestran que el dolor es comprendido en relación con procesos de padecimientos corporales donde la enfermedad también adquiere un lugar central en la manera de comprender y narrar el dolor, en tanto se asocia a una mayor exposición a procesos de deterioro corporal y a padecimientos crónicos propios de esta etapa de la vida.

Imágenes y conceptos asociados al dolor, mayores



No obstante, este registro se articula también con descripciones asociadas al ámbito relacional vinculado al dolor con: la pérdida, el abandono, muerte, soledad, el sufrimiento de un hijo o un ser querido. Lo anterior introduce una dimensión relacional del dolor que permite situarlo en un marco más amplio de fragilidad social que actúa como espejo sobre la forma en que la sociedad se vincula con los mayores.

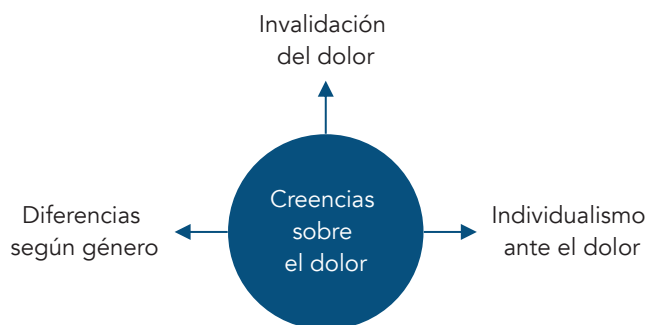
6.1.1 Creencias sobre el dolor

En el caso del dolor, las narrativas expuestas por los participantes del estudio revelan una serie de creencias y valores que atraviesan la experiencia dolorosa y que fueron recogidas por medio de la codificación abierta del material de los grupos de discusión.

En primer lugar, la lectura conjunta de los relatos de los participantes permite identificar que los mayores grados de acuerdo en las creencias en torno al dolor se vinculan principalmente con el dolor de tipo emocional, más que con el dolor físico. A partir de este punto, la lectura se centrará principalmente en exponer las creencias sobre el dolor de

tipo emocional. Si bien desde distintas tradiciones teóricas se establece una distinción entre dolor y sufrimiento, en el relato de los distintos grupos de participantes ambos términos se emplean de manera articulada para referir a experiencias de malestar de carácter psicológico y emocional. De este modo, al hablar de dolor emocional se alude también a formas de sufrimiento que se expresan en el plano subjetivo y en las relaciones sociales. En esta línea, las creencias identificadas sobre el dolor en los relatos se resumen en tres subtemas planteados en el esquema siguiente.

Análisis temático de las creencias sobre el dolor



6.1.2 Diferencias en la expresión del dolor según el género

Se reconoce un conjunto de creencias sostenidas en relatos que legitiman la idea de que las mujeres expresan el dolor, en contraste con el silencio atribuido a los hombres cuando estos atraviesan una experiencia dolorosa. Edmund (2022) sostiene que los roles socialmente asignados de manera habitual a mujeres y hombres pueden influir en la forma en que se experimenta y expresa el dolor. En este caso particular, se atribuyen a las mujeres características vinculadas a la sensibilidad y al diálogo como rasgos propios e intrínsecos, en contraste con la no expresión emocional asociada a los hombres. Todo ello se encuentra mediado por un componente social, en el cual la expresión del dolor es validada, en el caso de las mujeres, y por el contrario, negada o deslegitimada en el caso de los hombres.

Estas creencias se visualizan en todos los rangos etarios, con matices según generación. En el caso de los jóvenes, en algunos participantes varones aparece la preocupación por el qué dirán (“qué va a pensar aquel”) al compartir ciertos temas; mientras que otros mencionan haber recibido burlas (los llamaban “mariposa”) por dejar en evidencia ciertas expresiones emocionales:

“Veo mucha diferencia entre hombres y mujeres al atravesar esos procesos. Que, por lo menos muchos hombres de los que conozco, no les gusta llorar o visibilizar el dolor que están atravesando porque les cuesta mucho más que a nosotras.” G1, jóvenes

“A los hombres no nos gusta decir, me parece, somos menos sueltos a los sentimientos. A mí no me gusta decir nada.” G7, jóvenes

En el grupo de adultos, se menciona que las mujeres hablan y expresan más que los hombres, y que a las primeras se les está permitido ser más sensibles y no así a los

hombres. Esta diferencia no supone que los varones no sientan o sufran, sino que no lo exteriorizan (no lloran). En las descripciones surgen los roles de género marcados, donde los hombres cargan con el “ego machista” y son presentados como el sostén. Si bien esto sigue siendo la norma, algunos participantes aprecian leves cambios.

“Somos totalmente diferentes, obviamente, por el tema de que las mujeres son más sentimentales, y capaz que se abren más que el hombre. Nosotros tenemos ese ego machista hacia nosotros mismos. El abrirnos, llorar, es de menos hombre...” G5, adultos

En línea con lo anterior, en el grupo de mayores, los varones son descritos como menos expresivos, más contenidos o incluso indiferentes; mientras que las mujeres aparecen como más propensas a exteriorizar y compartir su sufrimiento. Las conductas masculinas son definidas por ciertos relatos como “conductas de una cultura machista”, lo que no se contrapone a creencias expresadas que refuerzan la idea de que “los hombres también sufren” o “los hombres no sienten de forma diferente”.

“Como que el varón es más para adentro, no expresa mucho. Las mujeres, generalmente, en general, por mi experiencia, las mujeres como que son más de expresar.” G9, mayores

“Yo creo que sí, que es un problema cultural, ¿no? Que el varón debe mostrarse más fuerte, el tema de que el varón no llora...” G6, mayores

6.1.3 Invalidación del dolor

Por otro lado, se identifican creencias orientadas a la validación del dolor, entendidas como la posibilidad de compartirlo con otros sin que sea inmediatamente negado, reducido o medicalizado. En los relatos aparece la idea de que, frente al sufrimiento, predominan respuestas orientadas a suprimirlo o relativizarlo, más que a reconocerlo como experiencia legítima y a ofrecer un acompañamiento que habilite su expresión.

Otra forma de minimizar los sufrimientos que surgen —principalmente en el rango etario joven— es restarles importancia a los dolores con frases como “ya se te va a pasar”, invalidando, de esta manera, la vivencia e interrumpiendo la posibilidad de expresarse. Vinculado con esto, surgen opiniones sobre que no hay, muchas veces, por parte de las personas una habilitación para que el otro se exprese y pueda expresarse en su malestar, porque rápidamente aparece una actitud de calmarlo y tranquilizarlo.

“A mí me da la sensación de que la gente no... Como que dice, ya se te va a pasar. Se me vino enseguida el “ya se te va a pasar” y sigue. Y en realidad, seguramente, la persona que quería hablar no llega a expresar todo” G10, jóvenes

6.1.4 Individualismo en la socialización del dolor

Otro grupo de creencias gira en torno a una lógica individualista, a la experiencia y socialización del dolor, en la que si bien no existe una negación de la experiencia dolorosa, sí remite a cierto distanciamiento sobre el dolor del otro, lo que se traduce en falta de acompañamiento, egoísmo, falta de empatía sobre aquellos que presentan ciertos

dolores emocionales. De este modo, el dolor deja de configurarse como una experiencia socialmente acompañada para transformarse en un proceso que cada sujeto debe tramitar de forma aislada.

“Hay mucho egoísmo, es la verdad. Yo lo veo en todos lados y... antes había comunidades hermosas, generosas, de gente que se acompañaba a todos lados. Hoy en día no existe, te estás muriendo acá y al otro vecino que está allá no le importa. Es la verdad, yo lo he vivido y lo veo así.” G8, adultos

En el grupo de adultos, la indiferencia y el no involucramiento aparecen expresados en la idea de que el dolor solo adquiere relevancia cuando es vivido en primera persona; cuando afecta a otros, no importa. Asimismo, describen sus entornos, tanto a nivel más próximo como extendido, como fríos e indiferentes. En el caso del grupo de Montevideo, esta percepción es interpretada como un rasgo de la sociedad actual, sintetizado en la expresión: “el individualismo ha pegado mucho en eso”.

“Yo creo que la gente como que te deja sola con tu dolor.” G12, mayores

“Realmente, para mí la gente está como fría al dolor o a lo que le pasa al otro. Estamos en esa sociedad.” G12, mayores

Junto a las creencias vinculadas al individualismo, emergen posibles explicaciones que ponen el acento en el carácter social de la socialización y la expresión pública del dolor. Esta percepción se asocia, además, a un clima social contemporáneo en el que, según refieren los participantes, predomina cierta distancia o reserva frente a lo emocional. Ello se vincula con la exposición personal y con la sensación de vulnerabilidad que implica compartir una preocupación o un sufrimiento: relatar una experiencia propia puede dejar a la persona demasiado expuesta ante los demás, generando incomodidad o temor a ser juzgada.

“O sea, hay diferentes cosas que se pueden o no contar al público porque hay cosas que te dejan mucho más expuesto que otras, y a veces lo consideramos ... no, no tenemos tanto en cuenta liberarnos de esa carga emocional, sino qué tan expuesto nos dejamos ante el resto de las personas.” G1, jóvenes

6.2 Del dolor emocional a la discusión sobre la salud mental

Las creencias sobre el dolor no surgen en un contexto vago, sino que son, precisamente, una expresión social de acontecimientos más amplios. En este caso, es posible ver la forma en que los sentidos vinculados al dolor emocional se articulan con marcos contemporáneos más amplios en relación a la salud mental. Esto implica que los modos en que se narran las experiencias dolorosas también reflejan en un lenguaje propio los problemas de salud mental. Así, las creencias sobre el dolor no operan únicamente como descripciones de vivencias emocionales, sino como mediaciones sociales que condicionan las creencias, los relatos y las emociones de los individuos. De este modo, el análisis permite comprender que las representaciones sobre el dolor constituyen un terreno clave en la producción de sentidos en torno a la salud mental, en tanto configuran las fronteras simbólicas dichas experiencias.

En Uruguay, las diversas expresiones que adopta la salud mental, lejos de presentarse heterogéneamente, la describen como un problema grave y en deterioro, que afecta a toda la población (niños, jóvenes y adultos mayores), pero que no recibe la atención ni los recursos necesarios. Predomina una imagen de sistema precario, con falta de profesionales, mala atención, maltrato y dificultades de acceso, lo que genera una percepción de desamparo y exclusión. A esto se suma la idea de que socialmente se minimiza o se ignora el problema, pese a que se lo reconoce como una prioridad. Emergen algunas menciones a un leve avance (“estamos mejorando”, “gran avance”), lo que sugiere que la salud mental es percibida como un campo en transformación, pero todavía insuficiente frente a la magnitud del problema.

Un aspecto relevante en este sentido radica en que, a lo largo del desarrollo de los grupos de discusión, emergieron diversos relatos que invitan a problematizar las conceptualizaciones existentes en torno a la salud mental. Estos discursos no solo dan cuenta de definiciones explícitas o implícitas sobre qué se entiende por salud mental, sino que también permiten identificar las valoraciones, las creencias y los marcos interpretativos desde los cuales los participantes comprenden y significan sus experiencias de malestar. En este contexto, la salud mental aparece menos como una noción unívoca y más como un campo de sentidos en disputa, atravesado por saberes expertos, discursos sociales y vivencias cotidianas, que configuran las formas en que los uruguayos la nombran.

Marcos conceptuales que utilizan los uruguayos para conceptualizar la salud mental



A la luz de los relatos analizados, la salud mental aparece significada por los participantes como un problema social ampliamente extendido y en proceso de deterioro, cuya comprensión trasciende las dimensiones estrictamente clínicas o individuales. Las descripciones de la situación —expresadas a través de términos como “mal”, “pésima”, “desastre”, “de mal en peor”— sugieren una representación social marcada por una fuerte preocupación respecto al estado del bienestar psíquico en la sociedad uruguaya. En este sentido, la salud mental es narrada no solo como un fenómeno individual, sino también como un indicador del estado general de la vida social.

Dentro de los distintos grupos etarios, hay acuerdo en que la salud mental en Uruguay es un tema crítico, aunque más abordado que años anteriores. En ese sentido, se conjugan miradas y creencias que oscilan entre la responsabilidad individual y la voluntad personal de las personas en mantener un buen estado de salud mental y, por otro, en aquellos aspectos sociales que influyen en su deterioro. Estos últimos son los que predominan en el transcurso de los grupos de discusión.

En lo que respecta a la noción de “falta”, esta forma de nombrar el problema configura una representación de la salud mental como un campo institucionalmente debilitado, donde las respuestas del sistema de salud son percibidas como insuficientes frente a la magnitud del problema. Desde esta perspectiva, el malestar psíquico no aparece

únicamente como una experiencia subjetiva, sino también como el resultado de limitaciones estructurales en la organización del cuidado y en las políticas públicas de salud mental. La noción de falta se codificó en tres grandes subtemas, tal como se presenta a continuación.

Subtemas incluidos en la noción de falta

<p>Escasez de profesionales</p>	<p>En los grupos de discusión, la escasez de profesionales en salud mental emerge como una preocupación recurrente, asociada a la dificultad para acceder a atención oportuna y sostenida. Los participantes señalan la insuficiencia de recursos humanos para responder a la demanda creciente, lo que se traduce en demoras, listas de espera y limitaciones en la frecuencia de los encuentros. Esta percepción no solo da cuenta de un déficit cuantitativo, sino también de una distribución desigual de los recursos, lo que condiciona las posibilidades de acceso según los contextos. En este sentido, la escasez de profesionales se configura como un elemento estructural que incide directamente en las formas en que el malestar puede ser reconocido, abordado o incluso postergado.</p>
<p>Fallas en el acceso</p>	<p>Los relatos evidencian diversas fallas en el acceso a los servicios de salud mental, que exceden la mera disponibilidad de profesionales. Los participantes refieren a dificultades vinculadas a los circuitos institucionales, demoras en la asignación de consultas, discontinuidades en los tratamientos y obstáculos administrativos que dificultan la continuidad de los procesos terapéuticos. A su vez, se identifican barreras simbólicas, tales como la dificultad para reconocer el propio malestar como motivo legítimo de consulta o la percepción de que los servicios no siempre responden a las necesidades de las personas. De este modo, el acceso aparece como una dimensión compleja, en la que se entrelazan factores estructurales y subjetivos que condicionan la posibilidad de transformar el sufrimiento en demanda de atención.</p>
<p>Altos costos de los tratamientos</p>	<p>Los altos costos de los tratamientos son señalados como una barrera significativa, particularmente en aquellos casos en que la oferta institucional resulta insuficiente o limitada. En los discursos, el componente económico aparece como un factor decisivo tanto para el inicio como para la continuidad de los procesos terapéuticos, generando trayectorias de atención intermitentes o directamente obstaculizando el acceso. Esta situación pone de manifiesto cómo el cuidado de la salud mental se encuentra atravesado por desigualdades socioeconómicas, en tanto no todas las personas cuentan con los mismos recursos para sostener espacios de atención. En este marco, el malestar queda, en muchos casos, supeditado a las posibilidades materiales de ser atendido.</p>

Por otra parte, la salud mental es conceptualizada a la luz de una serie de cambios y transformaciones propias de la época contemporánea. En relación con este punto, emergen aportes significativos que permiten identificar distintas líneas de sentido, las cuales se organizan analíticamente en cuatro grandes subtemas, que se ilustrarán sintéticamente de los siguientes apartados.

6.2.1 Cambios producidos por las redes sociales

Los participantes señalaron que los problemas de salud mental se encuentran ligados al auge que en los últimos años han tenido las redes sociales, que la comunicación cara a cara tiende a ser desplazada por los intercambios virtuales y que las redes sociales facilitan que las personas expresen lo que piensan, sin considerar el impacto que esto puede tener en quienes reciben dichos mensajes. Asimismo, se plantea que estas plataformas pueden favorecer un uso poco significativo del tiempo y promover una construcción selectiva de la imagen personal, en la que se exhiben principalmente momentos po-

sitivos o “editados” de la vida cotidiana. Esto contribuiría a la generación de expectativas poco realistas y a comparaciones constantes con otros, lo que puede derivar en sentimientos de frustración y malestar, y trastornos específicos como los trastornos de la conducta alimentaria. Estas creencias adquieren una particular relevancia entre las personas jóvenes, que lo manifiestan de forma específica:

“Las redes sociales normalizan básicamente que cualquier persona pueda decir lo que quiera, detrás de una pantalla y olvidándose que del otro lado también hay una persona. Y yo qué sé, capaz que hay gente que le reafecta, o capaz que sos una persona que no le afecta nada lo que le dicen porque está en una pantalla.” G10, jóvenes

6.2.2 *Lógica de la meritocracia y el consumo*

Otro rasgo que emerge en los relatos, principalmente entre las personas adultas y adultas mayores, se vincula con la centralidad del mandato del “éxito” como criterio de valoración personal. En este sentido, se identifican, en distintos intercambios, características asociadas al mundo contemporáneo, tales como el consumo excesivo, la autoexigencia, el inconformismo y la cultura de la felicidad. Asimismo, se percibe una transformación en los ritmos de vida, actualmente más acelerados, lo que se traduce en la intensificación de las jornadas laborales y en la experiencia de “vivir trabajando”, situación que es asociada a mayores niveles de estrés.

“Y hoy por el tipo de vida que la gente quiere tener de todo. Antes, clase media, nos conformábamos con poco.” G12, mayores

“Esa locura de vivir, la locura de tener, de tener, quiero, quiero, entonces el consumismo te lleva al estrés, a vivir trabajando, a que no te conformes con nada, y eso te lleva a preocuparte, te lleva a que la mente no esté bien, a, en realidad, a trabajarte todo.” G5, adultos

6.2.3 *Empleo y ámbito laboral*

En cuanto al mercado de empleo, esta categoría emerge con fuerza en el relato de los jóvenes y se presenta con una doble connotación. Para algunos representa un espacio de escape y bienestar: una oportunidad para salir de la rutina, vincularse con otras personas y encontrar un sentido o propósito cotidiano. En estos casos, el trabajo funciona como un factor protector de la salud mental, asociado al disfrute, la utilidad personal y la socialización. Sin embargo, también reconocen su potencial efecto negativo cuando se convierte en una fuente de malestar. Un trabajo que no genera satisfacción, que no brinda sentido o se desarrolla en un ambiente hostil puede, por el contrario, repercutir negativamente en la salud mental, generando frustración o sentimientos de vacío.

La falta de trabajo es señalada como un factor relevante que puede incidir negativamente en la salud mental, percepción que se encuentra presente en los tres grupos etarios considerados. En los relatos se asocia el desempleo, la escasez de oportunidades y la persistencia de escenarios de incertidumbre con la emergencia de sentimientos de frustración, ansiedad y desmotivación, así como con la dificultad para proyectar trayectorias personales y laborales a futuro. Estas valoraciones adquieren una mayor presencia en los intercambios provenientes del interior, donde las limitaciones estructurales del mercado de trabajo son percibidas con mayor intensidad:

“A mí lo que me preocupa, y por eso uno de los motivos por los que vine, es la juventud. Porque la salud mental en Uruguay (...) la está sufriendo la juventud. Porque se frustran fácilmente y hay pocas oportunidades para los jóvenes en este país. Falta de trabajo. Se frustran porque se preparan y viene un médico acá a Salto (...) recién recibido y primero de todo tienen que pagar la caja de profesionales (...). ¿Y de dónde saca si no tiene trabajo? Porque es difícil. Cada vez está más difícil. Y los que no tienen preparación... sale en los llamados, hay una cosa que es excluyente, y ahí ya no entran. Entonces se frustran y se ponen ansiosos y la mente empieza... Por eso yo creo que tenemos un alto nivel de suicidio en los jóvenes.” G9, mayores

6.2.4 Debilitamiento de las instituciones (familias y educación)

Otros factores señalados como responsables del detrimento en la salud mental se vinculan con el debilitamiento de la familia y de la educación como instancias de socialización primaria. Las creencias predominantes sostienen la pérdida de lazos sociales y redes de contención, y que la función que tradicionalmente cumplían padres y madres en la transmisión de valores se ha debilitado. A esto se suma el impacto de los cambios sociales —la incorporación de la mujer al mercado laboral, el aumento de las separaciones, la exposición temprana a contextos de violencia o el consumo problemático de drogas— que generan un entorno más frágil para la crianza. Por otro lado, si bien se reconocen esfuerzos en el sistema educativo, se perciben como insuficientes frente a la demanda y la falta de acompañamiento familiar.

“O sea, el padre, la madre, el caso que nosotros hacíamos. Ahora es muy distinto, sobre todo que la mujer ha tenido que salir a trabajar, eso es importante. Y, cuando... mucha separación, mucha separación y entonces como que han quedado muy en banda, la juventud ha quedado muy en banda. Entonces no hay una gran contención como teníamos antes.” G6, mayores

6.3 Acciones y estrategias de afrontamiento

La referencia a diversas estrategias de afrontamiento por parte de los individuos contemporáneos puede comprenderse a la luz de un contexto social y cultural que configura tanto la experiencia de dolor y sufrimiento como su vinculación con los problemas de salud mental. En una época caracterizada por la creciente centralidad del modelo médico y la búsqueda o eliminación del sufrimiento, el dolor —en sus dimensiones físicas, emocionales y psíquicas— tiende a ser interpretado y gestionado a partir de marcos que trascienden lo estrictamente individual.

Así, los modos de hacer frente a experiencias dolorosas y a los malestares asociados a la salud mental se inscriben en estos horizontes de sentido, reflejando valores y orientaciones sociales. Sobre esta idea, los relatos de los participantes del estudio sugieren que los modos de afrontar la experiencia dolorosa y los problemas de salud mental se organizan en torno a cuatro grandes subtemas principales:



La coexistencia de estos registros refleja la articulación entre responsabilidades individuales, redes comunitarias e instituciones, mostrando que la experiencia del malestar psíquico se sitúa en un espacio intermedio entre lo personal, lo social y lo institucional, lo que se articula en las narrativas de los apartados que siguen.

6.3.1 *Autogestión del bienestar (estrategias individuales)*

Dentro de esta categoría se consideran todas aquellas acciones que los individuos realizan para poder sobrellevar el dolor y sufrimiento, así como los problemas de salud mental. Desde acá toman fuerza diversas actividades, entre las que se encuentran, las expresiones artísticas de diversa índole, deportivas y culturales, así como la búsqueda de ayuda profesional a través de la psicoterapia u otras terapias alternativas.

“Yo me separé cuando mi hija era chiquita y decidí hacer cosas que me gustaran. Me metí en el candombe, hacer cosas, disfrutar, obviamente a mi hija. Pero me abrí por ese lado de disfrutarme yo y por ese lado seguir adelante.” G11, adultos

En el caso de las actividades, estas pueden ser comprendidas como instancias que operan tanto como modos de afrontamiento frente a la experiencia de dolor como soportes en el sentido propuesto por Danilo Martuccelli. Es decir, no se trata únicamente de acciones que permiten “distraer” u “ocupar” el tiempo, sino de prácticas que brindan sostén a los individuos en contextos de malestar, contribuyendo a la elaboración de la experiencia y a la construcción simbólica de bienestar. En este marco, la posibilidad de retomar o sostener actividades cotidianas aparece también como una respuesta socialmente valorada respecto a cómo afrontar situaciones de afectación en la salud mental. Desde esta perspectiva, y en línea con lo planteado por Araujo y Martuccelli (2012), estas prácticas pueden leerse como parte de los soportes externos que sostienen al individuo contemporáneo, evidenciando cómo las formas de afrontamiento se encuentran profundamente atravesadas por marcos sociales que orientan y legitiman determinadas maneras de transitar el sufrimiento.

6.3.2 *Apoyo social*

El apoyo social remite a las nociones que ponen de manifiesto la relevancia de los lazos sociales, a la hora de afrontar las experiencias dolorosas. Esto se traduce en el acompañamiento y el afecto de otros, más allá de los lazos familiares o de parentesco. Estas prácticas son valoradas en todos los rangos etarios como recursos fundamentales para transitar momentos de dolor, permitiendo disminuir el aislamiento, encontrar solidaridad y afecto en el entorno más cercano. Paugam (2012) refiere que a través de los

vínculos sociales el individuo se asegura protección y reconocimiento. Esto involucra una dimensión afectiva que refuerza las interdependencias humanas. De este modo los lazos sociales no solo cumplen una función instrumental, en tanto proveen apoyo material o simbólico, sino que también permiten inscribir el dolor en una dimensión donde lo colectivo toma cuerpo como amortiguador de las experiencias que lo evocan.

“Para mí, lo más importante es rodearte de las personas que te quieren. Como siento que el ser humano necesita estar en grupo, como que, si tuviera toda la plata del mundo, pero viviera solo y no tuviera nadie con quien compartir mis momentos de felicidad o algo, no sé si sería feliz.” G1, jóvenes

“Tener un buen grupo afectivo, sí, porque estando solo, o si no tenés gente detrás que te dé una mano, es complicadísimo.” G8, adultos

“Creo que a veces no encontramos palabras, pero un abrazo puede ser muy poderoso. Y creo que esa es la mejor forma...” G7, jóvenes

6.3.3 Atención profesional

Sobre el acceso a especialistas de salud mental como un recurso posible para afrontar el dolor las opiniones son heterogéneas. En los grupos las opiniones se dividen entre quienes las consideran relevantes y útiles; mientras que otros dicen descreer de ellos y afrontar los problemas solos o buscar otro tipo de ayudas a nivel familiar o en sus entornos cercanos.

6.3.4 Apertura al diálogo

Más allá de la percepción generalizada de frialdad, silencio y evasión que existe sobre el afrontamiento de la experiencia dolorosa, surgen relatos que relativizan esa visión. Lo central en este tipo de relatos radica en la presencia de un elemento habilitador que abre la posibilidad de hablar sobre el dolor, la muerte, el suicidio y la salud mental. Ese elemento puede ser el contexto institucional (hospitales, centros de atención, espacios con profesionales), pero también puede residir en la escucha atenta de otros o en la experiencia compartida de un dolor semejante, que genera confianza y legitimidad para expresarse.

“Claro, cuando lo tengo sí y no, depende con quién esté. O sea, ahí soy selectiva. Pero sí, conversamos, damos nuestro punto de vista. ¿Por qué? Porque muchas veces el otro punto de vista te ayuda a que ese dolor se mitigue muchas veces. Siempre te da un respaldo. Tenés otra visión que no la tenés en ese momento que estás casi nublado. Entonces, te ayuda mucho.” G12, mayores

En el tramo etario de los mayores emergen diferencias claras entre Montevideo y los departamentos del interior en relación con los recursos más valorados para afrontar el dolor, el duelo y la muerte. Mientras que en Montevideo la conversación y la posibilidad de poner en palabras aparece como el recurso central, en el interior predominan las referencias al acompañamiento familiar, el cuidado profesional y, en algunos casos, los condicionamientos económicos para acceder a tratamientos o apoyos especializados. En otras palabras,

los relatos montevidianos destacan la dimensión simbólica y relacional de hablar y ser escuchado, mientras que en el interior se priorizan formas de contención más materiales y concretas vinculadas a la presencia cercana de la familia y los equipos de salud.

En la exploración sobre cómo los participantes más jóvenes perciben que la sociedad uruguaya afronta temas como el dolor, la muerte y el duelo, surge en primer lugar la idea de que, en general, son temas difíciles, sobre los que no existe apertura y que suelen ser evitados en las conversaciones. Señalan, además, que las personas “no se manifiestan”, “muchas veces lo esconden” o sienten “vergüenza”.

También sus opiniones dan cuenta de una dificultad compartida, tanto en quienes intentan expresar el dolor como en quienes lo reciben, vinculada a la apertura para hablar, escuchar, preguntar y acompañar. Asimismo, consideran que cuando se hablan y abordan estos temas, se hace en general de forma superficial y no se profundiza.

“Yo creo que es algo que incomoda cuando es con el otro. Cuando, por ejemplo, no sabemos qué decirle o qué hacer frente a ese dolor.” G7, jóvenes

“Yo creo que cuando no es de alguien cercano, como que lo toma más, no te digo de una manera más superficial, sino como, no sé, dándole un trasfondo más liviano.” G7, jóvenes

“Creo que no estamos sabiendo a veces expresar ese dolor, cómo lo expresamos, cómo lo liberamos. Y hay muchas personas que, al no saberlo... y que no solamente no lo saben liberar, sino que no tienen cómo.” G1, jóvenes

En el grupo de Montevideo, fundamentalmente, uno de los primeros recursos que aparece como mecanismo de afrontamiento es el hablar, con una doble direccionalidad: no solo depende de que la persona en duelo tenga la capacidad de poner en palabras y expresarse, sino también de que los otros habiliten, le permitan hablar, “darle voz” para desahogarse. Un entorno que escucha no interrumpe y no reprime los sentimientos (“no llores”), que son aspectos claves para transitar los malos momentos. En este grupo se narraron experiencias personales intensas que muestran el peso de “dar voz” y del acompañar desde la escucha.

“Yo creo que poner en palabras, definir lo que a uno le pasa ya es todo un tema en lo interior. Lograr poder decir de verdad, porque uno tiene intelectualizado un montón de cosas, lo que estaría bien en determinado momento, pero poder tener esa conversación primero interna, es decir, primero elegir a quién.” G12, mayores

6.3.5 Estrategias de afrontamiento según las diferentes etapas vitales

El análisis de las estrategias de afrontamiento y de las redes de sostén a lo largo del ciclo vital permite identificar diferencias significativas según las etapas de la vida. En este sentido, se presenta a continuación una síntesis que muestra cómo varían los recursos, apoyos y modos de hacer frente al dolor y al sufrimiento en función de la edad, evidenciando la diversidad de experiencias y marcos de sentido que atraviesan a los distintos grupos etarios.

En el caso de los jóvenes, se observa una mayor apertura para hablar de salud mental y duelo, en comparación con generaciones anteriores. Sus estrategias de afrontamiento tienden a centrarse en el apoyo profesional y de pares, destacándose la normalización de la consulta psicológica. Asimismo, la confianza suele depositarse en amigos cercanos o en círculos reducidos de pares más que en la familia, aunque se reconoce el valor de las redes de contención —familiares y amistades— como fundamentales para sostener el ánimo. En algunos casos, el entorno asume un rol activo de apoyo, acercándose de manera espontánea sin que medie una solicitud explícita.

En los adultos, por su parte, predomina un estilo más reservado, aunque se identifican transformaciones asociadas al impacto de las redes sociales y a la creciente visibilización de la salud mental. En términos generales, se percibe una dificultad para expresar abiertamente experiencias vinculadas a la muerte, el dolor y el duelo, especialmente entre los varones, quienes aparecen como menos habilitados socialmente para manifestar vulnerabilidad. Las estrategias de afrontamiento incluyen la realización de actividades que permitan mantener la mente ocupada, como el ejercicio físico, así como el recurso a terapias alternativas —por ejemplo, meditación o yoga—. A su vez, las redes sociales han introducido nuevas formas de expresión del duelo, promoviendo la exteriorización de experiencias que anteriormente tendían a mantenerse en el ámbito privado. En este marco, se señala que la represión emocional o la adhesión a modelos rígidos de elaboración del duelo pueden obstaculizar su tramitación, incrementando el malestar.

En las personas mayores, el afrontamiento aparece fuertemente vinculado a la experiencia acumulada y a una mayor aceptación de la muerte como parte del ciclo vital. La muerte en edades avanzadas es abordada con mayor naturalidad y menor resistencia, y algunos participantes refieren a una disposición más serena frente a la propia finitud, acompañada de la sensación de haber ordenado aspectos relevantes de sus vidas.

6.3.6 Demandas

A través de los relatos de los participantes del estudio emergen una serie de demandas en torno a aquello que consideran posible —y necesario— transformar para mejorar los aspectos vinculados a la forma en que es posible mitigar el dolor, el sufrimiento y los problemas. En este sentido, cabe recalcar que las demandas están centradas justamente en este aspecto de la experiencia dolorosa, es decir, aquella en que los individuos padecen un dolor emocional, ligado o no a una enfermedad de salud mental.

Las demandas articulan dimensiones individuales y colectivas, y ponen en tensión las responsabilidades del Estado, de los servicios de salud, de las instituciones educativas y de la sociedad en su conjunto, evidenciando la necesidad de respuestas que no se limiten al abordaje clínico, sino que incorporen condiciones sociales, relacionales y culturales que inciden en la producción y el sostenimiento del malestar.

Estas demandas no se presentan como propuestas técnicas acabadas, sino como expresiones situadas de malestar, expectativas y experiencias concretas de contacto (o de falta de contacto) con los dispositivos de atención, las instituciones y las políticas públicas. En este sentido, los relatos permiten identificar no solo problemáticas percibidas, sino también se identifican núcleos temáticos recurrentes en torno a la forma en que los uruguayos piensan o expresan las áreas que deberían intervenir frente al dolor y al sufrimiento humano. Estos núcleos se muestran en el siguiente recuadro.

Expectativas y demandas sobre el dolor

<p>Educación</p>	<p>Se refiere a las demandas vinculadas al acceso a procesos educativos formales e informales orientados a la comprensión del malestar, la adquisición de herramientas para afrontarlo y la formación en aspectos emocionales, relacionales y sociales.</p>	<p>“Debería haber una educación emocional que creo que estamos empezando. Hay una apertura, por lo menos lecturas, hay información de... Antes no había nada. Antes era el cura...”</p>
<p>Mayor intervención estatal</p>	<p>Refiere a las expectativas y los reclamos en torno al rol estatal como garante de derechos, proveedor de recursos y responsable de generar políticas públicas orientadas a la protección, el cuidado y la reducción del sufrimiento.</p>	<p>“El gobierno tiene que impulsar planes y cosas a nivel nacional.”</p>
<p>Trabajo</p>	<p>Refiere a la manera concreta en que el ámbito laboral actúa como un lugar donde se detectan situaciones de sufrimiento, pero donde no siempre se sabe cómo actuar frente a ellas.</p>	<p>“Aparte debería haber algo... yo soy patrón y si pasa una situación, debe haber una herramienta que ellos (los trabajadores) tengan que tocar un botón, una alarma, que pueda dar como esa alarma, fulana necesita ayuda, como si fuese un botón. Algo debería haber, que seguramente lo hay, pero no lo busca.”</p>
<p>Interinstitucionalidad</p>	<p>Hace referencia a la articulación entre distintas instituciones (salud, educación, trabajo, organizaciones sociales, Estado) y a la demanda de una mayor coordinación entre ellas para evitar vacíos, superposiciones o fragmentación de las respuestas que permiten mitigar el dolor.</p>	<p>“No, otra cosa importante: esto de la parroquia, que podrían crearse como acuerdos interinstitucionales. Que, también, que si son de apoyo, obviamente no psicológicamente, no hay que comparar una cosa con otra, pero que sí puedan brindar esas herramientas o talleres que te orienten, acá hay una iglesia que brinda estos talleres, allá hay un lugar, por ejemplo, para los jubilados, que están dando talleres, están dando cosas, para que pueda salir, tomar aire, distraerse.”</p>

6.4 Síntesis

El malestar contemporáneo se sitúa entre el cruzamiento de experiencias vinculadas al dolor emocional y a los sentidos de posibilidad que entrega la interpretación de este malestar asociados a la salud mental. Ambas dimensiones dentro del estudio se articulan en tramas de sentido que posibilitan a los individuos a nombrar, comprender y comunicar sus vivencias, especialmente en torno a experiencias límite, como la muerte y el duelo. En este marco, el dolor aparece como una experiencia situada, heterogénea y profundamente atravesada por dimensiones culturales, relacionales y generacionales: mientras en los jóvenes se asocia a imágenes intensas y a una fuerte impronta emocional, en los adultos se vincula con la angustia y la pérdida, y en los mayores adquiere mayor anclaje en lo corporal sin desligarse de lo relacional. Estas variaciones evidencian que el dolor no es solo una sensación individual, sino una experiencia socialmente construida y modulada por contextos de vida específicos.

Al mismo tiempo, la creciente centralidad de la salud mental en el discurso social opera como un repertorio interpretativo que permite ordenar estas experiencias, transformando el sufrimiento en un objeto inteligible. Los relatos dan cuenta de una tensión persistente entre explicaciones individualizantes —centradas en la voluntad, el autocuidado o la capacidad de afrontamiento— y lecturas que enfatizan factores estructurales como

la precariedad del sistema de salud, las desigualdades de acceso, las transformaciones del trabajo, el impacto de las redes sociales y el debilitamiento de los lazos comunitarios.

En este escenario, las creencias en torno al dolor revelan dinámicas distintivas según el género, los procesos de invalidación y una creciente individualización en la gestión del sufrimiento, que limitan las posibilidades de expresión y acompañamiento. Sin embargo, también emergen estrategias de afrontamiento que ponen en evidencia la importancia de los soportes sociales, las actividades cotidianas y los espacios de escucha. Así, el malestar psíquico se sitúa en un espacio intermedio entre lo personal, lo social y lo institucional, donde las respuestas no dependen únicamente de recursos individuales, sino de las condiciones materiales, culturales y vinculares que habilitan —o restringen— la elaboración del dolor.

7. Síntesis, interrogantes y derivas

La reconstrucción del sentido que posibilitaron los diferentes recorridos por los grupos muestra recurrencias que no resultan novedosas en cómo se conciben la muerte y el suicidio, o cómo se viven el dolor y las emociones relacionadas con ellos. También sugiere pistas para la indagación diferenciada en profundidad de aspectos tales como la configuración y vivencia del malestar social y el sufrimiento psíquico en jóvenes, mujeres y adultos mayores, o los desafíos institucionales específicos, muy centralmente el sistema educativo y de salud en el abordaje de estos temas.

También posibilita una lectura de los desafíos pendientes respecto de cómo enfrentar, en líneas de políticas sectoriales, aspectos persistentes como el estigma y los mitos recurrentes respecto del suicidio, así como los marcos conceptuales, y las estrategias y recursos de intervención.

Asimismo, se aprecian algunas líneas sugerentes para la profundización de canales analíticos de las ciencias sociales y la sociología, como ser el papel de las emociones, las ideas y las disputas en torno a ellas para la configuración de la subjetividad y los vínculos.

El análisis ha pretendido dar cuenta de los grandes tópicos que vertebraron las discusiones, organizando la exposición en aspectos transversales y temáticos emergentes. Así, para cada tema se han expuesto los principales significados, tanto en términos de acuerdos como de matices y disputas, respecto de las creencias, las emociones y —a grandes rasgos— acciones, que variaron en función de cada temática.

Recapitulando lo expuesto, se asiste a la comprensión de la muerte como tabú, en virtud de que es referida de forma superficial, generando desasosiego, incomodidad e incertidumbre sobre cómo actuar. Un clivaje central en este tema ha sido el tipo de muerte, con derivas en los sentires y formas de afrontamiento: las muertes de niños y jóvenes, o las muertes violentas como accidente, homicidios y también suicidios —específicamente referidos—, además de ser más difíciles de afrontar, generan mayor impacto social. Esta diferenciación también se observa en las ideas y los acuerdos mayormente observados respecto de las muertes esperables o sin sufrimiento, con connotaciones hasta positivas entendidas como dignas, “pertinentes” (ya se cumplió con la trayectoria de vida) o hasta actos de libertad y valentía (aún en el caso del suicidio). Respecto de la dimensión acciones, en este tema se hace hincapié en el cambio en los rituales —acortamiento de velorios, invisibilidad, cremación—, sobre todo relacionados con la disminución del sufrimiento.

En el eje temático suicidio resaltan las creencias ligadas a su comprensibilidad, oscilando entre la atribución a un acto irracional, hasta su extremo opuesto, como una decisión con el fin de solucionar el sufrimiento. Si bien esta oscilación se visualiza en todos los grupos, la atribución de motivos o causas, que fue otro punto central de discusión, se diferencia entre los grupos de edades. Lo mismo ocurre con las emociones, notando más referencias directas a la culpa generacional de los mayores y más conexiones con la “culpa social” en los jóvenes. Las acciones toman mayormente los formatos de apoyo a vínculos y demandas institucionales sobre la prevención.

El tercer eje temático expuso los hallazgos respecto de las experiencias de dolor y la salud mental y se apuntó como eje por su carácter transversal y de solapamiento con algunos de los planos anteriores. Tanto la experiencia dolorosa como las apelaciones a la salud mental —ya como causa específica, ya como problema social— emergen de forma reiterada en los discursos y ambas evidencian aspectos contextuales más concretos. En este eje se aprecian con algo más de nitidez aspectos vinculables a la pauta

cultural contemporánea al mostrar cómo se viven y entienden los problemas que en algún punto explican también los anteriores.

Por último, las estrategias de afrontamiento permiten visualizar diferentes planos y formas de resolverse, tanto desde experiencias propias o cercanas como desde una visión más normativa. Las apreciaciones permitieron identificar, como se mencionó, cuatro tipos de estrategias: la autogestión, el apoyo social, la atención profesional y la apertura al diálogo, superando entornos invalidantes o minimizadores.

7.1 Afinidades y divergencias en la comprensión y vivencia de muerte, duelo y suicidio entre los grupos

Los grupos —diferenciados por etapas vitales y enclaves territoriales— muestran puntos de contacto significativos y también matices que resultan útiles para comprender algunas particularidades de los fenómenos, sobre todo a nivel de los momentos de la trayectoria de vida, no siendo así para los diferentes enclaves territoriales.

Una de las principales convergencias es prácticamente un consenso sobre el silenciamiento que rodea a los diferentes fenómenos discutidos como el dolor, la muerte y el duelo, clasificándolos como temas tabú. Se mencionan explícitamente indiferencia social y relevancia cuando las situaciones afectan de forma personal o muy cercana, sin una tematización o tratamiento específico fuera de esto. No obstante este gran acuerdo, también puede visualizarse lo propio en la contracara de hablar del tema, tratarlo o integrarlo a la agenda pública como una necesidad y, en algunos casos, única forma de superar sus connotaciones en tanto problema social. Asimismo, hay un reconocimiento convergente de cierta evolución en el tratamiento y diálogo sobre el tema en términos relativos respecto a décadas pasadas.

Otra problematización y valoración crítica en la que hay un acuerdo transversal es respecto del estado de la salud mental en el país, siendo un factor de convergencia de la totalidad de los grupos, independientemente de etapas vitales o lugares de residencia, el que describe a la salud mental en el país como crítica o directamente desastrosa.

También se visualiza convergencia en aspectos estructurales, muy especialmente los mandatos de género. En este sentido, se repite en los diferentes grupos la atribución a sensibilidades y capacidades diferenciadas entre varones y mujeres. Unas y otras parecen naturalizar la idea de que las mujeres son más abiertas al diálogo y a la expresión de las emociones, mientras que los varones son catalogados como cerrados, duros o reservados, en algunos casos explicados por las expectativas y mandatos sexo-genéricos establecidos, y en otros, comentados como diferencias más naturalizadas.

Otro aspecto en que se observa convergencia es el referido a la diferenciación de duelos y la afección de la muerte, principalmente en virtud de dos factores: la edad asimilada a la etapa vital y el tipo de vínculo que se tiene con esa pérdida. La confluencia de estos dos ejes explican el acuerdo también generalizado en exponer la muerte de un hijo como la peor pérdida o el dolor más profundo, asociado a una situación catalogada como antinatural, esto es, que no entra en las expectativas sociales ni personales sobre los ciclos de vida y las expectativas generacionales. Estos mandatos son otra dimensión estructural convergente: la responsabilidad o culpabilización ante el dolor o la pérdida está fuertemente tamizada por lo que podría interpretarse como mandatos generacionales, ya sea de cuidado, de contención o de soporte.

Respecto de las demandas, hay una amplia coincidencia en el rol de la educación y el Estado en el abordaje de estas temáticas, y directamente en la administración de su

estado crítico. Respecto de la primera, se aprecia un amplio arco de acciones educativas, tanto a nivel informal desde la familia o los ambientes compartidos, como acciones institucionales proactivas sobre aspectos específicos. Entre estas últimas sobresalen apelaciones a la educación emocional o educación sobre la gestión de emociones, y la generación de protocolos y letras tempranas para intervenciones puntuales, por ejemplo, para los casos de malestar adolescente y suicidio, entendido como uno de sus desenlaces.

Las líneas de diferenciación más importantes estriban en aspectos más puntuales que aportan profundidad y posibles premisas de interpretación situada de estos temas. Uno de ellos, el más saliente, es el significado diferencial atribuido a la muerte, tal como se señala en la introducción respecto de la muerte como eje diferenciador central para conformar grupos en función de momentos vitales. Así, mientras los participantes de los grupos de adultos asocian la muerte con sufrimiento emocional, miedo e incertidumbre, los mayores la tematizan con imágenes y reflexiones más cercanas a su naturalización e inevitabilidad. Una suerte de resignación asociada con menor tensión emocional debido a su etapa de vida. Esto parece coincidir o ir en línea con las conceptualizaciones diferenciadas sobre el suicidio, entre cierto nivel de aceptación en esta etapa, a la injusticia de acabar con la vida cuando aún no se ha desplegado. Esta experiencia de vida también se puede asociar con otro diferencial, como es la ampliación de la idea de duelo: a diferencia de los adultos y los jóvenes, los mayores asocian el duelo con un abanico más amplio de dolores y pérdidas, como ser alejamientos, mudanzas, mascotas o el retiro de la vida activa.

Los diferenciales de interpretación según las etapas de vida indican asimismo formas diferentes de vivir y pensar estrategias de afrontamiento y superación de vivencias traumáticas o difíciles, como pérdidas y suicidios. En los mayores prevalece para este y otros aspectos el valor de la palabra, el compartir y la superación del aislamiento, así como el retorno a ciertos valores asociables a los vínculos fuertes y próximos (familia, vecinos).

El grupo de adultos destaca, sin embargo, otras estrategias, como la actividad física, las redes sociales y su nuevo rol en la elaboración y tránsito del duelo, así como las terapias alternativas y actividades de superación personal. Este grupo también destaca la mención explícita del ámbito laboral como un factor de estrés y malestar que puede llevar incluso al suicidio, siendo de los tres grupos el más vinculable a una mayor exposición la vida laboral activa y sus vicisitudes, en contraste con la mirada retrospectiva de los mayores, y la alusión de falta de compromiso, responsabilidad o fortaleza de las generaciones jóvenes —en alusión a jóvenes y adolescentes— y atribuyendo a estos rasgos los mayores niveles de malestar e incluso las tasas de suicidio en aumento —a su entender— de esta población

Estas atribuciones sobre las motivaciones del suicidio son otro factor de diferenciación de los distintos grupos de edades. Esta explicación convergente de los mayores se diferencia de los adultos y jóvenes. Los primeros las asocian con agotamiento y frustración antes las expectativas, asociando, como se dijo en el capítulo de referencia, a responsabilidades y al suicidio como una forma reprochable de rehuir de ellas.

La significación del suicidio como un síntoma o problemática social general es sostenida mayormente por el grupo de jóvenes. Esto muestra consistencia asimismo con las ideas, también algo divergentes, respecto de las posibilidades y los alcances de la prevención, como se señalara, coincidiendo en mayores expectativas y soluciones de corte social y comunitario en los grupos más jóvenes, de acciones institucionales en los grupos de adultos y desde una duda o ambivalencia respecto de la aceptabilidad o acto de voluntad como posibilidad en los grupos de mayores.

Las construcciones respecto del significado, las causas y el impacto del suicidio muestran, como en la idea general de muerte, la convivencia de una serie de tensiones entre lo constatado y lo necesario, encarnado en la necesidad de hablar y el silenciamiento del tema por distintas razones; la resolución cobarde o valiente de un proceso de impotencia; o la necesidad de formación profesional o la disponibilidad intrínsecamente humana para el apoyo y el afrontamiento.

Otro punto de convergencia radica en entender la muerte por suicidio y su afrontamiento de forma diferente, en tanto muerte violenta; tanto desde el punto de vista conceptual, esto es, cómo se entiende la muerte en general, a cómo se transita la pérdida, más allá de su mención explícita como muerte violenta en los grupos generales. No obstante, es afín con aquellas en las explicaciones: agudiza las respuestas de incertidumbre, perplejidad y culpabilización, muy ligadas a la concepción predominante de "resultado de un proceso" de malestar, etiquetado, en su mayoría, o no en términos de afección de salud mental. Este proceso, no obstante, parece revelarse muchas veces con el acto suicida, siendo la vida del otro y las posibles motivaciones para terminar con su vida una especie de caja negra inaccesible, "sin herramientas".

Las herramientas conectan en la gran mayoría con la apelación al saber profesional, sobre todo médico y psicosocial, como otro de los tópicos recurrentes, transversales a los diferentes temas y especialmente protagónico en el emergente salud mental, afrontamiento del dolor y prevención del suicidio. Sin embargo, dos aspectos sugieren matices a esta concepción predominante. Por un lado, el debate que se apreció en más de un grupo respecto a la disponibilidad necesaria, tanto de los vínculos cercanos como de una condición inherentemente humana. Si bien no resultó una discusión recurrente, es significativa por suscitar el intercambio y en términos de posibles acciones de sensibilización.

En todos los grupos y en líneas generales sobre los diferentes temas, hay convergencia en apreciar una mayor apertura para el tratamiento y la problematización, muy marcadamente sobre el tema suicidio. Aunque la apertura continúa siendo insuficiente, se evidencia esto como una necesidad para comprenderlo con mayor profundidad en sus múltiples aristas, para prevenirlo y para afrontarlo como un tipo particular de pérdida por parte de los supervivientes.

7.2 La emergencia de la crisis de salud mental

Los hallazgos a través del recorrido de los grupos de discusión muestran afinidad con la tónica social general, apreciable el discurso profesional, mediático y político, respecto de una actual salud mental en crisis. Las conceptualizaciones, emociones y demandas respecto de la salud mental y el dolor van en línea con este tópico de época mediante el cual se ha instalado el sentido común de la salud mental como un problema y un estado de situación crítico. Las afirmaciones, opiniones y demandas, y la significativa ausencia de otras problematizaciones en las valoraciones generales de los diferentes temas de posibles tópicos explicativos alternativos, sobre todo vinculados al dolor y el suicidio, dan cuenta de la hegemonía de un discurso construido alrededor de la idea de crisis.

Sin desestimar los padecimientos y experiencias que dan lugar a esta problematización, concretos y reales, es importante recordar las implicancias y posibilidades del análisis desde un punto de vista social y sociológico de esta constatación en un doble sentido, tanto analizando los procesos que subyacen a esta narrativa de crisis como construcción discursiva y producto social, como reparando en los ya consabidos determinantes

sociales de la salud mental, trascendiendo la mera acción reactiva de aumentar las prestaciones de salud mental existentes (Brossard y Chandler, 2023).

La proliferación y el padecimiento señalados en los grupos de problemas de salud mental, depresión y otros relacionados, para dar cuenta de esta crisis o como causa de suicidio, son pasibles de analizar como derivas emergentes del modelo biomédico centrado en el diagnóstico y la atención, consistente con tal crisis en términos de cápsulas de sentido para un malestar socialmente configurado que distintas vertientes de análisis han conectado con la organización y producción subjetiva del capitalismo tardío o avanzado, ya no como un reflejo o deriva, sino como “dominante cultural” (Jameson, 1991).

Los problemas de salud mental, la depresión y el aislamiento son significantes de situaciones que efectivamente afectan las experiencias individuales, pero también pueden leerse como manifestación emocional contemporánea de un “individualismo expresivo, casi siempre desesperado, en muchas ocasiones banal”, que es producto del olvido de esta constitución social del bienestar o la felicidad, según Bericat, y su antítesis, el malestar.

“Este malestar ha dejado de concebirse como un mal compartido y colectivo, y se considera ahora, en esta época posmoderna, como un puro malestar personal. El problema político derivado de esta cultura es que si el individuo resulta ser el responsable de su felicidad, también será el único culpable de su sufrimiento.” (Bericat, 2018, p. 20)

7.3 Desafíos y líneas de profundización necesarias

Los temas emergentes y tópicos recurrentes configuran rutas necesarias de profundización en la investigación, incluyendo aspectos de promoción de salud, así como en la prevención, atención y posvención en el caso de suicidio.

Los hallazgos confirman la necesidad de adoptar enfoques, al menos en principio multidisciplinarios, hacia consolidar problematizaciones interdisciplinarias de temáticas como el sufrimiento social y el suicidio.

Una primera y amplia línea se relaciona con continuar profundizando en algunos factores asociados a dimensiones estructurales, muy marcadamente alrededor del malestar o situaciones de sufrimiento asociadas al ámbito laboral, o los mandatos y roles de género, visiblemente presentes en cómo se perciben, conciben y padecen estas situaciones, apenas sobrevoladas aquí. En la misma línea, los diferenciales en expectativas, atribuciones y formas de gestionar aspectos vinculados a la salud mental, la muerte o el suicidio asociadas a las trayectorias vitales requieren mayor especificidad, sobre todo apuntando a las formas diferenciadas de gestionar y asumir las supuestas motivaciones o consecuencias de este tipo de fenómenos. En ambos casos, sería oportuno emprender estudios sobre malestar social y sufrimiento psíquico en poblaciones específicas, como ser adultos mayores o mujeres.

Asimismo, algunos aspectos vinculados a la comunicación o los cambios asociados a las redes sociales a la hora de transitar y gestionar la muerte y el duelo, o la necesidad de reconfigurar canales informales e institucionales de la primera, requieren problematizaciones y análisis específicos. La necesidad de comunicar aún más y por distintos medios es un factor que atraviesa los diferentes temas y tiene distintos niveles, formatos y ámbitos.

También es necesario emprender investigaciones situadas en los planos de conceptualización e institucionalización que algunos de estos temas están tomando, en distintos niveles, habida cuenta de los modelos imperantes para comprender y valorar las situaciones. Esto es especialmente notorio respecto de cómo se concibe, se autoexplican y se gestionan los aspectos que entran en la amplia bolsa de salud mental, así como su estado crítico. En este sentido se destaca especialmente la necesidad de estudios de género y generacionales en el afrontamiento de la experiencia dolorosa.

Otro punto importante de abordar consiste en analizar los modos de construcción y tópicos centrales del discurso terapéutico y los procesos vinculados con él, como la patologización e identificación con el malestar, por ejemplo a nivel de redes y otros textos de circulación institucional y social.

En cualquier caso se trata de un campo que reclama un debate académico hacia la construcción de un abordaje multi e interdisciplinar, no solo para enriquecer el debate académico y la generación de subcampos intersticiales, sino también para dialogar con el diseño de políticas y sus estrategias de abordaje en los planos temporales diferenciados de la prevención, la atención y la posvención.

8. Referencias

- Araujo, K. y Martuccelli, D. (2012). *Desafíos comunes: retrato de la sociedad chilena y sus individuos*. Santiago de Chile: LOM Ediciones. Disponible en: <https://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/bnd/646/w3-article-658990.html>
- Ariés, P. (1977). *El hombre ante la muerte*. París: Seuil.
- Barbour, R. S. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Madison: International.
- Beck, Ulrich (1998). *La sociedad del riesgo: Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Bericat, E. (2012). *Emociones*. Sociopedia.isa. Journal Online de la Internacional Sociological Association, 1-13.
- Bericat, E. (2018). *Excluidos de la felicidad: La estratificación social del bienestar emocional en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Biedma, L. (2019). García Rodríguez, I. y Serrano del Rosal, R. (2019). *Percepciones sociales del dolor*. Opiniones y Actitudes, 77. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Brossard, B. y Chandler, A. (2023). Explicar la 'crisis de salud mental': perspectivas sociológicas. *Panorama Social*, 38, 9-22.
- Crespo, E. (2018). Un enfoque social sobre las emociones. En Álvaro, J. (coord.): *La interacción social. Escritos en homenaje a José Ramón Torregrosa* (pp.165-183). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Edmund, E. (2022). Sex and gender differences in pain: past, present, and future. *Pain*, 163 (Suppl 1), S108-S116. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002738>
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in Psychotherapy*. Nueva York: L. Stuart.
- Gayol, S.; Kessler, G. (2011). La muerte en las ciencias sociales: una aproximación. *Persona y sociedad. Memoria Académica*, 25(1), 51-74. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.10667/pr.10667.pdf
- Gil Villa, F. (2011). *La derrota social de la muerte*. Madrid: Abada Editores.
- Hintermeyer, P. (2020). El impacto sociológico de las muertes violentas. *Études sur la mort*, 54(2), 11-20. <https://doi.org/10.3917/eslm.154.0011>
- Hein, P., Larrobla, C., Novoa, G., Canetti, A., Heuguerot, C., González, V., Caligaris, A., y Torterolo, M. J. (2020). *Enigmas y estigmas del suicidio en el Uruguay: Estrategias para su comprensión y prevención*. Universidad de la República.
- Hintermeyer, P. (2020). El impacto sociológico de las muertes violentas. *Études sur la mort*, 54(2), 11-20. <https://doi.org/10.3917/eslm.154.0011>
- Illouz, E. (2008). *Saving the Modern Soul: Therapy, Emotions, and the Culture of Self-Help*. Berkeley: University of California Press.
- Illouz, E. (2012). *Intimididades congeladas: las emociones en el capitalismo*. Madrid: Katz Editores.

- Lynch, G. y Oddone, M. J. (2016). La percepción de la muerte en el curso de la vida: un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales*, 30(40), 129-150.
- Jameson, F. (1991). *El posmodernismo o la lógica cultural del capitalismo tardío*. Barcelona: Paidós.
- Le Breton, D (1999). *Anthropologie de la doleu*. París: Métailié.
- Paugam, S. (2007). *Las formas elementales de la pobreza. Las formas elementales de la pobreza*. Madrid : Alianza Editorial
- Paugam, S. (2012). Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales. *Papeles del CEIC*, 82, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco.
- Paugam, S. (2017). Ansiedades de apego: vínculos que debilitan y vínculos que oprimen. *Nueva Revista de Psicología*, 24, 41-53. <https://doi.org/10.3917/nrp.024.0041>
- Scribano, A. (2012). Sociología de los cuerpos/emociones. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 4(10), 91-111.
- Malinowski, B. (1985). *Magia, ciencia y religión*. Barcelona: Planeta-Agostini.
- Ovalle, Daniel (2018). Muerte y larga duración histórica. Hacia el sentido de la muerte en el siglo XXI. Una propuesta teórica para su estudio historiográfico. *Revista de Historia y Geografía*, 38, 215-230.
- Walter, T. (1994). *The Revival of Death*. Londres: Routledge.

9. Anexo

Percepciones en torno al dolor, muerte y suicidio en Uruguay

Temas de la pauta de dinamización de grupos.

- 1) Introducción y presentación: objetivos del estudio, marco y encuadre de la actividad.
- 2) Disparador, primeras impresiones, imágenes, sentires (de general a lo individual) de los temas dolor, muerte y duelo.
- 3) Progresión de temas: dolor, muerte, suicidio.
- 4) Afrontamiento y redes de apoyo, individuales, sociales.
- 5) Salud mental y suicidio: percepciones, entornos cercanos, prevención.
- 6) Cierre y buzón anónimo. Se invita a las personas a que dejen una reflexión, mensaje, algo que no han mencionado o un énfasis sobre lo dicho. Este mensaje se colocará en el buzón y no será puesto en común.



PROGRAMA DE
SALUD MENTAL

HOSPITAL DE CLÍNICAS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES