

Universidad de Costa Rica
Sede de Occidente
Recinto de San Ramón
Departamento de Ciencias Sociales
Carrera de Trabajo Social

**Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad Seminario para optar por
el grado de Licenciatura en Trabajo Social**

*Representaciones Sociales sobre el suicidio en un grupo de familias de
comunidades rurales de San Vito de Coto Brus*

Sustentantes:

Eloísa Sequeira Arias B66785

Karen Corrales Núñez B62164

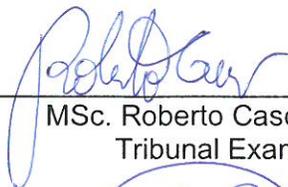
José Antonio Romero Hernández B25950

Ciudad Universitaria Carlos Monge Alfaro

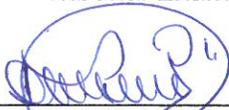
Alajuela, Costa Rica

2022

Representaciones Sociales sobre el suicidio en un grupo de familias de comunidades rurales de San Vito de Coto Brus.



MSc. Roberto Cascante Vindas
Tribunal Examinador



Mag. Doris Piñeiro Ruiz
Tribunal Examinador



MSc. Lucía Brenes Chaves
Directora



Mag. Illiana Arroyo Navarro
Lectora



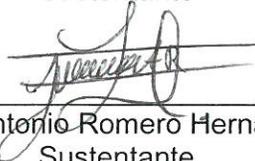
MSc. Esperanza Tasies Castro
Lectora



Eloísa Sequeira Arias
Sustentante



Karen Corrales Núñez
Sustentante



José Antonio Romero Hernández
Sustentante

15 de diciembre de 2022

Agradecimientos

A Dios por ser mi sostén fundamental en este proceso y en la vida.

A mi madre por su apoyo, oraciones y su fe en mí; a mi padre que me brindo soporte en todos los sentidos. Sin ustedes dos no lo hubiese logrado.

A mis hermanas, hermano y cuñada por alentarme y creer en mí desde el día uno.

A mis amigas por acompañarme, escucharme y alentarme en todo el proceso

A mis personas especiales por ser ese sostén que no me dejó rendirme, por estar pendientes, por creer en mí, por aconsejarme y escucharme una y otra vez.

Gracias a mi equipo de tesis por resistir en el proceso y poder culminarlo.

Por último gracias a cada una de las personas que conformaban las seis Familias que hicieron esto posible, gracias por darnos su tiempo, por recibirnos con tanta amabilidad y empatía.

Eloísa Sequeira

Primeramente, agradezco a Dios por darme la oportunidad de llevar y culminar este proceso de tesis.

Agradezco todo el apoyo de mi padre, mi madre, hermanos y hermanas en todo el proceso de tesis y en la carrera de Trabajo Social.

Agradezco a los y las profesoras que fueron parte de mi formación profesional a lo largo de todos estos años. A nuestros lectores de tesis por su ayuda y prestancia, a la directora Lucía Brenes por orientarnos en todo este proceso.

Agradecer a las compañeras de trabajo, a Eloísa por su tiempo, esfuerzo y responsabilidad. A Karen por sus aportes al trabajo, por su paciencia, su apoyo, dedicación y por ser mi soporte personal en muchas situaciones a lo largo de estos años.

José Antonio Romero Hernández.

Dudo que exista la posibilidad de llegar a alguna parte sin la intervención directa o indirecta de otras personas. Siempre hay una red de conocidos y no tan conocidos, compañeros, profesores, familia y amistades detrás de cualquier logro y quizás eso sea lo más hermoso de todo y lo que más valoro en este momento.

Pero mami es de las primeras en llegar a mi cabeza, porque he sentido su apoyo en todo mi proceso de formación profesional; porque no dudó ni un momento en que su hija podía lograrlo, así como yo no dudé en que podía contar con ella siempre que lo necesitara. Ella escuchó, creyó, tuvo paciencia, estuvo dispuesta y oró todo el tiempo por mí. Hizo demasiado estando tan presente.

Pienso en Dani y Naza, porque tienen el don de recargar mis energías con un solo abrazo, su sola existencia es una motivación para seguir creciendo y el verlas me hace recordar que vale la pena todo el esfuerzo. El amor que tengo por ellas muchas veces me desborda y me ha impulsado demasiado en todo este tiempo y eso es suficiente para estar agradecida.

Pienso en Jose porque definitivamente hizo que una experiencia un tanto caótica fuese mucho más llevadera; porque fue un pilar en mi estabilidad emocional, un hombro en el cual recargarme y un espacio para respirar.

Pienso en las muchas personas que estuvieron y luego se fueron, las que llegaron por un instante y dejaron algo valioso, las que ayudaron sin darse cuenta, las que demostraron empatía, interés y apoyo en alguna parte del proceso, que, aunque parezcan cosas sencillas, hacen toda la diferencia. No estuve sola en ningún momento y ahora es más que evidente.

Agradezco profundamente a Dios por cada persona, cada momento, cada sonrisa, cada lágrima, cada error, cada aprendizaje y por todo el crecimiento que esto representa. Lo he sentido presente en mi vida y en mis procesos a pesar de mí, y por eso estoy más que agradecida.

Karen Dalissa Corrales Núñez

Dedicatorias

Dedico la culminación de este proceso de siete años a mis padres, por ser mi fuente de motivación desde siempre, mi meta siempre fue y será que estén orgullosos de mí y que cada logro conseguido les brinde frutos a ustedes.

Dedico esto a la Zona Sur, a un Coto Brus abandonado por investigaciones, políticas y apoyo estatal, a las personas que habitamos en este lugar y padecemos las consecuencias de esto.

También a Nico, a mi sobrinas y sobrino, que esto sirva de ejemplo para que siempre luchen por lo que quieren.

Eloísa Sequeira

Este trabajo está dedicado a mi familia, a mis profesores y profesoras de primaria y secundaria los cuales me motivaron en edades tempranas.

También aquellas personas que me han enseñado cosas importantes a lo largo de mi vida, al final somos resultado de nuestros procesos personales, contexto, circunstancias y personas que nos influyen de manera positiva.

Hago una dedicatoria especial a las comunidades La Isla, La Pintada y San Vito por colaborar con este trabajo y a todas aquellas comunidades que se encuentran alejadas y excluidas.

José Antonio Romero Hernández

A las familias que fueron parte del proceso de investigación, que me sorprendieron con su calidez, su ayuda y su empatía.

A todas las personas que han tenido interés por el tema del suicidio y de la salud mental, quienes se hayan enfrentado al mismo y quienes estén trabajando por ello.

A quienes quieran construir más.

Karen Dalissa Corrales Núñez

Índice

| | |
|---|-----------|
| Índice de gráficos | 11 |
| 1. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN | 13 |
| 1.1. Presentación | 13 |
| 1.2. Justificación | 15 |
| 1.3. Problema de Investigación | 24 |
| 1.4. Interrogantes | 26 |
| 1.5. Estado de la cuestión | 27 |
| 1.5.1. Estudios sobre representaciones sociales y suicidio | 27 |
| 1.5.2. Estudios sobre suicidio | 30 |
| 1.5.3. Estudios sobre suicidio y familia | 32 |
| 1.5.4. Estudios sobre familia | 34 |
| 1.5.5. Balance general | 36 |
| 1.6. Referente Teórico | 39 |
| 1.6.1. Teoría de las Representaciones Sociales | 39 |
| 1.6.1.1. Concepciones: ¿Qué son las representaciones sociales? | 41 |
| 1.6.1.2. Características y elementos de las representaciones sociales | 44 |
| 1.6.1.3. Esferas de pertenencia de las representaciones sociales | 46 |
| 1.6.1.4. Funciones de las representaciones sociales | 48 |
| Integración de la novedad: | 48 |
| Interpretación y construcción de la realidad: | 49 |
| Conformación de las identidades personales y grupales: | 50 |
| Orientación de las conductas: | 50 |
| 1.6.1.5. La objetivación y el anclaje | 51 |
| 1.6.2. Perspectivas sobre el suicidio y su incidencia en la realidad | 55 |
| 1.6.2.1. La comprensión del suicidio desde el individuo | 58 |
| 1.6.2.2. La comprensión del suicidio desde el entorno. | 63 |
| 1.6.2.3. Concepciones actuales sobre el suicidio | 67 |
| 1.6.3. Familia en un contexto rural | 71 |
| 1.7. Estrategia metodológica | 80 |
| 1.7.1. Premisas ontológicas | 80 |
| 1.7.2. Premisas Epistemológicas | 82 |
| 1.7.3. Enfoque metodológico | 84 |
| 1.7.4. Población participante | 87 |
| 1.7.5. Criterios de selección | 87 |
| 1.7.6. Viabilidad | 89 |
| 1.7.7. Técnicas | 89 |
| 1.7.7.1. Entrevista Grupal: | 89 |
| 1.7.7.2. Observación no participante | 90 |
| 1.7.7.3. Entrevista semiestructurada | 91 |
| 1.7.8. Fases de la investigación | 91 |
| 1.7.8.1. Fase preparatoria | 92 |
| 1.7.8.2. Fase de trabajo de campo | 92 |

| | |
|--|------------|
| Limitaciones | 94 |
| Hallazgos | 94 |
| Fase analítica | 95 |
| Fase informativa | 96 |
| 1.7.9. Operacionalización de categorías | 97 |
| 2. CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL DE LA SALUD MENTAL Y EL SUICIDIO: EVOLUCIÓN CONCEPTUAL, CONTRADICCIONES, MARCO INSITUACIONAL E INICIATIVAS DE ABORDAJE | 99 |
| 2.1. Transformación del concepto de salud mental a nivel internacional | 99 |
| 2. 2. Contradicciones en la atención de la Salud Mental y el suicidio a nivel internacional | 107 |
| 2.3. La salud mental y el suicidio en la complejidad social | 111 |
| 2.4. Salud Mental y Suicidio en Costa Rica | 119 |
| 2.4.1. Marco institucional y el papel del Estado | 119 |
| 2.4.1.1. Ministerio de Salud | 124 |
| 2.4.1.2. Caja Costarricense del Seguro Social | 128 |
| 2.4.2 Algunas de las iniciativas llevadas a cabo sobre salud mental y suicidio en Costa Rica. | 130 |
| 3. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, POLÍTICAS, GEOGRÁFICAS, DEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DEL CANTÓN DE COTO BRUS | 133 |
| 3.1. Fundación y ubicación geográfica | 133 |
| 3.2. Población | 136 |
| 3.3. Educación | 137 |
| 3.4. Prácticas Religiosas | 139 |
| 3.5. Dinámica Económica | 139 |
| 3.6. Discurso sociopolítico de la fundación del cantón de Coto Brus | 143 |
| 3.7. Salud | 145 |
| 3.8. Situación del suicidio en Coto Brus | 147 |
| 4. ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL SUICIDIO EN FAMILIAS DEL CONTEXTO RURAL DE SAN VITO | 155 |
| 4.1. Caracterización de la población | 155 |
| 4.2. Contexto de las familias en comunidades rurales de San Vito | 156 |
| 4.3. Representaciones Sociales sobre el suicidio | 169 |
| 4.3.1. Salud mental como algo físico | 170 |
| 4.3.2. Suicidio como debilidad | 174 |
| 4.3.3. Suicidio como un proceso individual | 178 |
| 4.3.4. Suicidio como pecado | 183 |
| 4.3.5. Salud mental y suicidio como locura | 187 |
| Conclusiones y Recomendaciones | 193 |
| Conclusiones | 193 |
| Recomendaciones | 200 |
| A la carrera de Trabajo Social: | 200 |
| A futuras Investigaciones (estudiantes): | 201 |
| A las instituciones de salud del cantón: | 201 |

| | |
|--|-----|
| Referencias Bibliográficas | 202 |
| Anexos | 215 |
| Anexo #1: Guía de Entrevista Grupal | 215 |
| Anexo #2: Guía de Entrevista semi-estructurada | 218 |
| Anexo #3: Consentimiento informado | 221 |

Índice de gráficos

| | |
|---|-----|
| Gráfica #1: Índice de conocimiento del cantón de Coto Brus | 138 |
| Gráfico #2 Número de registro de intentos de suicidio reportados según año. | 150 |
| Gráfico #3 Intentos de suicidio por sexo. | 151 |
| Gráfico #4 intentos de suicidios por grupo etáreo y año. | 152 |
| Gráfico #5 Suicidios ocurridos por año y distritos. | 153 |
| Gráfico #6 Tasa de suicidio por año y sexo. | 154 |

Abreviaturas:

BM: Banco Mundial.

CCSS: Caja Costarricense del Seguro Social.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CNP: Consejo Nacional de Producción.

COMESCO: Comisión Técnica Interinstitucional sobre Estadísticas de Convivencia y Seguridad Ciudadana.

CONAPAM: Consejo Nacional para Personas Adultas Mayores.

EBAIS: Equipos Básicos de Atención de la Salud.

FMI: Fondo Monetario Internacional .

IHME: Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud.

INDER: Instituto de Desarrollo Rural.

INEC: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OIT: Organización Internacional de Trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PANI: Patronato Nacional de la Infancia.

PAES: Programas de ajuste estructural.

ICAA: Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados.

ICODER: Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación.

ILAIS: Instancias Locales para el Abordaje Integral del Riesgo Suicida.

SICA: Società Italiana di Colonizzazione Agricola.

1. ASPECTOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Presentación

Esta investigación fue realizada desde la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, Sede de Occidente, con la finalidad de obtener el grado de Licenciatura. Posee un carácter de estudio cualitativo y se orienta al análisis de las Representaciones Sociales sobre el suicidio en un grupo de familias de comunidades rurales de San Vito de Coto Brus.

La motivación para realizarla surge del acercamiento al fenómeno del suicidio como una problemática con factores estructurantes que se manifiesta en la familia como población meta del Trabajo Social, considerando para ello el contexto rural comunitario que presenta condiciones específicas que lo colocan en una posición de periferia en una sociedad capitalista y que influye en la construcción de significados sobre un fenómeno como el suicidio y en consecuencia una determinada respuesta.

De este modo, en las siguientes páginas se encuentra la justificación, seguida por el planteamiento del problema que da origen al estudio y sus respectivas interrogantes. Así mismo, se presenta un apartado que contiene las posiciones teóricas en torno a la comprensión de las categorías de análisis utilizadas dentro de la presente investigación, para ello, se toman como categorías centrales las representaciones sociales, el suicidio y la familia.

Consecutivamente se exponen los convenios, tratados, normativas, leyes y políticas a nivel nacional e internacional en materia de salud mental y suicidio profundizando en las transformaciones sobre ambos conceptos a nivel histórico. Finalizando con el referente contextual donde se expone la historia de creación del cantón de Coto Brus, centrando la información en el distrito de San Vito, para entender el contexto en el que se desenvuelven las familias del estudio.

Por otro lado, se expone la estrategia metodológica que orienta este trabajo, la cual tiene como finalidad dar respuesta al problema de investigación que se plantea. Para ello, se definen una serie de pasos como parte del proceso, mismos que consisten en los fundamentos ontológicos y epistemológicos que establecen las bases sobre las cuales se pretende conocer, entender, indagar e interpretar la relación objeto-sujetos/sujetas, así como el posicionamiento de quienes investigan y su relación con la población participante.

De la misma manera, se presenta el enfoque metodológico de la investigación, la delimitación y las particularidades de la población participante seleccionada. Además, se exponen las técnicas utilizadas para la recolección de información y las fases que presentó la investigación.

Además se expone la triangulación de análisis de datos, donde se contrasta la información obtenida de las personas entrevistadas, la teoría y contribuciones de las sustentantes, esto con base en las interrogantes que guían la presente investigación. Finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones que surgen a partir del proceso investigativo.

1.2. Justificación

La presente investigación busca estudiar las representaciones sociales sobre el suicidio de un grupo de familias en comunidades rurales del distrito de San Vito de Coto Brus. De este, interesa analizar la construcción simbólica de la representación social del suicidio que se da por elementos culturales, socioeconómicos y políticos, los cuales son externos al sujeto, pero, al interiorizarse posteriormente, van a determinar el accionar de estas familias frente a un posible evento de autoeliminación.

Según autores como Moscovici (1979) y Jodelet (1986), un sujeto (individuo, familia, grupo) construye una representación de un objeto (fenómeno, idea, acontecimiento), esto con la finalidad de poder desenvolverse en su realidad sin contratiempos al mismo tiempo que la interioriza e interactúa con las y los demás en una forma de intercambio social. Estas representaciones son sistemas cognitivos o teorías del sentido común que cumplen las funciones de comprender, permitiendo pensar el mundo y sus relaciones; valorar, permitiendo calificar o enjuiciar hechos; comunicar, permitiendo la interacción; y finalmente, el actuar que responde a esas representaciones sociales (Araya, 2002).

Pero esto no se da de manera aislada, sino que estas representaciones son una forma de pensamiento social que se constituye a partir de las propias experiencias del sujeto, así como de las informaciones, conocimientos, modelos de pensamientos que son transmitidos por medio de la tradición, educación y comunicación social (Jodelet, 1986); por lo que surgen de las interacciones sociales y al mismo tiempo permiten nuevas comunicaciones e intercambios entre los sujetos y grupos. Esto las hacen tributarias de la posición que se ocupa en la sociedad, la economía y la cultura.

Una de las características de las representaciones sociales es que siempre son la representación de un objeto, que en este estudio corresponde al suicidio, ya que es un fenómeno complejo presente en nuestra sociedad que no solo involucra aspectos biológicos y psicológicos sino también ambientales y sociales, con variaciones particulares sujetas al contexto de las personas incentivando en mayor o menor medida la conducta suicida.

Por ello son necesarios estudios que lo analicen contemplando las realidades de diversos grupos. Se ha reconocido por parte de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) la necesidad de fortalecer la

investigación sobre suicidio, ampliando los estudios sobre la conducta suicida, así como los factores sociales y culturales que influyen en este fenómeno (OPS, 2015).

Se comprende entonces el suicidio desde una mirada multidimensional, que involucra elementos sociales, culturales y político-económicos que lo hacen un fenómeno complejo que afecta a una gran cantidad de personas en el mundo. Respecto a esto, la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) indica que cada año cerca de 700.000 personas consuman un suicidio, representando en el mundo la cuarta causa de muerte en el grupo etario de 15 a 19 años, con una mayor afectación en países de ingresos bajos y medianos con el 77% de muertes por suicidio; además, se estima que hay alrededor de 20 tentativas por cada muerte, siendo este el factor de riesgo más importante (OMS, 2021).

A nivel nacional, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en el 2021 se registraron un total de 377 defunciones cuya causa fue el suicidio (INEC, 2022). Y en el caso específico del cantón de Coto Brus, cuya cabecera es el distrito de San Vito, los datos de intento suicida registrados presentan una total de 37 intentos para el año 2021 y 6 actos consumados para el año 2019. (Ministerio de Salud Coto Brus, 2022)

A partir de los datos anteriores, se observa que el suicidio es un fenómeno presente en la sociedad que afecta a diferentes grupos y localidades. Aun así, se debe tomar en cuenta que el suicidio puede prevenirse, sin embargo, existen varios factores que dificultan esto, como el tabú y la estigmatización alrededor del tema en la sociedad (OMS, 2021). Y lejos de individualizarlo, es necesario comprender los aspectos de carácter social que inciden en esto.

A pesar de que se han desarrollado estrategias para la prevención del suicidio a nivel internacional, se considera que hay un alcance limitado en ella debido a factores externos concernientes a una realidad estructural de desigualdad que provocan condiciones que vulneran a ciertos grupos, provocando situaciones de violencia, discriminación, la no garantía de derechos; lo que dificulta el adecuado acceso a la información y servicios necesarios para prevenir conductas suicidas, manteniendo el riesgo a desarrollarlas.

Para comprender esos factores externos influyentes, resulta necesario remitirse al contexto más amplio, donde aparece el capitalismo como el sistema económico hegemónico que configura e impacta de manera directa los ámbitos político, económico, cultural y social. Así mismo, este sistema tiene como objetivo principal la producción y acumulación de capital a gran escala, lo cual indiscutiblemente consigue. Sin embargo, la distribución de esa riqueza

es muy desigual, generando una brecha entre las y los dueños de los medios de producción y la clase trabajadora.

Esta desigualdad se ve reflejada en todos los países de América Latina, la cual ha aumentado en las últimas décadas con el modelo neoliberal, convirtiendo a la zona en la más desigual del planeta (Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL-, 2016). Esto se traduce en falta de infraestructura, debilitamiento del sistema de educación pública y de sanidad, desempleo, abaratamiento de la mano de obra, escasa ejecución de programas sociales, privatización acelerada, reducción de los Estados, entre otras.

En el caso de Costa Rica, al pertenecer a esta región, la situación no es muy distinta. Sufre todas las condiciones anteriormente descritas, de las cuales la educación pública, la atención de la salud mental, ejecución de programas sociales, desigualdad, la privatización, etc., figuran entre los ámbitos más afectados en las últimas décadas.

Gran parte de estos cambios, relacionados principalmente con el Estado, están vinculados con los Programa de Ajuste Estructural (PAES), los cuales se ejecutan en la década de 1980 en el país, esto como parte de los requisitos que exigían entidades internacionales como el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) para otorgar préstamos. Cabe mencionar que Costa Rica sufría una fuerte crisis económica a finales de la década de los setenta, lo cual facilitó que se dieran estos ajustes.

Los PAEs trajeron consigo una serie de cambios significativos en el Estado costarricense, los cuales según Vega (1996) estaban relacionados con la disminución de la intervención del Estado en lo económico y su reducción en términos generales, desfinanciamiento y cierre de instituciones importantes como el Consejo Nacional de Producción (CNP), recorte de programas sociales y políticas públicas más focalizadas, entre otros.

Todo esto provocó, entre otras cosas, el debilitamiento de los servicios públicos, donde los sectores de salud y educación fueron de los más afectados, se dio un desfinanciamiento de programas sociales, lo cual afectó a la población en general, una pérdida del carácter universalista de las políticas sociales y públicas, por tanto, su cobertura se redujo significativamente generando una exclusión importante de ciertos sectores y poblaciones.

Aunado a esto, se establece el Estado como capitalista neoliberal, donde lo social parece pasar a un segundo plano y lo económico toma una mayor relevancia procurando atender las demandas del mercado, esta tendencia se mantiene hasta la actualidad.

Tomando en consideración parte de las implicaciones del sistema capitalista y el modelo económico neoliberal, los cuales son parte fundamental del contexto del país, también resulta pertinente tener en cuenta el fenómeno centro-periferia/urbano-rural, el cual se da de manera marcada y acentúa esa desigualdad. Respecto a esto, la autora Houdelatth (2007) refiriéndose a las comunidades consideradas rurales, destaca que “el aislamiento geográfico, las pocas fuentes de trabajo y la falta de aplicación de programas comunitarios acordes con las necesidades reales de estos pobladores” (p,47), figuran dentro de las limitaciones y problemáticas que impiden un desarrollo integral de estas zonas.

Esa falta de programas comunitarios está relacionada con el deterioro de políticas públicas y sociales, así como a su carácter focalizado, el cual se puede traducir en menor presupuesto y cobertura, lo que hace más marcada la exclusión de ciertos sectores de la población como lo son las comunidades rurales. Esto también explica la calidad de los servicios que se brindan en estas zonas, los cuales casi siempre son insuficientes y precarios.

Un ejemplo de esto es la insuficiencia de profesionales que abordan la salud mental con las familias de las zonas alejadas de las áreas urbanas, en este caso tomando como referencia el lugar o región en el que se desea trabajar. Según datos obtenidos del área de recursos humanos del Hospital San Vito, el Área de Salud y el Ministerio de Salud de Coto Brus (Comunicación personal, 2022), el Distrito de San Vito cuenta con tres profesionales en psicología, uno en psiquiatría y cuatro profesionales en Trabajo Social para brindar atención a la población del cantón, la cual es de 43.192 según el último censo del INEC 2011.

El poco personal podría desencadenar una sobrecarga laboral en las y los funcionarios, lo que se traduciría en reducción del tiempo en las consultas, provocando una atención insuficiente con citas con meses de distanciamiento, lo cual puede provocar una intervención inoportuna. Tratar la salud mental de las personas también puede requerir una atención inmediata, por lo tanto, estos elementos de precariedad en la intervención ponen en riesgo a las y los usuarios. Esto refleja una limitante importante en el servicio de salud que se brinda, lo cual también se puede extrapolar a otros casos o ámbitos.

Considerando este contexto general y particular, resulta importante comprender su relevancia, la cual radica en ser parte fundamental de un espacio y tiempo determinado en el que se desenvuelven las personas y en el que se da un fenómeno como el suicidio; por ello su percepción, interpretación y abordaje, en gran medida se construirán en base a ese contexto. En otras palabras, el contexto y la interacción de las personas con este son la base sobre la cual se crean las diferentes realidades, lo que influye de manera directa en la construcción de representaciones sociales sobre el suicidio.

Esta necesidad de comprender el macro contexto y cómo se estructura, resulta primordial para llegar a escenarios particulares y aterrizar la teoría a través de las dinámicas sociales que allí se desarrollan y, de manera dialéctica, generar más conocimiento por medio de la praxis. Dado esto es que, una categoría como representaciones sociales se relaciona de manera estrecha, debido a que estas no son acerca de un todo en general, sino sobre algo o alguien en específico y son expresadas por un sector social particular (Jodelet, 1986), esto nos plantea que pueden existir distintas representaciones sobre un mismo fenómeno o cosa, que son creadas por una estructura social, con experiencias concretas y en un lugar determinado.

Se entiende entonces que las representaciones sociales son creadas desde lo que conforma ese sector social en particular como su sistema político, su sistema económico, sus ideas o acontecimientos. Son la forma en que se relaciona el mundo de la vida cotidiana con los objetos con que las personas representan su realidad, sustituye lo material y lo representa en las ideas, determinando el comportamiento de los miembros de un grupo hacia su entorno social y físico (Araya,2002).

Es aquí donde aparece el papel de las familias como un grupo social particular en el cual existen representaciones sociales que guían y orientan las acciones y relaciones sociales, estas premiadas por las circunstancias socioeconómicas; escolaridad, la ocupación, los ingresos, la colonia o zona donde habitan.

Según lo expuesto anteriormente, en el caso de la presente investigación, existirán representaciones sociales en las familias de una zona rural como San Vito de Coto Brus sobre distintos fenómenos que estarán condicionadas por los elementos descritos, por lo tanto, conocer sobre el medio donde se desarrollan y desenvuelven resulta fundamental para comprender estas dinámicas predominantes en la construcción de representaciones sociales.

En este punto cabe señalar que se entenderá de forma general la familia como un grupo social que recibe y transfiere desde un contexto específico, significados e influencias en la identidad de los individuos y, por ende, en la construcción de las representaciones sociales de estos.

En este sentido, Quintero (1997) menciona que, la familia desde su concepción sistémica es considerada la principal de los sistemas humanos que más que la suma de partes individuales es afectada por cada unidad de la sociedad en general. Por tanto, como un sistema responde al entorno y características del momento histórico en que se desarrolle, transformándose y adaptándose a las circunstancias cambiantes de la sociedad.

En concordancia con lo anterior, se comprende la familia como un micro contexto en el cual se crean y reproducen los símbolos y/o significados que influyen en la vida social y que se utilizan para la explicación y comprensión en la vida cotidiana. Además, ésta como institución social es influenciada por el entorno en que se encuentra, es decir la familia se va desarrollando en función de este, por tanto, su formación de significados respecto a un fenómeno en particular puede variar según el momento, lugar y/o contexto histórico en que se sitúe.

Hablar de familia supone conceptos, significados, creencias, cultura, educación entre otros aspectos que se asocian a la forma de entender y/o actuar frente a la realidad. El estudio de estas conlleva introducirse en un mundo complejo que presenta similitudes y diferencias, dependiendo del tipo de sociedad, momento histórico, cultura, clase social y contexto.

En consecuencia, al ser la familia un sujeto de intervención del Trabajo Social desde su origen se hace necesaria la aproximación constante a la realidad de este grupo y los cambios a los que se enfrenta, con el fin de construir nuevas posturas o extender lo conocido. Es así como en procesos de intervención profesional, la familia suele figurar como elemento central de análisis para el abordaje de las diferentes temáticas sociales.

De acuerdo con lo anterior, Rodríguez (2012) menciona que se le da gran relevancia a la familia en la profesión, ya que es el primer espacio de atención profesional, con el cual se encuentra cotidianamente desde cualquiera de los ámbitos donde se ejerzan las funciones profesionales, ésta como un conjunto de partes conectadas en interacción, permite un acercamiento a las conexiones entre las partes de un todo y su interacción para comprender el mundo.

Lo anterior posibilita el identificar la familia y principalmente aquellas de zonas rurales como un campo de acción e intervención del Trabajo Social, como una profesión histórica que persiste en desarrollar investigaciones de las condiciones y relaciones de vida de los sujetos sociales.

Esto permite ampliar el conocimiento sobre la constitución de la cuestión social y la forma de intervención del Estado ante esta, “a fin de identificar y construir estrategias que vengan a orientar e instrumentalizar la acción profesional, permitiendo no sólo la atención de las demandas inmediatas y/o consolidadas, sino también su reconstrucción crítica” (Guerra, 2015, p.122).

Esto contribuye a la generación de conocimiento orientado a la transformación de los procesos sociales e incidir en la participación de los sujetos en el desarrollo social. Además, la naturaleza investigativa del Trabajo Social y el desarrollo de un referente teórico-metodológico permite una acción profesional de tipo crítica-analítica con un referente técnico adecuado, todo fundamentado en un proyecto ético que guíe el correcto ejercicio de la profesión, lo que se puede traducir en un mayor bienestar de las diferentes poblaciones.

Es aquí donde el análisis de las representaciones sociales sobre el suicidio brinda al Trabajo Social un espacio para conocer la forma en que los sujetos le dan significado a un fenómeno como el suicidio por medio del intercambio social o la interacción con las y los demás y en consecuencia se introducen y aprehenden la realidad. Además, al tener las representaciones sociales la función de orientar las acciones de los sujetos, su análisis permite profundizar en el proceso donde se determinan las reacciones o prácticas ante la autoeliminación a partir del significado que se ha construido.

Esto genera para Trabajo Social un antecedente teórico importante, considerando que el estudio sobre las representaciones sociales del suicidio no ha tenido un desarrollo amplio desde la profesión. Además, expande los campos de acción e investigación, rescatando elementos fundamentales de estudio para la profesión como la familia, la cuestión social, las representaciones sociales y la interacción dialéctica del individuo con su entorno y sus distintas realidades.

Respecto a esto, la autora Rodríguez (2019) propone que Trabajo Social tiene un papel importante en la prevención de la conducta suicida, donde se considera el apoyo y la red social como fundamental en la vida del individuo, lo cual permite un equilibrio entre la

persona y su entorno que ayuda en su progreso. Además, apunta que esta disciplina busca fomentar el cambio social, satisfacer necesidades y promover una mejora integral de las condiciones en las que viven las y los individuos.

Lo anterior implica que, es en la dimensión social del suicidio donde Trabajo Social encuentra su campo de acción, por lo tanto, se hace fundamental prestar especial atención a todo aquello que interpele a las y los individuos. A partir de esto, generar estudios y nuevos conocimientos que aporten a la prevención y atención de este fenómeno, para lo cual es primordial comprender el contexto particular donde se da y las dinámicas que allí desarrollan las personas.

Y este último aspecto puede ser facilitado por el análisis de las representaciones sociales sobre el suicidio, ya que es posible identificar los ámbitos que forman parte de la estructura social e inciden directa o indirectamente en la formulación de los significados sobre el fenómeno, y así lograr delimitar qué factores están influyendo en la formulación de representaciones, de qué forma lo hace y en qué medida, alejándose de la perspectiva individual desde la que suele abordar.

Ahora bien, como ya se ha hecho mención en este documento, el contexto particular en el que viven las familias está estrechamente relacionado con las representaciones sociales que se pueden construir en torno a un fenómeno social como el suicidio, es por ello que para indagar desde Trabajo Social es necesario establecer las características fundamentales de un espacio y tiempo determinado, lo cual permite un mayor acercamiento a las realidades que viven las distintas poblaciones.

En el caso de este trabajo de investigación, el contexto particular está representado por comunidades consideradas rurales de San Vito de Coto Brus y las familias que viven en ellas. La ruralidad está dotada de ciertas particularidades como la baja densidad poblacional, costumbres y rasgos culturales, además de las actividades agrícolas como forma de subsistencia primordial, esto puede variar dependiendo la región de ahí que se delimite a este Cantón y Distrito, mismos que cumplen con estas características.

Por otra parte, trabajar con esta población y dentro de este espacio geográfico, permite indagar sobre temáticas que aparentemente no figuran como una necesidad para ellos y ellas. Esto dado a las condiciones materiales en las que viven la gran mayoría, donde la pobreza, las escasas fuentes de empleo, el limitado acceso a servicios básicos como la educación y salud,

la falta de infraestructura, el acceso a información poco oportuna, etc., figuran como necesidades más concretas y tangibles para la población.

Lo anterior, puede encontrar sus causas o parte de ellas, en la poca influencia de las instituciones estatales pertinentes, no sólo de aquellas que impactan en las condiciones materiales de las personas, sino de las que tratan el tema de salud mental como el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS). Todo esto se constituye en escenarios desfavorables, pero también en la oportunidad de trabajar con y para poblaciones históricamente vulnerabilizadas, en este caso representadas por las familias de San Vito de Coto Brus.

Finalmente, indagar sobre temáticas como representaciones sociales y con estas poblaciones, forma parte fundamental de la razón de ser de Trabajo Social, ya que, las manifestaciones de la cuestión social forman parte de sus contextos y vida cotidiana, lo que tendrá un impacto directo en fenómenos sociales aparentemente desvinculados como lo puede ser el suicidio.

1.3. Problema de Investigación

El suicidio como fenómeno de estudio, a través de las diferentes investigaciones y avances, ha mostrado una tendencia en buscar sus causas y razón de ser en el individuo casi de manera exclusiva, dejando de lado el contexto y factores externos que le influyen. Con esto, no se niega ni resta importancia a la dimensión de lo individual desde la cual se intenta explicar el fenómeno, sino rescatar y fortalecer su estudio desde un enfoque social.

Esto implica entender el suicidio como un fenómeno social, donde para su comprensión se debe ubicar al individuo en un espacio y tiempo determinado y analizar factores políticos, económicos, sociales y culturales en los cuales se desenvuelve. Lo anterior es primordial de tener en cuenta para comprender y explicar la construcción de representaciones sociales que pueden tener las familias en torno al suicidio, tomando en consideración el contexto rural en el que viven y lo que esto conlleva.

Para comprender las representaciones sociales que se construyen en torno al fenómeno en estudio, resulta fundamental indagar sobre lo que conlleva la ruralidad y las dinámicas de convivencia y subsistencia que desarrollan las familias, ya que esto determinará en gran medida la percepción individual y colectiva que se tiene a cerca del suicidio.

La baja densidad poblacional, la agricultura como actividad productiva predominante y los rasgos culturales particulares figuran como características fundamentales de la ruralidad (Llambí y Pérez 2007). Esto tendrá una influencia importante en las dinámicas políticas, económicas, sociales y culturales lo que, a su vez, serán factores centrales en la construcción de las representaciones sociales en estos espacios.

Tomando en consideración lo anterior, es que factores como la pobreza y las condiciones materiales con las que cuentan las familias son centrales, ya que, pueden explicar el nivel de importancia que le dan las familias a fenómenos como el suicidio y los medios con los que cuentan para comprenderlos, explicarlos y atenderlos. Así mismo, la educación y la información que tengan a su disposición va a configurar en gran medida la percepción sobre el fenómeno, la cual puede ir desde una negación de este hasta su normalización.

A partir de estos contextos es que interesa conocer el proceso de construcción de representaciones que, según autores como Moscovici (1979), Cruz (2006) e Ibáñez (1988), permiten integrar aquellos novedosos significados de los se han dotado los diferentes

fenómenos existentes; a su vez, esto influye y facilita interpretación y construcción de las distintas realidades en que viven las personas. Además, esto va a determinar en gran medida la formación de identidades individuales y grupales, debido a la socialización e interacción de ideas y símbolos que, en muchos casos, serán compartidos como cuestiones comunes entre ellos y ellas.

Este proceso de construcción e interpretación de las distintas realidades y fenómenos, inevitablemente van a penetrar en la orientación de las conductas de los individuos hacia la convivencia y sobrevivencia en sus contextos. También, es pertinente rescatar que esas conductas no solo estarán orientadas por los símbolos, significados y representaciones, sino que los medios materiales van a determinar en gran medida los alcances y limitaciones de las acciones que las personas lleven a cabo.

Dado esto, es que resulta importante indagar desde lo político, la influencia de instituciones estatales presentes en las comunidades puede tener una gran influencia, a partir de la información que les brindan a las familias sobre salud mental y suicidio, así como la atención que se le da. Esto puede brindar a las personas un acercamiento más o menos real al concepto del fenómeno en cuestión y determinar el nivel de importancia que se le da en sus vidas y en las dinámicas sociales.

Por otro lado, las ideas y creencias religiosas como parte de la cultura particular de estos espacios pueden tener una influencia significativa en la percepción de las familias respecto al suicidio, dado que podría constituirse en un tema tabú impidiendo espacios de diálogos o pláticas al respecto. Un ejemplo de esto es que, desde algunas creencias religiosas este fenómeno puede ser interpretado como pecado, lo que podría provocar dos consecuencias principales: por un lado, evitar que las personas con estas creencias vean en el suicidio una salida y, por otro, impedir que se hable del tema dificultando abordar los casos de ideación suicida.

Todo lo anterior, son aspectos para tener en cuenta para estudiar y comprender las representaciones sociales del suicidio, fortaleciendo la importancia de lo social en fenómenos aparentemente individuales. Esto implica partir de la base de que las personas se desenvuelven en ambientes y contextos que les influyen, pero a su vez, son parte fundamental la producción y reproducción de las distintas realidades y dinámicas que se desarrollan en

espacios particulares, lo que también conlleva a distintas interpretaciones de los fenómenos existentes.

Dado lo expuesto, es que para efectos de este trabajo de investigación interesa conocer:

¿Cómo se da la construcción de las representaciones sociales sobre el suicidio de un grupo de familias que residen en comunidades rurales de San Vito de Coto Brus?

1.4. Interrogantes

- ¿Cuáles son las condiciones culturales, socioeconómicas y políticas de las familias que viven en el contexto comunitario rural de San Vito?
- ¿Cómo influyen los elementos del contexto en el proceso de comprensión e interpretación de un fenómeno como el suicidio en las familias?
- ¿Cómo las representaciones sociales construidas en el contexto rural de San Vito determinan las acciones de las familias frente al suicidio?

1.5. Estado de la cuestión

En este apartado se presentan diferentes investigaciones que han sido realizadas en torno al tema planteado en este trabajo. Con la finalidad de ubicar la investigación en un contexto y, de cierta manera, medir qué tan estudiado está y la pertinencia de realizar dicho estudio.

Para esto se realizaron consultas a distintas fuentes, entre ellas una serie de Trabajos Finales de Graduación de universidades tanto nacionales como internacionales para distintas profesiones relacionadas con las Ciencias Sociales, donde predomina la presencia de Psicología, Salud y Trabajo Social. Dentro de las categorías de búsqueda utilizadas se encuentran; representaciones sociales sobre el suicidio, familia en relación al suicidio y suicidio.

Se encontraron nueve investigaciones a nivel internacional comprendidas entre el 2007 y 2020, y cinco investigaciones a nivel nacional que oscilan entre 2007 y 2019. Por otro lado, dentro de las limitaciones de la búsqueda se encuentran la escasa relación entre la categoría de suicidio en contextos rurales, así como la tendencia a la individualización del fenómeno del suicidio, por tanto, su abordaje parece casi exclusivo de Psicología.

1.5.1. Estudios sobre representaciones sociales y suicidio

En cuanto a las investigaciones referentes a las representaciones sociales sobre el suicidio, se encuentra que existe un enfoque dirigido principalmente a cómo la población joven construye sus representaciones sociales sobre el fenómeno y cómo esto influye en una posible conducta suicida.

En esta línea, las autoras y el autor Ballesteros, Gutiérrez, Sánchez, Herrera, Gómez Izzedín (2010), realizan un artículo llamado “El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales”, esta investigación se realizó desde un enfoque cualitativo interpretativo y utiliza el diseño metodológico de la teoría fundamentada, con la finalidad de develar las representaciones sociales que poseen los jóvenes sobre el fenómeno del suicidio.

Los y las participantes o población seleccionada corresponden a todas las y los estudiantes matriculados en las universidades Surcolombiana (Neiva) y Nacional de

Colombia (Bogotá) entre 2006 y 2007. Se tomó una muestra de 200 estudiantes de diferentes carreras y entre los 15 y 26 años de edad.

Dentro de los resultados más significativos encontrados, se rescata el empleo de metáforas para referirse al suicidio o lo relacionado con este, donde los hombres demarcaron un mayor uso de metáforas en relación con las mujeres y destacando que los relatos de estas últimas eran más extensos. Por otro lado, se recoge que las mujeres muestran una actitud más negativa respecto al suicidio y en comparación con los hombres.

De la misma manera, Ballesteros, Gutiérrez, Sánchez, Herrera, Gómez y Izzedin (2010), señalan que, a partir de las entrevistas realizadas, “la noción de muerte que posee la juventud afecta la idea de futuro, sobre todo en la población masculina, que se muestra mucho más reacia a construir un proyecto de vida” (p.536). Además, esto lo relacionan con una pérdida de fe en la religión y en la política, lo que ocasiona una forma de vivir y pensar más en lo inmediato.

Finalmente, este trabajo arroja una hipótesis muy importante, la cual establece la existencia un estrecho nexo entre suicidio, condiciones y contextos donde las representaciones sociales son producidas y comunicadas. Esto a partir de que ciertos grupos de estudiantes de diferentes zonas, asocian el fenómeno del suicidio con características geográficas y la tradición, mientras que otros, lo asocian al efecto acelerado de la modernidad y lo contemporáneo sobre la juventud.

El trabajo de grado titulado “Representaciones sociales sobre el suicido en adolescentes del Resguardo Indígena de Chiles”, realizado por Diana Carolina del Rosario (2014). Esta investigación, desde una metodología cualitativa y un enfoque histórico-hermenéutico realizó un acercamiento complejo y relacional al objeto de estudio, permitiendo conocer el pensamiento social, los significados y símbolos relacionados con la vida cotidiana de los sujetos, creados y compartidos a través de sus interrelaciones, a su vez permitió conocer sobre la capacidad de interpretación de la realidad que los rodea.

Los resultados de dicha investigación mencionan que el la concepción del suicidio se da principalmente como un acto cobarde, atribuido a problemas, tristeza y un falta de Dios. Las fuentes de referencias del tema provienen principalmente de las familias, en un segundo

lugar de la comunidad, en tercer lugar de personas con intentos suicidas cercanos, y en cuarto lugar por los medios de comunicación.

En las conclusiones se resalta que las representaciones sociales sobre el suicidio formadas desde el campo de representación por parte de adolescentes de resguardo indígena de Chile, muestran una compleja participación interdependiente de todos los componentes de la representación, tanto en el núcleo central como de los elementos periféricos. Esta perspectiva posibilita establecer que las representaciones sociales dilucidadas al rededor del suicidio, dejan ver una realidad altamente preocupante frente a la postura que los adolescentes toman en relación a las diferentes problemáticas vivenciadas en su cotidianidad.

Señalan que el valor de las representaciones sociales en relación al suicidio, esta en cómo estas pueden mediar en el diseño, ejecución y evaluación de medidas oportunas frente a la respuesta del contexto hacia la reducción y mitigación del impacto negativo que trae consigo el suicidio, no solamente para quien lleva a cabo el acto sino de manera transversal sobre toda la población próxima a este tipo de fenómenos sociales.

Reyes, Álzate, Muriel, Pérez, Pérez (2020) realizan un reciente estudio en Colombia, llamado “Representaciones sociales del suicidio en seis adolescentes de una I. E de Sogamoso” .En el cual encontró que las representaciones sociales del suicidio en los adolescentes de la institución se agrupan en torno a perturbaciones emocionales, relaciones sociales inestables o disfuncionales y situaciones en la familia, reflejando como factores de riesgo la depresión y el acoso escolar. Se evidencia así la importancia de considerar la valoración subjetiva en cuanto a la depresión y las situaciones estresantes y su relación con el suicidio.

En sus conclusiones se refiere que la conducta suicida aparece desde la niñez, sus causas son numerosos factores y se asocian a las relaciones que tienen los menores en su entorno, anteponiendo a los padres.

Sobre la representación social del suicidio y su relación con el acto suicida, identifican que los jóvenes organizan su idea acerca del suicidio a partir de varios elementos en común como: problemas diversos, depresión, baja autoestima y comunicación deficiente. A partir de esta interpretación las personas menores de edad consideran el suicidio como una salida a estos problemas.

Ambas investigaciones presentadas anteriormente, se relacionan con la presente ya que muestran cómo las representaciones sociales sobre el suicidio, primeramente son creadas partir del contexto en el que se relacionan las personas, con influencias de diversos elementos entre los cuales se menciona como el más significativo la interrelación familiar, de esta manera cómo la manera en que esta conciba la problemática, así la identificaran las y los menores de edad. Además, nos muestran que este significado que le dan al suicidio puede o no influir en la conducta suicida de las personas menores de edad.

1.5.2. Estudios sobre suicidio

En cuanto a las investigaciones relacionadas con el suicidio, se encuentran algunos estudios nacionales e internacionales que se acercan al fenómeno desde distintos enfoques y factores que lo influyen. Estos se muestran a continuación en un orden cronológico que van desde los más longevos a los más recientes

A nivel nacional se consideró el estudio realizado por Solano (2008), quien desarrolla una tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, en la Universidad de Costa Rica titulada “Factores de la historia personal, familiar y vínculos que contribuyen en la génesis de la idea suicida de hombres adultos del Valle Central de Costa Rica”, con el fin de determinar aquellos factores de riesgo que propician que los hombres contemplen la posibilidad de suicidarse así como los factores personales protectores que provocan la inhibición frente a la idea suicida. Para su elaboración, se realiza el estudio de caso de cuatro hombres manifestantes de ideas suicidas y participantes de los grupos de apoyo del Instituto Costarricense para la Acción, Educación e Investigación de la Masculinidad, Pareja y Sexualidad (Instituto WEM), por medio de entrevistas psicodinámicas y la Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.

Las categorías de análisis fueron la historia familiar y relaciones vinculares tempranas; redes de apoyo dentro de la familia y manejo de relaciones emocionales y de pareja; manejo de las emociones; defensas y ansiedades; estrategias de afrontamiento y elementos inhibidores del acto suicida; factores precipitantes, percepción y fantasía de la ideación suicida. Resultó que las ideas suicidas se encuentran vinculadas con las relaciones familiares desde la infancia y el conflicto y separación de pareja, todo esto bajo preceptos patriarcales y masculinidad hegemónica que provocaron sentimiento de abandono, pérdida

del todo afectivo, emocional y social, la concepción de no poder cumplir a cabalidad el ideal de masculinidad patriarcal, relacionándose así con el fracaso.

Umaña (2009) realiza un estudio llamado “Factores personales, familiares y sociales que predisponen y protegen la presentación de conductas suicidas, en las mujeres y los hombres atendidos en el Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional durante el año 2007”, para optar por el grado de magister en la Maestría de Estudios de la Violencia Social y Familia en la Universidad Estatal a Distancia.

La investigación fue realizada desde un enfoque género-sensitivo, desarrollando como categorías de análisis los factores personales (elementos propios del sujeto que se convierten en aspectos positivos o disfuncionales para el alcance de metas) factores familiares (elementos de la dinámica familiar que incide tanto en el bienestar como en el perjuicio de sus miembros) y factores sociales (elementos del entorno, instituciones, relaciones con los y las otras, etc.) A cada una de estas se les identifican factores predisponentes (disparan la conducta disfuncional en los momentos de crisis) y factores protectores (impiden que las personas opten por conductas disfuncionales).

Este estudio brindó elementos importantes como las diferencias presentes en estas categorías según el género, ya que los factores se perciben de maneras diferentes al estar en gran medida ligado al contexto social de las personas.

Por otra parte, uno de los estudios elaborados desde Trabajo Social en la Universidad de Costa Rica sobre suicidio, fue llevado a cabo por Corrales (2014). El mismo es un proyecto de graduación titulado como: “Propuesta de alternativas de prevención de los intentos de autoeliminación en la niñez, a partir de los factores sociofamiliares que se presentaron en los casos de niños y niñas de 7 a 9 años de edad, atendidos en el servicio de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, en el periodo del 1 de enero del 2011 al 30 de junio del 2013”.

Durante la elaboración de este proyecto se destacó la problemática de la conducta suicida en niños y niñas y como esta se ve impulsada por el contexto social, siendo la escuela y la dinámica familiar donde se desarrollan factores que motivan la autoeliminación. Además, se denota cómo una profesión como Trabajo Social, a pesar de que en su quehacer profesional debe intervenir en determinadas situaciones con los intentos de autoeliminación,

sigue asignándole exclusivamente a psiquiatría. Se evidencia así un enfoque institucional debilitado en la atención de la familia u otros aspectos sociales.

Seguidamente, se considerará a Gonzáles (2019), quien desarrolla una tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería en la Universidad Hispanoamericana, el mismo lleva por título “Prevalencia de los factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes en Costa Rica, Colombia, Cuba, México, Perú y España, en el último quinquenio, revisión sistemática del 2013 al 2018”. Se basa en un enfoque cuantitativo, descriptivo, en donde se toma una muestra de 50 artículos científicos y una población de 16.113 individuos, esto mediante la aplicación de una lista de chequeo como método de filtración de información para los factores de riesgo.

Este estudio carece de un análisis profundo sobre los factores de riesgo de ideación suicida, pues se limita a la recolección de datos cuantitativos, sin embargo, la información encontrada demuestra que el suicidio es un tema que necesita ser abordado más allá de un aspecto individual, ya que muchos estudios en países como Costa Rica, Colombia, Cuba, México, Perú y España; verifican la existencia de un factor común de mayor incidencia en las ideas de autoeliminación en personas jóvenes y son las relaciones familiares disfuncionales, lo que evidencia la importancia de realizar un abordaje desde el ámbito social centrado en la familia.

1.5.3. Estudios sobre suicidio y familia

A continuación, se presentan una serie de trabajos que estudian en conjunto las categorías de suicidio y familia, los cuales siguen un orden cronológico para una mayor comprensión.

En cuanto a los estudios que establecen una relación del suicidio con familia se encontraron algunos como un artículo cubano publicado en la revista de la Facultad de Ciencias de la Salud realizado por Arroyave, Ceballos, Díaz y Granados (2007), el cual consiste en un estudio realizado sobre “La percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia)”.

En sus resultados se expone que persisten para los familiares mitos sobre el suicidio que, de no corregirse, será muy improbable iniciar una labor de prevención desde los mismos hogares.

Ante lo anterior Arroyave et al (2007), plantean una conclusión sobre el hecho de que las familias no percibieran o desestimaran cambios previos en la persona que consumó el suicidio, tomando en cuenta que esto podría indicar que aún se considera el suicidio un tabú, y, por ende, si la persona habla sobre el mismo o envía señales, no son captadas como indicios de riesgo suicida. Esto aunado a que una mayoría de familiares entrevistados no consideran la familia como posible causante, manifestando además que no creyeron que se llevará a cabo el suicidio, ya que las personas que dicen o amenazan con que se van a suicidar no lo hacen. Esto comprueba que los mitos sobre el suicidio permanecen en las comunidades de riesgo de nuestra sociedad al no prestar atención ante claras manifestaciones de auxilio.

Este artículo muestra una similitud con nuestro tema de estudio, concordando en la importancia que tiene el analizar cómo la familia percibe el suicidio, para a partir de ahí comprender la influencia que tendrán estas percepciones en la conducta suicida.

En esta misma línea se encuentra otro artículo llamado “El estigma del suicidio, vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis”, elaborado por Albarcar, Adell, Ferré, Lleixa, y Montesco, Mulet (2011) en España.

Dentro de los resultados aparece que la aceptación de la enfermedad depresiva se da solo asignando el rol de enfermo; es hasta el momento en que se presenta el intento de autoeliminación, dejando graves consecuencias, que los familiares conciben la idea de que se trate de una problema de salud mental, esto por el criterio médico que lo establece. Sin embargo, antes de ese criterio se consideraba como nervios, manías, cosas de la edad, etc., disminuyendo así la importancia que el suceso amerita, esto dificulta la búsqueda de ayuda y en la prevención del suicidio (Albarcar et al, 2011)

En las conclusiones de dicho artículo, se concluye que el conocer las creencias y representaciones tanto de la persona con intentos de suicidio como de su familia, y la experiencia de su interacción con el sistema sanitario, puede ayudar a los profesionales a tratar a la familia en conjunto con la recuperación de la persona. El concientizar y hablar

sobre el suicidio tanto a nivel social como familiar es determinante para la disminución del estigma.

Este artículo se vuelve pertinente para la presente investigación en la medida que muestra cómo los estigmas que rodean el suicidio influyen en la manera que las familias interpretan y actúan ante las conductas suicidas, en el cómo responden ante el fenómeno, así como la necesidad de abordar a la familia en el proceso de intervención.

Así mismo se encuentra la tesina realizada por Munera (2013), para obtener el doctorado en psicología, nombrada: “El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y profesionales de salud mental”.

Dicha tesis cuenta con una gran extensión de categorías, sin embargo, se tomará solo que se considere relevante para esta investigación; como lo es la categoría del duelo por suicidio, en la cual posicionan elementos como el estigma que rodea al suceso, exponiendo que esto deja una marca a partir de la cual se va a identificar a la familia y que tiene como consecuencia la inmediata falta de apoyo social a los supervivientes, situación que no se ve en otras causas de muerte, señalan que esta situación provoca que los familiares tienden a ocultar el suicidio, atribuyendo la causa de muerte a otros acontecimientos, así la familia no solo enfrenta el sentimiento de pérdida sino que con este viene el legado de la vergüenza, de miedo al rechazo y la culpa (Munera, 2013).

Conviene recuperar lo expuesto anteriormente porque se muestra el suicidio desde la orientación de la familia, este como un fenómeno que no es individual, sino que tiene importantes implicaciones en el sistema familiar y también como la interpretación que las familias tienen del suicidio sigue siendo desde los mitos y tabúes, en la medida que se avergüenzan de que algún familiar haya cometido un acto suicida.

1.5.4. Estudios sobre familia

Al ser las familias el sujeto de estudio de esta investigación se vuelve relevante indagar sobre cuáles han sido las líneas investigativas en torno a esta y la influencia que puedan tener en la vida de sus miembros y en la forma que estos interpretan la realidad.

Se encontró una investigación realizada por Retana y Rubí (2006) denominada “La influencia de las relaciones familiares en el rendimiento académico de los estudiantes de

segundo grado (C y E) de la escuela Rafael Moya Murillo”. La familia es reconocida como la institución en donde los niños y niñas obtienen la primera imagen de sí mismos, en ella se da la adaptación, socialización y el rendimiento en la educación formal.

Se hace énfasis en que “el medio familiar es el principal contexto para al aprendizaje del comportamiento, de los sentimientos y de las destrezas de las personas”, son los padres las primeras personas encargadas del aprendizaje en la etapa de la niñez, siendo quienes interpretan el mundo para transmitírselo. Es por esto que patean como uno de sus resultados que el entorno familiar resulta ser de vital importancia para el desarrollo de las personas en su etapa de infancia, es así como el ambiente familiar es la circunstancia que más influye en la evolución del sujeto tanto en su en su actuación escolar como en su mundo de relaciones.

Por otra parte, Delgado, Marín, Quirós y Vargas (2010) realizan una tesis llamada “La construcción pública de las familias de Costa Rica”.

En este estudio se plantea que existe una construcción pública de las familias que se encuentra sujeta al trabajo profesional, en el marco normativo institucional, en la definición y ejecución de las políticas sociales, dicha construcción influye en las distintas formas de intervención con las familias. El concepto de construcción pública de la familia es asumido como la derivación del análisis de la política social, a la luz de elementos económicos, políticos, sociales y culturales que posibilitan aprehender el lugar de las familias en la definición, ejecución y evaluación de las políticas (Delgado et al, 2010).

Otro punto importante de rescatar de esta tesis es la explicación sobre la labor del Trabajo Social, señalando que esta es amplia y adquiere características que la particularizan, por dirigirse a intervenciones concretas como lo es el trabajo con familia y al mismo tiempo estas funciones retroalimentan las políticas sociales. Se menciona la capacidad de influir en dichas políticas, promoviendo nuevas y diversificadas estrategias de ejecución, de manera que se incide tanto en la representación, como en la construcción pública que se tiene de las familias para la elaboración de políticas públicas. (Delgado et al, 2010)

Dentro de los resultados más relevantes de la investigación se encuentra el dato sobre la inexistencia de una política social en el país, que potencie a las familias como grupo y a su vez promueve condiciones para su desarrollo; si no que la misma es fragmentada en los distintos aspectos que la atañen como, el empleo, pobreza, educación, salud entre otros, que

conlleven a que su intervención se presente en acciones fragmentadas de manera que los programas, proyectos y servicios de las instituciones nunca son dirigidos expresamente hacia las familias.

Esta investigación permite evidenciar la importancia que tiene el trabajo con las familias desde procesos que contemplen todas sus particularidades, y el contexto en el que se dan sus constantes transformaciones, refleja la necesidad de una intervención directa que analice y trabaje acorde a sus necesidades. Además, dicha investigación evidencia la relación directa y estrecha entre el Trabajo Social y las políticas públicas en las que se establecen los procesos de intervención con las familias, aportando así a la pertinencia de nuestro objeto de estudio, en cuanto muestra la incidencia que puede tener la profesión en la forma en que se interviene con las familias.

1.5.5. Balance general

La revisión bibliográfica efectuada permite visualizar la particularidad que adquiere el tema propuesto en el presente trabajo, esto por la escasez de investigaciones que abarquen en conjunto temas como representaciones sociales, familia y suicidio, ya que, estos son estudiados de forma individual invisibilizando la relación que entre estos podría presentarse, lo cual permite dimensionar la pertinencia del estudio que se plantea.

Aunado a esto, esta revisión permite establecer ciertos lineamientos, tendencias y enfoques, sobre los cuales se ha abordado el tema de familia, suicidio y representaciones sociales a lo largo de los últimos años, esto a nivel internacional y nacional.

Ante eso se procede a mostrar los hallazgos obtenidos de la revisión bibliográfica en referencia a cada categoría:

En los que respecta a los estudios revisados relacionados con representaciones sociales, se puede establecer que encuentran un claro vínculo entre esta categoría y el suicidio, donde aparece el contexto como factor fundamental para explicarlas. Por otro lado, los estudios tienden a enfocarse en la población joven y la influencia de estas en la conducta suicida.

Ahora bien, estos estudio presentan un vacío que da pertinencia la investigación, en cuanto enfocan la construcción de las representaciones sociales desde la familia como un

factor de riesgo, culpabilizando la misma y reproduciendo la mirada individualista que concentra el análisis del fenómeno sobre los factores de riesgos primarios del mismo y sobre la atención en la o el sujeto.

Con respecto a los estudios ubicados en la categoría de suicidio, es necesario considerar que la publicación de trabajos finales de graduación sobre temas relacionados al suicidio desde Trabajo Social es muy reducida, la mayoría de los estudios son efectuados por profesionales relacionados a ciencias de la salud, psicología y psiquiatría; lo cual representa un reto para una profesión cuyo interés va más orientado a los aspectos sociales.

Incluso, en una de las investigaciones de Trabajo Social se presentó como obstáculo la resistencia de las y los profesionales en Trabajo Social con respecto al tema del suicidio, debido a que éste, en una institución de salud, pertenece exclusivamente al área de Psiquiatría, a pesar de ser una temática también atendida por la profesión. Este aspecto debe considerarse, ya que evidencia una falta de atención por parte de Trabajo Social, aun cuando existen factores sociales que determinan la ideación y los intentos suicidas.

Se encuentra que las ideas de autoeliminación están fundamentadas principalmente por el entorno social de las personas, siendo la familia uno de los factores con mayor incidencia en la consideración del suicidio, de esta manera una profesión como Trabajo Social debería producir mayor conocimiento sobre el mismo y tener un abordaje más amplio.

También se presenta que las relaciones familiares disfuncionales se consideran un factor de riesgo relevante, y con esto, se genera una dificultad de que se brinde el apoyo requerido a esta población por parte de las familias.

Por otro lado, tenemos que los trabajos revisados tienden a estudiar factores externos a las y los individuos, entre los que figura la familia, sin embargo, el análisis de un contexto más amplio, no se da. Además, los abordajes desde la familia son escasos, dando como resultado, en muchos casos, una perspectiva unilateral del fenómeno.

En relación con la última idea, algunos trabajos muestran cómo los estigmas que rodean el suicidio influyen en la manera que las familias interpretan y actúan ante las conductas suicidas. Todos esto, también influirá en el comportamiento del suicidio, ya sea que se mantengan, disminuyan o aumenten las tasas a nivel internacional, nacional y local.

Además, un asunto de gran relevancia para considerar es que, en algunas investigaciones, durante el proceso de intervención de personas con tendencias suicidas, no se manifiesta el apoyo familiar, al contrario de esto, no existen factores protectores en la familia, sino que la forma en que estas personas buscan apoyo es por métodos individuales o con profesionales en la Salud Mental.

En esta misma línea, en general los trabajos que abordan lo referente a familias, nos muestra la pertinencia de abordar la misma, ya que existen vacíos de estudios sobre la percepción familiar, esto porque la mayoría de investigaciones encontradas tratan la familia solo como un factor de riesgo en el fenómeno del suicidio y escasamente como un elemento, que si bien, tiene influencia en este, también se ve afectado, es necesario tener en cuenta que, existe una serie de características en relación a la sociedad donde se vive, que permiten comprender cómo el sistema familiar percibe el fenómeno del suicidio y responde ante él.

El insertarse en un campo poco explorado como este, significa un gran desafío de indagación, pero también expresa la pertinencia y necesidad de ahondar en nuevas perspectivas de investigación, de manera que se indague y amplíen los ámbitos de estudio desde la profesión.

1.6. Referente Teórico

El presente apartado plantea las líneas teóricas que sustentan el objeto de estudio y que permiten la comprensión de las categorías de análisis utilizadas dentro de la presente investigación, para ello, se parte de la concepción del suicidio como un fenómeno social, tomando en cuenta las diversas formas en que se ha percibido históricamente y las que se reproducen en la actualidad.

Para este estudio se reconoce que la familia está influenciada por el contexto social en el que se desarrolla, si este espacio es una zona comunitaria rural se observará que tiene ciertas particularidades históricas, políticas, económicas y culturales, que posicionan este espacio en la periferia, y esto a su vez, incide en las concepciones sobre el fenómeno del suicidio y cómo responde las familias ante este.

Teniendo esto en cuenta, es que las representaciones sociales aparecen como una categoría central, que permite comprender y explicar esos procesos de percepción, adopción y accionar de las personas o grupos frente a un fenómeno o situación en particular.

1.6.1. Teoría de las Representaciones Sociales

En este apartado se pretende exponer la concepción teórica de las representaciones sociales en la que se apoya esta investigación, acudiendo a varios autores y autoras que plantean diferentes perspectivas y características de las representaciones sociales; permitiendo un posicionamiento teórico propio para este estudio con el fin de comprender el proceso de construcción de las representaciones sociales sobre el suicidio en familias de comunidades rurales y la posición que adopten frente a este fenómeno.

Dicho concepto tuvo sus inicios en la sociología, expuesto como “representación colectiva” por Durkheim, quien hace que el término ocupe el centro de su teoría sociológica, indicando en un momento que la vida social estaba hecha en su totalidad de representaciones (Durkheim, 1895).

Entre las explicaciones que brinda el autor sobre las representaciones colectivas, indica que estas traducen la manera en que un grupo se piensa en sus relaciones con los objetos que lo afectan (Durkheim, 1895). Añadía además que son el producto de una inmensa cooperación que se extiende tanto en el espacio como en el tiempo donde, de una generación

a otra, la colectividad ha acumulado una serie de experiencias y saberes. Ejemplos de esto serían los mitos y la religión, ya que en todos los sistemas de creencias debe haber necesariamente cierto número de representaciones que expresan las realidades colectivas (Durkheim, 1912).

Durkheim (1912) insistía en marcar una diferencia entre las representaciones colectivas y las individuales donde las primeras, de naturaleza más estable, tienen influencia en las segundas, ya que los individuos son sensibles “hasta a los débiles cambios que se producen en su medio interno o externo” (Durkheim, 1912, p. 674) mientras que las representaciones colectivas son fuerzas más actuantes aún y más eficaces.

Las representaciones colectivas son entonces formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos, de manera que existe una intervención de la colectividad que ejerce presión, como un poder coercitivo sobre los miembros de la sociedad, quienes reproducen las ideas sociales (Durkheim, 1912).

El desarrollo de este concepto fue retomado posteriormente con mayor profundidad por el psicólogo social Serge Moscovici (1979) como “representaciones sociales”, marcando ciertas diferencias con la teoría desarrollada por Durkheim:

En el sentido clásico, las representaciones colectivas son un mecanismo explicativo, y se refieren a una clase general de ideas o creencias (ciencia, mito, religión, etc.), para nosotros son fenómenos que necesitan ser descritos y explicados. Fenómenos específicos que se relacionan con una manera particular de entender y comunicar - manera que crea la realidad y el sentido común -. Es para enfatizar esta distinción que utilizo el término "social" en vez de colectivo..." (Moscovici, 1984, citado en Perera, 2003, p 5-6)

Ampliando lo anterior, algunas de las diferencias más próximas entre el planteamiento de estos dos autores son que las representaciones colectivas fueron colocadas por Durkheim como formas de pensamientos estáticas y objetivas impuestas a los individuos, quienes reproducen las ideas sociales; mientras que las representaciones sociales de Moscovici son construidas por los sujetos sociales, por lo que no son ideas replicadas o impuestas sino elaboradas por los sujetos, cumpliendo la característica de ser dinámicas. Continuamente las

representaciones sociales se van formando y transformando mientras crean la realidad y el sentido común.

Estas diferencias se dieron con la intención de explicar el funcionamiento del pensamiento social en las sociedades contemporáneas. Ya que la sociedad en la que Moscovici desarrolló la teoría se caracterizaba por ser más dinámica en comparación con el momento en que Durkheim planteó las representaciones colectivas (Jodelet, 2020).

Para Durkheim (1912) la sociedad es como un sistema de relaciones generadoras de creencias, normas y rituales colectivamente compartidos que unen a la gente. Esto es lo que provoca las representaciones estables, coercitivas y constitutivas de la sociedad (Moscovici, 1999). Mientras que la sociedad para Moscovici cumplía con características como el pluralismo de ideas, el cambio, la movilidad social, la autonomización de los actores sociales, la penetración de la ciencia en la vida cotidiana y la importancia de las comunicaciones, la contemplación de estos elementos fueron los que motivaron el cambio en la teoría de Moscovici (Jodelet, 2020).

Estos elementos, así como una visión más sociológica como la que podía tener Durkheim y una perspectiva más desde la psicología social de Moscovici, podían influir en la manera de entender la construcción de las representaciones sociales y la elaboración de un concepto para explicarlas.

1.6.1.1. Concepciones: ¿Qué son las representaciones sociales?

Desde el desarrollo teórico de Durkheim las representaciones colectivas o sociales se han utilizado por diferentes autores y autoras a lo largo de los años con ciertas diferencias, ya que cada persona que ha desarrollado la teoría tiene una forma de comprender las representaciones sociales y destacan características y elementos diferentes, por lo que no existe un concepto único ni absoluto, permitiendo así el desarrollo de la teoría.

Sin embargo, es importante colocar algunas definiciones generales de algunos autores y autoras para ir profundizando en la teoría, comprendiendo que las representaciones sociales son un fenómeno complejo, se componen de muchos elementos que explican cómo se forman, funcionan y su importancia en la vida de los sujetos. Estos puntos se desarrollan a lo largo del apartado para una mayor claridad.

Sobre las representaciones sociales Moscovici (1979) mencionó que su concepto no es fácil de captar ya sea por razones históricas o por su posición mixta entre una serie de conceptos sociológicos y psicológicos. En primera instancia, el autor las coloca como entidades casi tangibles que circulan, se cruzan y se cristalizan en el universo cotidiano, dándoles una naturaleza bastante dinámica pero que pueden percibirse de manera clara y precisa. Estas se encuentran impregnadas en la mayor parte de las relaciones sociales estrechas, los objetos producidos o consumidos y en las comunicaciones intercambiadas. De manera que donde exista interacción entre sujetos, habrá representaciones sociales sobre los objetos.

El autor indica que “aquí vemos sistemas que tienen una lógica y un lenguaje particulares, una estructura de implicaciones que se refieren tanto a valores como a conceptos, un estilo de discurso que le es propio. No los consideramos "opiniones sobre" o "imágenes de", sino "teorías" de “ciencias colectivas” sui generis, destinadas a interpretar y a construir lo real (Moscovici, 1979, p. 33). Nuevamente se retoma la complejidad de las representaciones sociales, donde más que una imagen o idea de algo, son sistemas o estructuras de conceptos y valores por las que se interpreta y construye la realidad de los sujetos.

Esta organización de imágenes y de lenguaje recorta y simboliza situaciones que se convierten en comunes dando forma a lo que viene del exterior, por lo que cumplen la tarea de insertar en el espacio común las extrañezas (Moscovici, 1979). Esto permite que el sujeto se introduzca en la realidad orientándose en su medio social y material, pero además de introducirse puede influir en la realidad, ejercer control sobre ella y comunicarse dentro de un grupo con un código con el cual se nombra y clasifica los diversos aspectos de su realidad.

Una explicación similar es la que hace Araya (2002) al indicar que las representaciones sociales constituyen sistemas cognitivos en donde se reconocen opiniones, creencias, valores, estereotipos y normas, que componen a su vez sistemas de códigos, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas que definen la conciencia colectiva y la forma en que mujeres y hombres actúan en el mundo. Aquí se observa también su carácter práctico, siendo conjuntos dinámicos que producen comportamientos y relaciones con el medio más que solo reproducirlos o reaccionar a estímulos exteriores.

Araya (2002) también indica que es posible reconocer cuando una persona tiene una representación social de un objeto cuando se hace referencia a los objetos sociales, se clasifican, se explican y se evalúan. De manera que, si un grupo tiene una opinión acerca de un fenómeno como el suicidio donde explica que es “un acto de cobardía”, se puede suponer que tiene una representación de éste, porque no solo es una reacción ante el objeto sino que toma posición frente al fenómeno donde existe una “teoría” sobre lo que significa el objeto, las razones por las que se da, se tienen ideas sobre la persona que lo lleva a cabo, además del propio significado de la cobardía/valentía, etc. y se puede suponer que esta estructura de pensamiento orientará la forma en que se relaciona con otros sujetos en relación al objeto y las acciones ante el objeto en sí, estableciendo lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer.

Para Ibáñez (1988) las representaciones sociales son teorías del sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas, además producen significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social, de manera que existen para que las personas puedan desenvolverse en la vida sin demasiados contratiempos.

Según lo anterior, las representaciones sociales se desarrollan en el mundo cotidiano de los sujetos, posibilitando la orientación en el medio social, es decir, permiten comprender cómo funciona el mundo con el que se interactúa y así desenvolverse en él. Ese tipo específico de conocimiento en donde se piensa y organiza la vida cotidiana es el conocimiento del sentido común. Esto también lo retoma Araya (2002) al resaltar que el sentido común es una forma de percibir, razonar y actuar. Es un conocimiento socialmente elaborado que incluye contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos que orientan también la forma de organizarse y comunicarse tanto en relaciones interindividuales como en los grupos sociales.

Por su parte, otra de las autoras que más desarrolla la teoría, Jodelet (1986), explica que:

El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber de sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales socialmente caracterizados. En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social. Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la

comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica. La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás (p. 474-475)

De igual manera la autora desarrolla varios puntos mencionados anteriormente por otros autores y autoras. Sin embargo, no se puede dejar de lado el carácter social de las representaciones que define los contenidos de estas según las condiciones y contextos en los que se desenvuelven las personas. De manera que desde un aspecto amplio como la posición que tenga una persona en la sociedad en cuanto a las condiciones económicas, políticas, culturales, etc.; hasta un espacio más inmediato como la relación con grupos donde hay un intercambio dialógico, van a definir la construcción de las representaciones. Estos procesos los reconoce la autora como esferas de pertenencia de las representaciones sociales, las cuales se retomarán más adelante.

1.6.1.2. Características y elementos de las representaciones sociales

Puede notarse en las definiciones anteriores varios puntos en común al momento de explicar las representaciones sociales, lo que las vuelve complejas al presentar varias características, por ese motivo y para facilitar la comprensión y delimitación de la noción de representación social se puntualizan sus características a continuación según las que las autoras Jodelet (1986) y Cruz (2006) colocan como principales:

a. Siempre es la representación de un objeto, persona, acontecimiento material o psíquico, idea, etc. El representar consistiría en hacer presente a nivel mental algo materialmente ausente.

b. Tiene un carácter de imagen, donde el conocimiento al ser aprehendido se transforma en imagen, lo que permite la simplificación del objeto al punto de ser más accesible a la colectividad (Cruz, 2006).

c. Tiene un carácter simbólico y significativo. De esta forma los objetos adquieren un sentido para el propio sujeto y también para la colectividad.

d. Tiene un carácter constructivo, autónomo y creativo. Por lo que no es una simple reproducción o copia interiorizada ni los sujetos son consumidores pasivos de representaciones, tiene un proceso de elaboración creativo, personal y grupal a partir de las relaciones sociales. Tanto el sujeto como la realidad participan de forma activa en la construcción, reconstrucción y apropiación del conocimiento social. Los sujetos fabrican, transforman, construyen y transmiten las representaciones sociales (Cruz, 2006).

e. Tienen un carácter social, ya que son elaboradas y compartidas socialmente. Los factores sociales no se pueden desligar de las representaciones sociales, ya que no son procesos cognitivos individuales sino colectivos que generan herramientas de comprensión y apropiación de la realidad (Cruz, 2006).

f. Tienen una dimensión afectiva, donde se interpretan, seleccionan, vinculan e interrelacionan las informaciones que vienen del medio, siendo importante para su construcción y transformación, las emociones y los afectos de los sujetos.

g. Tiene un carácter práctico ya que funciona como guía comportamental, las representaciones se transforman en actos, marcando pautas de relaciones y decisiones. Esta es una de las funciones de las representaciones sociales que se desarrollará más adelante.

Pero además de tener claras estas características, se debe tener presente que una representación social tiene 3 elementos fundamentales:

1. Contenido o información. Siempre se tiene un contenido que posee una dimensión figurativa (imágenes), una simbólica (significados y lenguaje), y una efectiva (valoración positiva o negativa del objeto).

2. Objeto. Como se mencionó anteriormente, siempre es la representación de un objeto, siendo un elemento central, ya que las representaciones sociales son una estructura de pensamientos, significados, teorías del sentido común sobre una situación, fenómeno, hecho, persona, lugar, concepto, etc.

3. Sujeto. La representación siempre es de un sujeto, esto es individuo, familia, grupo, clase, etc. con relación a otro sujeto. El sujeto es quien percibe el objeto social.

Por lo que la representación social es definida por un contenido, ya sean imágenes u opiniones, relacionados con un objeto sea también mítico o imaginario. Esta representación es de un sujeto (individuo, familia, grupo) en relación con otro sujeto, por lo que es tributaria de la posición que ocupan los sujetos en la sociedad, la economía, la cultura constituyéndose a partir de las propias experiencias del sujeto, pero, además, involucrando las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la tradición, educación y comunicación social; de manera que es socialmente elaborado y compartido (Jodelet, 1986).

Este es un elemento vital, debido a que invita a colocar la atención en el sujeto de quién es la representación, resaltando ese carácter social, ya que las representaciones son elaboradas y compartidas por grupos. Como rescata Jodelet (2008), “(...) los sujetos deben ser concebidos no como individuos aislados, sino como actores sociales activos, concernidos por los diferentes aspectos de la vida cotidiana que se desarrolla en un contexto social de interacción y de inscripción” (p.51).

De manera que, la vida cotidiana en donde participa el sujeto de forma activa se desarrolla en una red de interacciones a través de la comunicación social y la pertenencia en múltiples escalas como el lugar en la estructura social y la posición en las relaciones sociales; la inserción en los grupos sociales y culturales que definen la identidad; el contexto donde se desarrollan las interacciones sociales; y el espacio social y público (Jodelet, 2008).

1.6.1.3. Esferas de pertenencia de las representaciones sociales

Los factores sociales son inseparables de las representaciones, siendo procesos colectivos que generan herramientas de comprensión y control de la realidad. En este estudio se habla de la familia como sujeto participante y que además está atravesada por elementos propios de su contexto social, económico y cultural, así como las interacciones más inmediatas con su entorno desde donde se construyen las representaciones.

Para analizar las representaciones sociales sostenidas por individuos y grupos localizados en espacios concretos de la vida, Jodelet (2008) explica las tres esferas de pertenencia de las representaciones sociales, las cuales son la subjetividad, la intersubjetividad y la trans-subjetividad.

La primera considera los procesos que operan a nivel de los mismos individuos, ya que los sujetos por medio de procesos de naturaleza cognitiva, emocional o los que dependen de una experiencia en su vida, se apropian y construyen representaciones. Porque, a pesar de que las representaciones se forman por medio de las interacciones sociales, siempre son de alguien. Existe un nivel subjetivo que al analizarse permite comprender las significaciones que los sujetos tanto individuales como colectivos, atribuyen a un objeto que se encuentre en su ambiente social y material y se articulan con sus intereses y emociones (Jodelet 2008). De manera que, tanto los individuos que pertenecen a un grupo familiar, como la familia en conjunto le atribuye a un objeto como el fenómeno de suicidio significados relacionados a sus propias emociones, intereses y experiencias de vida en un primer nivel.

La esfera de la intersubjetividad tiene que ver con las situaciones del contexto que contribuyen a establecer representaciones elaboradas en la interacción entre sujetos principalmente en la comunicación verbal directa. En el intercambio dialógico hay transmisión de información, construcción de saber, acuerdos o desacuerdos, interpretaciones, la creación de significados o resignificaciones consensuales, esto en espacios con contextos comunitarios o de trabajo (Jodelet 2008).

En este segundo nivel, se puede observar la conformación de representaciones desde la interacción verbal entre los sujetos. En un espacio directo de interacción como el grupo familiar, se transmite, construye y reconstruye una serie de informaciones y comportamientos sobre los objetos que se encuentren en el ambiente, en el caso del suicidio, se crearán representaciones por medio de los diálogos que se den en el espacio familiar relacionados a este fenómeno.

Finalmente, sobre la trans-subjetividad, que se encuentra situada en relación con la intersubjetividad y la subjetividad, y tiene que ver con todo lo que es común para los miembros de un mismo colectivo. Esta esfera está compuesta por elementos que inciden tanto en individuos como en grupos. Creencias que pueden tener diversos orígenes como los recursos suministrados por el aparato cultural para interpretar el mundo o depender de las imposiciones vinculadas con las estructuras de las relaciones sociales y de poder, así como los sistemas de normas y valores (Jodelet, 2008).

Por lo que al hacer referencia a esta esfera se remite al espacio social y público, donde existen representaciones originadas desde la difusión por los medios de comunicación, los

marcos impuestos por los funcionamientos institucionales, las hegemonías ideológicas. Y estas representaciones son recibidas por los sujetos ya sea por adhesión o por sumisión (Jodelet, 2008). Según esto, la esfera de trans-subjetividad puede ser bastante amplia y compartirse de forma colectiva, de manera que muchas personas pueden incorporar o someterse a las representaciones que vengan desde el espacio social y público.

Esto es de gran relevancia ya que mucha de la información que pueden obtener los sujetos sobre un objeto como el suicidio vendría desde estos espacios. Al ser un fenómeno complejo, es a través de los medios de comunicación, la cultura, la religión, las instituciones públicas; donde las personas adhieren y construyen representaciones sobre el mismo. Se puede alcanzar una mayor comprensión de las representaciones sociales del suicidio que puede tener cierto grupo, si se identifican aquellos espacios sociales de mayor influencia en los sujetos con relación al objeto.

Estos espacios de construcción de representaciones sociales no son excluyentes entre sí, sino que cada esfera incide en este proceso en diferente medida. Pero ser consciente de que existen diferentes espacios desde los cuales los sujetos forman las representaciones de un objeto permite analizar el nivel de influencia de cada uno y el porqué de los significados atribuidos a los objetos.

1.6.1.4. Funciones de las representaciones sociales

Cómo se ha observado en los intentos de diferentes autoras y autores por conformar un concepto de representaciones sociales, para comprenderlas es importante conocer las funciones básicas que tienen en la vida de los sujetos. Esto permitirá un mayor acercamiento a la realidad de las familias en zonas rurales y su relación con el fenómeno del suicidio, ya que es posible conocer cómo las representaciones sociales inciden en la manera en que las personas entienden el mundo, actúan e influyen en él.

Integración de la novedad:

Integrar los nuevos elementos a los conocimientos que ya pertenecen a la interioridad de los sujetos hasta volverlos también familiares, es la primera función de las representaciones sociales. Moscovici (1979) mencionó que "... para penetrar en el universo de un individuo o de un grupo, el objeto entra en una serie de relaciones y articulaciones con

otros objetos que ya están allí, de los cuales toma propiedades y les da las suyas. Una vez convertido en propio y familiar, es transformado y transforma...” (p.42). Por lo que el trabajo de la representación es paliar las extrañezas, introducirlas en el espacio común haciendo familiar lo insólito e insólito lo familiar. De manera que al exponerse a algo nuevo o extraño, las personas pasan por un proceso donde integran lo nuevo a la información, imágenes, conceptos, significados etc. que ya son conocidos, construyendo una representación para facilitar la comprensión del objeto y el descubrimiento de la realidad.

Siguiendo con esto, la formación de una representación social sobre el suicidio permite integrar este fenómeno como algo conocido o familiar, al relacionarse con otros objetos, pensamientos que ya se encuentran en el mundo interior de las familias. Entonces, se puede suponer que, si en el campo de conocimientos de los sujetos ya existen elementos culturales, religiosos, científicos y demás, el fenómeno del suicidio se integrará a estos construyendo una serie de significados sobre el mismo para que deje de ser algo extraño o desconocido.

Interpretación y construcción de la realidad:

Como rescata Fátima Cruz (2006), las representaciones sociales permiten reconocer los objetos partiendo del significado social que les hayan sido atribuidos. Al darse la formación de un marco de referencia donde se clasifica y evalúan los objetos, sujetos, relaciones, acontecimientos, etc., se facilita la aprehensión de la realidad. Por ello, las representaciones sociales son instrumentos para interpretar la realidad de los sujetos como miembros de un grupo y de una cultura con la posibilidad de comunicarse e interactuar.

Pero además de permitir la interpretación activa de la realidad, esta es transformada. Las representaciones sociales no son simples reproducciones sino construcciones, son elaboradas por medio de la interacción social y no son estáticas. Esto permite que los sujetos influyan en su realidad al mismo tiempo que actúan en ella. Por tanto, la realidad es transformada tanto por las miradas particulares de las personas que efectúan cortes de la realidad, como por las acciones de éstas a partir de las representaciones socialmente elaboradas.

Conformación de las identidades personales y grupales:

Ibáñez (1988) explica que:

El hecho de poseer un repertorio común de representaciones sociales desempeña un papel importante en la configuración de la identidad grupal y en la formación de la conciencia de pertenencia grupal. Estar con otras personas que ven el mundo tal y como lo vemos, no solo permite establecer unas relaciones más relajadas y satisfactorias, sino que nos proporcionan una cierta confianza en validez de nuestros criterios y en la bondad de nuestra forma ser (p.54)

Según lo anterior, al compartir representaciones sobre un objeto, se configuran las identidades personales y sociales, posibilitando la pertenencia a los grupos al compartir mediante las relaciones interpersonales en contextos sociales concretos, unos determinantes históricos y culturales en común, lo que provoca proximidad y similitud entre los miembros de un grupo y, por ende, la diferenciación con los miembros de otros grupos (Cruz, 2006). Ya que las representaciones son elaboradas socialmente y compartidas por grupos en concreto, se establecen comparaciones intergrupales con un marco de elementos simbólicos comunes que articula una identidad social y construye las diferencias con los otros.

Orientación de las conductas:

Las representaciones sociales son un marco de referencia para las acciones de los sujetos, siendo una guía para el comportamiento. La toma de decisiones está directamente relacionada con la representación construida por las personas y los grupos ya que las acciones se basan en las pautas de comprensión de la realidad (Cruz, 2006)

Según Moscovici (1979) las representaciones sociales contienen una parte simbólica que tiene lugar durante su elaboración y posteriormente se da lugar a una parte práctica. De manera que es una modalidad particular del conocimiento, que tiene la función de elaborar comportamientos y comunicación entre los individuos. Una representación muestra, comunica y expresa. Produce y determina comportamientos porque al mismo tiempo define la naturaleza de los estímulos que rodean y provocan al individuo y el significado de las respuestas que deben darse.

La representación social es una preparación para la acción, y no solo en la medida en que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida en que remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar (Moscovici, 1979). Esto es, en consideración del contexto, ya que no son acciones aisladas o simples reacciones a un objeto debido a la red de significado previamente establecida y la consideración de las relaciones sociales y el ambiente en que se desenvuelve el sujeto. De manera que las acciones no van a ser iguales para todos los grupos en todos los espacios frente a un mismo objeto. Si una persona se encuentra en un grupo familiar donde han construido y comparten una estructura de significados y valoración sobre el suicidio, sus acciones frente al fenómeno pueden verse condicionadas por esto.

1.6.1.5. La objetivación y el anclaje

Para comprender con mayor claridad cómo lo social transforma un conocimiento o idea en representación y cómo esta representación transforma lo social, se considera en este estudio dos procesos principales que en un primer momento son colocados por Moscovici (1976) y los retoman con mayor claridad Jodelet (1986) y Araya (2002). Estos procesos son la objetivación y el anclaje, los cuales se refieren a la elaboración y funcionamiento de la representación social y aclaran la forma en que se integra lo que es nuevo, siendo una función básica de la representación social.

Jodelet (1986) explica la objetivación como la forma en que lo social transforma un conocimiento en representación, siendo una operación formadora de imagen estructurante. Al colocarse en imágenes las nociones abstractas, se da una textura material a las ideas, hace corresponder cosas con palabras y da cuerpo a esquemas conceptuales. Se reabsorbe un exceso de significados materializándolos.

Por su parte, Araya (2002) brinda una explicación clara sobre el proceso de objetivación indicando que es una concretización de los abstractos: “En la teoría de las representaciones sociales, el proceso de objetivación se refiere a la transformación de conceptos abstractos extraños en experiencias o materializaciones concretas. Por medio de él lo invisible se convierte en perceptible” (p.35). La autora ejemplifica este proceso con la forma en que las personas pueden incluir en sus comentarios de manera concreta y tangible objetos que no tienen una realidad concreta como la educación, la amistad o el amor.

Para que se dé este proceso se requieren tres fases (Jodelet 1986):

- a. La construcción selectiva, que implica la retención de elementos de manera selectiva, que posteriormente son libremente organizados, por lo general se retienen solo aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores, descontextualizando el discurso. Es decir, las informaciones sobre el fenómeno del suicidio son seleccionados según los criterios culturales y normativos, de manera que no todos los grupos tienen el mismo acceso a las informaciones y lo que se conserva debe ir acorde a al sistema ambiente de valores, si este está relacionado con discursos religiosos pueden ocultarse elementos de la teoría sobre la comprensión del suicidio.
- b. El esquema figurativo, donde las ideas abstractas se objetivizan en un esquema figurativo de pensamiento sintético, condensado, simple, concreto, formado con imágenes vívidas y claras. Según explica la autora, es de esta forma que los conceptos teóricos se constituyen en un conjunto gráfico y coherente que permite comprenderlos de forma individual y colectiva.
- c. La naturalización, cuando se transforma un concepto en una imagen perdiendo su carácter simbólico y convirtiéndose en una realidad, se percibe ahora la imagen que reemplaza de forma natural lo percibido. Jodelet (1986) indica en un momento que “Ya se trate de relaciones étnicas, interraciales o intergrupales, o bien de juicios sociales, no faltan los ejemplos en que la imagen, la palabra bastan para inmovilizar al otro en un status de naturaleza” (p.485) explicando cómo este proceso puede transformar las diferenciaciones sociales en diferencias del ser.

Para efectos de esta investigación y el análisis que se busca, la objetivación se comprenderá como aquel proceso que permite transformar lo abstracto y extraño en concreto y familiar. Se entiende que existen procesos, conceptos o ideas que, a pesar de que son conocidas y tienen influencia en la vida diaria no siempre tiene una existencia concreta, por ejemplo, la política, la economía, la educación, etc. De manera que, para hacer concretas estas realidades media la objetivación, donde se selecciona la información recibida para posteriormente crear una imagen coherente hasta ser percibida de forma natural como un elemento de la realidad del sentido común.

El segundo proceso es el anclaje que al igual que la objetivación permite transformar lo extraño en familiar. “Se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto” (Jodelet, 1986, p. 486), lo que se evidencia al observar que no todos los grupos sociales tratan las innovaciones de la misma manera si no que dependen de ese nivel de enraizamiento. Implica además la integración cognitiva del objeto representado dentro del sistema de pensamiento preexistente y las transformaciones derivadas de éste. Más que una constitución formal de un conocimiento (como sucede en la objetivación), se trata de la inserción de la representación dentro de un pensamiento constituido.

Esto se da mediante dos modalidades, en primer lugar, se da la inserción de un objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente; y en el otro modo se da la “instrumentalización social del objeto representado o sea la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión” (Araya, 2002, p.30).

Comprendemos entonces el proceso de anclaje como la forma en que el objeto de representación es vinculado con conceptos ya conocidos por el sujeto, por lo que consiste en clasificar y nombrar las cosas para que sean existentes y familiares y posteriormente puedan ser utilizados, ya que ese objeto se inserta en la dinámica social haciéndose parte de un grupo o colectivo donde se da paso a la comunicación e intercambio social. Es así como un conocimiento abstracto se convierte en algo útil para las personas y modelo para las acciones.

Es necesario considerar que, si bien el anclaje permite afrontar las innovaciones, estas no serán procesadas de la misma manera por todos los grupos sociales, ya que las representaciones sociales dependen de las diversas inserciones sociales, los mecanismos de selección de la información estarán atravesados por los intereses y valores propios de los grupos, permitiendo que aquello que es nuevo se integre en menor o mayor medida (Araya, 2002).

Los procesos de objetivación y anclaje son dialécticos entre sí, y al llevarse a cabo permiten que las representaciones articulen y cumplan sus funciones básicas que se mencionaron anteriormente: orientación de la novedad, interpretación de la realidad, orientación de las conductas y conformación de la identidad personal y grupal. Araya (2002) también rescata como funciones de las representaciones sociales el *comprender*, permitiendo pensar el mundo y sus relaciones; *valorar*, permitiendo calificar o enjuiciar hechos;

comunicar, permitiendo la interacción; y finalmente, *el actuar* que responde a esas representaciones sociales.

Esta categoría teórica sería la base para comprender de qué manera las familias construyen una forma de pensamiento elaborado socialmente, conocido como sentido común, con base en las experiencias de su contexto social, económico, cultural y las respuestas que dan ante situaciones concretas como la autoeliminación. En el caso de esta investigación las representaciones sociales se referirían al pensamiento práctico por el que las familias se relacionan con el suicidio, y de esta manera poder comprenderlo y controlar el entorno donde se desarrolle o se tenga acercamiento con este objeto.

La realización de un estudio acerca de la representación de un objeto social permite reconocer cómo se constituye el pensamiento social, que es el utilizado para construir la realidad y las relaciones entre las personas. Conocer cómo las personas ven el mundo y más en específico, cómo las personas toman posición sobre un objeto y posteriormente actúan con respecto a él, es una base fundamental para el cuestionamiento de las estructuras sociales.

Esto debido a que las representaciones son sociales y se forman por medio del intercambio y las relaciones sociales. Por lo que, un grupo reacciona a un fenómeno como el suicidio según la estructura de conceptos, ideas, opiniones, teorías que haya construido con base en su contexto, existiendo una relación dependiente de la situación socioeconómica, política, cultural, las tradiciones, la exposición a medios de comunicación, la educación, la incidencia de instituciones, y todas las fuentes de información a las que se expongan en los diferentes espacios de su realidad. Y así toman posición frente al suicidio, deciden, actúan, se relacionan con los y las demás según todo esto.

Y por su relación estricta con el contexto es que las representaciones no son estáticas, sino que se van transformando constantemente. Por eso es importante, porque, así como un grupo determinado puede posicionarse frente al suicidio usando como base información alejada del desarrollo teórico y científico, reproduciendo mitos y estereotipos que impidan su prevención, es posible lo contrario. Pero lejos de reducir esto a una responsabilidad individual, es aquí donde se cuestiona el trabajo estatal para el acceso adecuado a la información, a los centros de atención de la salud mental y la forma en que permanece la desigualdad en el acceso a la salud mental en algunas zonas del país.

1.6.2. Perspectivas sobre el suicidio y su incidencia en la realidad

Ahora bien, como parte del objeto de estudio, resulta importante traer a discusión la comprensión del suicidio desde un desarrollo teórico, considerando que este ha sido un fenómeno presente en la historia, manifestándose en las realidades de diversas poblaciones en todas las sociedades. No es un fenómeno nuevo ni perteneciente a un grupo específico, asimismo la forma en que se comprende se encuentra ligada al contexto, lo que la ha mantenido en un proceso dinámico.

Ante todo, el suicidio se comprende en términos generales como el hecho de que una persona se quite voluntariamente la vida, sin embargo, se han desarrollado diversos sentidos sobre este, siendo sujeto a influencias sociales y culturales según cada momento histórico. Esto ha conducido la comprensión del suicidio a diversas modificaciones, restando o adhiriendo significados a lo largo del tiempo, así como introduciéndose en diferentes categorías sociales que responden a los valores, normas y creencias de sociedades específicas.

La importancia de comprender esto, es que los significados que se han adjudicado al suicidio en diferentes momentos históricos no permanecen solo en un espacio ideal o simbólico, sino que conducen a la comprensión y transformación de las realidades de las y los sujetos que pueden tener relación con el fenómeno. Y esto no solo se da a un nivel individual o en el espacio más cotidiano, sino que también tiene repercusiones en las formas en que las sociedades actúan ante el suicidio, dirigiendo y definiendo acciones desde ámbitos como el legal, político, económico y demás.

Se puede observar cómo según la sociedad y la percepción que se tiene sobre la autoeliminación se han conformado leyes, se ha motivado o prohibido y castigado, se ha reducido a lo privado o se han creado políticas sociales para prevenirlo. Y estos mismos procesos influyen en la creación de nuevas representaciones sobre el suicidio según las realidades de los sujetos al rededor del fenómeno.

Es posible destacar algunos ejemplos sobre los diversos significados que se le han brindado al suicidio a través de la historia, ubicando desde la antigüedad a algunas sociedades que relacionaban el suicidio como un acto que traía un beneficio a quien lo efectuaba, esto debido a que el suicidio se podía dar por motivos litúrgicos, ideas de honorabilidad o incluso

en busca del cese del dolor físico o emocional, lo que se traducían en una práctica necesaria y que favorecía a las personas y por consiguiente era permitida y aceptada.

Los Galios, Celtas Hispanos, Vikingos y Nórdicos consideraban razonable el suicidio por causas como la vejez, la enfermedad o muerte de esposos o jefes; en pueblos germánicos era utilizado para evitar una muerte considerada vergonzosa; en China se validaba por cuestiones de lealtad; en Japón se utilizaba como un acto ceremonial tras la expiación o derrota; y en casos como la India el suicidio se llevaba a cabo por motivos religiosos (Barriga, 2012).

Desde algunas escuelas filosóficas griegas se tenían diversas posiciones ante el suicidio. Los pitagóricos (siglo V a.C.) no lo aceptaban mientras que para los cínicos la autoeliminación era representada como el ser dueño o dueña de su propio destino. El estoicismo del siglo IV a.C. era permisivo con el suicidio afirmando que era necesario morir de una vez antes que padecer indefinidamente. Para los epicúreos el suicidio era una salida honorable al no asegurarse el placer. Platón se posicionó contra el suicidio colocándolo como un acto que atentaba contra el Estado y los dioses con excepción de que el Estado lo ordenara o se padeciera una enfermedad incurable o ante la vivencia de una desgracia extrema (Guerrero, 2019).

Existían también aquellas consideraciones del suicidio como algo maligno desde algunas tribus africanas. Asimismo, en varias perspectivas religiosas monoteístas se ha relacionado con un pecado o acto en contra de dios. Desde el Islam, se considera que es Alá quien debe quitar la vida en el momento que elija, sin embargo, en ciertos casos el suicidio ha sido considerado como forma de sacrificio voluntario para el bien del Islam, como por ejemplo, en la “guerra santa”. Desde el budismo se rechaza el suicidio debido a que no se puede modificar el tiempo en que se debe sufrir en la tierra por consecuencia de los pecados cometidos en la vida anterior (Barriga, 2012).

Así mismo, el cristianismo ha tenido gran incidencia desde la edad media, al colocar el suicidio como un pecado grave y una afrenta a Dios considerado semejante o incluso peor que el homicidio, abriendo paso a que se actuara frente al fenómeno sancionándose penalmente y excluyendo a las personas que consumaron un suicidio de las tradiciones religiosas para no ser honrados en conmemoraciones litúrgicas, difamando sus memorias, etc. (Barriga, 2012). Cabe destacar que esta visión podía vincularse directamente con leyes civiles

que convertían a las personas que se suicidaban en delincuentes ante la ley, mereciendo castigos físicos y sociales que incluían mutilaciones o negarle sepultura, esto con la intención de que el pueblo desistiera de cualquier comportamiento suicida (Guerrero, 2019).

Es posible observar una gran diversidad de perspectivas del suicidio en la historia, yendo desde algo honroso hasta ser considerado maligno. Estas posiciones y creencias podían tener un alcance significativo en la forma en que se reaccionaba frente al fenómeno, tanto en contextos más inmediatos o cotidianos como en el imaginario social que podía conducir a la aceptación o al rechazo no solo del acto en sí, sino también de las personas que se suicidaban o tenían algún tipo de conducta suicida, y de sus familiares.

Además, se daba espacio a formas de estructurar la sociedad para responder o actuar ante este, por medio de la tradición, los relatos compartidos de generación a generación, los rituales y ceremonias, la formulación de normas, la penalización del suicidio, la exclusión y castigo de sobrevivientes y la demostración pública de estas formas como señal de advertencia.

Conocer la diversidad de ideas que se han construido sobre el suicidio en diferentes momentos, lugares, las sociedades y cómo estos se enlazan con las religiones, filosofías, la literatura e incluso el ambiente sociopolítico, permite reflexionar en la forma en que el contexto en el que se desarrolla un sujeto, grupo, comunidad; tiene una relación directa con los significados que se brindan al suicidio y, por ende, en la forma en que se actúa frente al fenómeno. Esto no solo se da en una forma lineal donde el contexto influye en la construcción de significados del suicidio, sino que también, la formulación de representaciones construye la realidad de los sujetos frente al fenómeno.

Por ello, al analizar un fenómeno como el suicidio y la forma en que se comprende y se reacciona ante este, es necesario tener en cuenta el contexto. El momento, el espacio, las creencias predominantes, las instituciones de poder que pueden incidir sobre la conducta suicida, deben contemplarse debido a su importante incidencia en diferentes grupos. Esto en lo que corresponde a creencias, tradiciones o religión, pero debe añadirse en un contexto más actual, aquellos posicionamientos de carácter científico que intentaron el explicar el suicidio y que claramente ha tenido repercusiones en diferentes generaciones.

Sobre esto, es importante también retomar el desarrollo del suicidio fuera de perspectivas religiosas u otras tradiciones, ya que han sido crecientes la cantidad de estudios sobre el suicidio desde el siglo XIX. Para ahondar sobre esto es necesario retomar lo que Moron (1987) reconoce como las dos escuelas que propusieron diferentes estudios para llegar a la comprensión del suicidio en el mencionado siglo, caracterizado por un creciente interés por el desarrollo de conocimientos científicos.

Estas dos escuelas eran la psiquiátrica que buscaba la explicación del fenómeno dentro del individuo, y la sociológica, que enfoca su búsqueda en el entorno social. Estas vertientes son significativas en la comprensión del suicidio en la actualidad, por ello es necesario detenerse en su desarrollo.

1.6.2.1. La comprensión del suicidio desde el individuo

La comprensión del suicidio desde el individuo, interpretado principalmente por los fundamentos de la psiquiatría, explica el suicidio desde una perspectiva psicopatológica, la cual, según rescata Cañas (2002), surge desde la primera mitad del siglo XIX con el nacimiento de la psiquiatría moderna, por medio de investigaciones sobre alteraciones morfológicas y funcionales en las personas con intento suicida, buscándose su causa en localizaciones cerebrales.

Autores como Esquirol (1838), quien reconoce Moron (1987) como el fundador de la doctrina psiquiátrica, analizaba la frecuencia de la reacción suicida en el estudio de la patología mental, por lo que la catalogaba como un síntoma psicópata. Este autor indicaba que el suicidio ofrece todos los caracteres de la enajenación de las facultades mentales y que una persona atentaba contra su vida solo si se encontraba en un estado de delirio, por lo tanto, todas aquellas personas que morían por suicidio estaban alienados.

Claramente muchos estudios mantendrían este enfoque, por lo que la teoría fue adoptada por la mayoría de los psiquiatras de la época. Pueden ejemplificarse estos con autores como Achille Delmas en la primera mitad del siglo XX, quien al encontrar en las personas suicidas un 90% de ciclotímicos y un 10% de hiperemotivos, afirmaba que se debía estar más o menos loco para suicidarse (Moron, 1987). Así mismo indicó que “todo suicidio implica una enfermedad mental. A veces son desequilibrios emocionales, trastornos

neuróticos, etc.” (Cañas, 2002, p.33); considerando su relación con un trastorno de origen biológico que aparecen en diferentes enfermedades mentales.

Y si no en todos los casos de suicidio existe una relación con la psicopatía, se afirmaba que al momento de llevarlo a cabo las personas se encuentran en un estado afectivo o emocional patológico, siendo el instinto de conservación algo natural y normal tanto en humanos como en animales (Moron, 1987).

Estas teorías fueron predominantes en la época, pero también permanecieron tiempo después con gran incidencia, siendo la psiquiatría como una de las principales encargadas de realizar interpretaciones científicas sobre el suicidio, clasificándose el sufrimiento y la melancolía como síntomas mentales de diversas patologías. Llegando a considerar la enfermedad mental el factor de riesgo más importante de suicidio (Pujal y Valesco, 2005).

Es importante reflexionar en la incidencia de la psiquiatría y el desarrollo de su teoría sobre el suicidio en la sociedad siendo una disciplina reconocida y legitimada para interpretar el fenómeno.

El colocar el suicidio desde una visión psicopatológica como la forma más acertada de comprender el fenómeno, ha tenido por consecuencia el reducirlo a un problema de naturaleza individual y exclusivo de variables internas y biológicas, dejándolo como una concepción sacada de contexto y ahistórica. Desde esta percepción se vincula el suicidio con una enfermedad o el resultado de una, prácticamente como causa principal o incluso única, y, por ende, es combatida médicamente como solución exclusiva, sin considerar las realidades sociales que pueden vincularse con la autoeliminación.

Pero, además de esto, el separar el suicidio de aspectos sociales tiene consecuencias importantes tanto en las personas que desarrollan comportamientos suicidas como en la concepción del suicidio en la sociedad misma. La visión psicopatológica del suicidio coloca la responsabilidad en el individuo quien es separado o encasillado en relación con el resto de la sociedad.

Esto debido a que, la vida cotidiana y el mundo social es percibida como algo natural, pero, de acuerdo con Núñez, “esa naturalidad no es más que una ficción construida socialmente a partir de procesos históricos, culturales, políticos y económicos que se

entrelazan para configurar nuestro entorno y darnos una cierta sensación de estabilidad y comodidad” (Núñez, 2021, p.3)

Ampliando esta discusión, de acuerdo con Goffman (2006), la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías. Según el autor, estas categorías se componen de atributos definidos socialmente que determina la “identidad social” de los individuos. Este conjunto de características permite construir un concepto sobre el otro, una imagen o estereotipo aceptado por la sociedad y que es percibido como inmutable, como si estas características fueran estáticas y por tanto llegando a normalizarse o naturalizarse.

Aquellas personas que no se apartan negativamente de estos atributos son llamados “normales”, pero existirán grupos de personas que su realidad no esté de acuerdo con esas categorías de naturalidad, aquellos grupos o individuos que posean atributos incongruentes con el estereotipo acerca de cómo debe ser el otro, se les asigna un estigma.

Este término es explicado por el autor como una indeseable diferencia no prevista socialmente, quienes tienen un estigma no se les considera totalmente humanas y valiéndose de esto se practican diversos tipos de discriminación contra ellas. “Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias...” (Goffman, 2006, p.15). Y esto es manifestado en el discurso cotidiano, donde existen una serie de metáforas, imágenes y términos referidos al estigma, tales como loco o raro, y a esto se le atribuye un elevado número de imperfecciones y/o atributos.

Goffman (2006) menciona tres tipos de estigma, uno de ellos es el referente al cuerpo, otro referente al carácter del individuo y por último los correspondientes a la raza, la nación y la religión. Sobre los estigmas del segundo tipo se tienen:

...los defectos de carácter del individuo que se percibe como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad. Todos ellos se infieren de conocidos informes sobre, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas (p.14)

Por lo que las conductas suicidas pueden relacionarse en la sociedad como un defecto de carácter del individuo, lo que claramente puede colocar a quien se suicida como imperfecto, antinatural o con falta de voluntad, por cuanto se ha determinado socialmente el comportamiento que debe ser tener el ser humano, y quien se salga de dicha delimitación es defectuoso.

Comprendemos hasta aquí que existen una serie de categorías sociales aceptadas y normalizadas, es decir, existe una serie de comportamientos, valores, normas socialmente establecidas en los cuales se encuadran a los sujetos. Aquellas que no cumplan con estas normas cargan un estigma que los coloca como diferentes, pero más allá de esto, esta carga permite un trato discriminatorio junto a la creación de una serie de imágenes que relacionan estos grupos con otros elementos como imperfección, riesgo, peligro, inferioridad, necesidad.

Y es un hecho que existen estigmas sobre aquellas personas que intenten el suicidio. Así se crea una división en donde las personas con comportamientos suicidas son excluidas, señaladas y discriminadas debido a la dinámica sociocultural que ha creado estereotipos sobre la salud mental y en específico el suicidio con connotaciones negativas, al punto de relacionarse con la idea de la locura y lo patológico, concepto que se ha vinculado directamente con lo peligroso, lo extraño, lo anormal y en general lo que está fuera o en contra del orden social.

La construcción de este estigma sobre afecciones en la salud mental y el suicidio, podemos analizarlo con lo desarrollado por Foucault (2007), quien explica que cuando la psiquiatría del siglo XIX empieza a funcionar como saber y poder dentro del dominio general de la higiene pública, como protección del cuerpo social, se procuraba mostrar el carácter peligroso del “loco”.

Por lo que persistía la idea de que los crímenes amenazan habitar cualquier locura y el núcleo de la locura debe frecuentar a los individuos que pueden ser peligrosos para la sociedad. “En síntesis, fue preciso que la psiquiatría, para funcionar como les decía, estableciera la pertenencia esencial y fundamental de la locura al crimen y del crimen a la locura” (Foucault, 2007, p. 117). Bajo esta idea, la locura era percibida como portadora de riesgos y por tanto es peligrosa, y la psiquiatría como saber de la enfermedad mental funcionaba para identificar y regular a aquellas personas que respondían a estas características.

El autor comprendía que el conjunto institucional, tanto lo punitivo como lo terapéutico, estaba dirigido al individuo peligroso, que ni era exactamente enfermo ni criminal. Permanecía así un discurso del miedo, cuya función era detectar el peligro y oponerse a él. Es así como la función de la psiquiatría, más que procurar la salud, consistía en detectar lo peligroso del “loco” y actuar como reguladora, donde se examina al individuo para saber si se ajusta a la regla o norma de salud que se ha definido, ya que la persona loca es peligrosa porque es alguien que exalta su poder por encima de cualquier poder establecido, ya sea el de la institución o el de la verdad, ligándose a una idea de resistencia, desobediencia, insurrección (Foucault, 2007).

Esto daba lugar a prácticas de exclusión, rechazo, marginación. Mecanismos de poder que se ejercían sobre aquellas personas consideradas locas, enfermas, criminales y desviadas, con efectos de exclusión, descalificación, exilio, rechazo, privación, negación, desconocimiento, etc. (Foucault, 2007).

Entonces, en un principio se tiene que la psiquiatría como conocimiento médico encuentra entre las causas del suicidio desequilibrios bioquímicos, explicando que toda persona que se suicida tiene una enfermedad mental. Esto crea una reducción significativa del fenómeno a aspectos individuales, quitando la atención de todos los posibles factores contextuales como las diferencias culturales, las crisis económicas, las cuestiones relacionadas al género y otras variables que podrían relacionarse con la consideración del suicidio.

Pero además de esto, se crea una relación con conceptos que socialmente tienen una connotación negativa, es decir, categorías relacionadas con cómo no deben comportarse las personas, lo que no debe de ser, lo que es anormal y peligroso, lo que debería rechazarse, ocultarse, evadirse.

Ahora bien, para ampliar esta discusión es necesario analizar entonces aquella posición que buscaba las razones del suicidio en causas sociales, colocando la responsabilidad de este en la sociedad y el contexto con contraposición de las explicaciones psicopatológicas. Llevando el estudio más allá de los casos aislados, explorando el fenómeno con las tasas de suicidio y las variaciones que se presentaban en diferentes periodos históricos, grupos culturales, con creencias religiosas diferentes entre sí, determinando que la única explicación para esos patrones eran las causas sociales que compartían los individuos que se suicidaban.

1.6.2.2. La comprensión del suicidio desde el entorno.

Como se mencionó anteriormente, otra escuela que pretendía encontrar las razones del suicidio en el entorno era la sociológica que surge en el cambio al siglo XX, siendo una línea de investigación desarrollada por Durkheim (1897), como uno de los estudiosos más consultados en relación con el tema del suicidio definiéndolo de la siguiente manera:

Diremos, en definitiva, que se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado. La tentativa sería el mismo acto cuando no llega a término y no arroja como resultado la muerte (p.13).

El autor sostenía que no hay suicidio, sino suicidios, siendo siempre el acto de una persona que prefiere la muerte a la vida. Sin embargo, este puede ser impulsado por diversas causas, pudiendo darse suicidios entre individuos por causas opuestas, existiendo muchas clases de suicidios cualitativamente distintos.

Sin embargo, para comprender y ampliar la discusión sobre el suicidio desde una perspectiva sociológica, es necesario acudir a la explicación que realiza el autor sobre los hechos sociales, los cuales deben ser estudiados como cosas o realidades exteriores al individuo. De hecho, consideraba que las Ciencias Sociales debían estudiar los fenómenos atribuidos a la sociedad en su totalidad, en lugar de centrarse en las acciones específicas de los individuos.

Según Durkheim (1897), la sociología era la ciencia de las instituciones, y a partir de ella se podían descubrir los hechos sociales estructurales, los cuales entendía por “(...) modos de actuar, pensar y sentir exteriores al individuo, y que poseen un poder de coerción en virtud del cual se imponen a él (...)” (p.317).

Sobre lo anterior, Durkheim desarrolla el concepto de hecho social resaltando la exterioridad de lo social como un componente básico de esta definición. Se destaca la objetividad de los hechos sociales por cuanto lo social constituye una realidad instituida por mecanismos independientes de la conciencia y voluntad individuales, de manera que los hechos sociales no vienen de la constitución biológica o psicológica, sino que se sitúan fuera del individuo, es decir, desde la colectividad, presentándose al sujeto como modos de acción

y pensamiento desde las generaciones anteriores y por ende, situándose como factores condicionantes de la conducta en la sociedad.

Además, los hechos sociales tienen un criterio de generalidad dentro de un grupo social, así como una fisonomía particular que no desaparece aún con las diferencias individuales, ya que siempre se pueden reconocer patrones o modelos colectivos sobre los que se da una acción. Asimismo, lo social no es una condición optativa, sino que es un marco de determinación que condiciona la práctica del individuo en la sociedad, ya sea que esa capacidad impositiva de lo social se sienta vivamente o de manera atenuada, no deja de hacerse presente (Vázquez, 2012).

Y esto lo sostuvo Durkheim (1897) al momento de explicar el suicidio, comprendiéndolo como un hecho social, una realidad que no puede estudiarse exclusivamente desde el individuo, ya que las instituciones, así como las variables y complejas formas que ha adoptado el suicidio históricamente, llegan a disminuirse a una forma superficial e incluso, terminar como un aspecto que no requiere investigación.

Durkheim (1897) insistía en que las causas del suicidio son sociales, mencionando que los incidentes de la existencia privada, que parecen inspirar inmediatamente el suicidio y pasan por ser sus condiciones determinantes, en realidad no son más que causas excepcionales. Si el individuo cede al menor choque de las circunstancias es porque, en el estado en el que se encuentra, la sociedad le ha predispuesto al suicidio. Por individualizados que estemos, siempre queda algo de colectivo, incluso en el momento en el que se libra del ambiente social, sigue sufriendo su influencia.

El autor procede a explicar que el suicidio varía en razón al grado de integración de los grupos sociales de los que forma parte el individuo y, además, al ser la sociedad un poder regulador, también existe una relación entre la forma de ejercer esta acción reguladora y la tasa social de suicidios. Para esto desarrolla una explicación sobre cuatro tipos de suicidio:

El primer tipo es el llamado suicidio egoísta, derivado de un déficit de integración en la colectividad social produciendo una excesiva individualización y la disociación del sujeto de las estructuras sociales, provocando las condiciones sociales que favorecen el suicidio.

Cuanto más débiles son los grupos a los que pertenece, menos depende de ellos y más se exalta a sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas en sus intereses privados. Así pues, si llamamos egoísmo a ese estado en el que el yo individual se afirma en exceso frente al yo social y a expensas de este último, podremos calificar de egoísta al tipo concreto de suicidio que resulta de una individuación desmesurada (Durkheim, 1897, p.166).

Durkheim (1897) consideraba que, en las sociedades modernas, la cohesión social dependía de las normas, valores, ideas y creencias colectivas, así como de los vínculos sociales generados entre las personas que conforman una comunidad. Cuando la sociedad está fuertemente integrada y los individuos dependen de ella, considera que están a su servicio y no les permite disponer de sí mismos a su antojo, negando que los individuos eludan sus deberes con la muerte. Pero cuando se niega la legitimidad de esta subordinación y la fuerza colectiva que reprime el suicidio se debilita, este aumenta. Este individualismo es por sí mismo, una causa suicidógena, no sólo elimina un obstáculo para considerar el suicidio, sino que crea esa inclinación.

El segundo es el suicidio altruista, dado por un exceso de integración social donde existe un compromiso tan desmedido con la sociedad en la que se vive, que el yo no se pertenece y está situado fuera de sí mismo, se toman propios conceptos y valores que orilla a las personas a dar su vida por ello.

Según Durkheim (1897), así como una individuación excesiva conduce al suicidio, una individuación insuficiente produce los mismos efectos. Cuando una persona se desliga de la sociedad, tiende a suicidarse, pero también cuando está excesivamente integrado en ella. La persona que se suicida en este caso, más allá de sentirlo como un derecho, cree que es su deber. Por eso es llamado suicidio altruista, al resultar de un altruismo intenso. Suicidarse en estas sociedades constituye un deber, pero sin estar obligado expresamente a ello; el carácter obligatorio viene porque, si bien la opinión pública no los impone formalmente, no deja de favorecerlos.

Para esto, debe estar totalmente absorbido por un grupo fuertemente integrado. Para que los elementos tengan tan poca existencia propia, la totalidad ha de formar una masa compacta y continua donde todo es común a todos, ideas, sentimientos, ocupaciones; por lo que el individuo carece de los medios para crearse un ambiente propio, desarrollar su

naturaleza y labrarse una identidad y aquel en el que el yo no se pertenece a sí mismo, se confunde con otra cosa que no es él, y el grupo del que forma parte, algo externo, determina lo que rige su conducta.

El tercer tipo de suicidio es el anómico, difiere de los otros en que depende no de cómo estén ligados los individuos a la sociedad, sino del modo en que esta los reglamenta. Surge porque la actividad social está desorganizada, lo que genera mucho sufrimiento (Durkheim, 1897). El autor ejemplifica lo siguiente:

Un hombre que se ve súbitamente en peores condiciones de las que estaba acostumbrado no puede dejar de exasperarse al sentir que se le escapa una situación de la que se creía dueño, y su exasperación se vuelve naturalmente contra la causa, real o imaginaria, a la que atribuye su ruina. Si él mismo se reconoce responsable de la catástrofe la tomará consigo, si no con otro. En el primer caso, no tendrá más salida que el suicidio (...) Lo mismo ocurre cuando, lejos de caer en una situación peor, el individuo se ve arrastrado a superarse perpetuamente sin regla ni medida. En cuanto le falta el fin que se creía capaz de alcanzar pero excedía sus fuerzas, se mata. (Durkheim, 1897, p.232)

Entonces la anomia procede del hecho de que, a ciertos niveles sociales, faltan fuerzas colectivas, es decir, grupos constituidos para reglamentar la vida social, por lo que se da en aquellas sociedades donde las normas y regulaciones son deficientes, dependiendo de un fallo de los valores sociales que conducen a una desorientación individual y a la falta de significación en la vida, caracterizándose por una sensación de desajuste social que causa la desviación de la normatividad. Por lo que esta anomia da origen a un estado de exasperación y de cansancio inusitado que puede, según las circunstancias, volverse contra el sujeto mismo o contra otro.

Y finalmente, el suicidio fatalista, que sería el resultante de un exceso de reglamentación, siendo el que cometen los sujetos cuyo porvenir se ve implacablemente limitado, cuyas pasiones están violentamente constreñidas por una disciplina opresiva, tal es el caso de la esclavitud (Durkheim, 1897).

Así se sostiene que la tasa social de suicidios no se explica más que sociológicamente. “Los sucesos privados, considerados tradicionalmente las causas próximas del suicidio, no

ejercen más efecto que el que permiten las disposiciones morales de la víctima, eco del estado moral de la sociedad” (Durkheim, 1897, p. 242). Existiendo en cada grupo una fuerza colectiva que impulsa a las personas al suicidio. Aunque a primera vista el comportamiento suicida de una persona parezca expresar únicamente cuestiones personales, son en realidad la consecuencia y prolongación de un estado social que ellos manifiestan.

Con base en esta teoría, cuando una persona opta por el suicidio, ya han existido previamente condicionantes sociales que la han llevado a tomar esa decisión. Aunque se piense que la causa ha sido de carácter individual, aún una persona individualizada sigue siendo influenciada por la sociedad que lo ha orillado al suicidio.

Sin duda el trabajo de Durkheim (1897) viene a colocar la mirada en la sociedad aún en un tema que había sido analizado desde el individuo. Esto abre paso a reflexionar sobre el suicidio contemplando aspectos sociales, culturales, religiosos, económicos y cómo estos pueden influir. Cómo se desarrolla a continuación, estudios actuales han tratado de integrar una perspectiva más sociológica, al ser un hecho que el contexto tiene incidencia en el comportamiento suicida.

Así mismo, el estudio del fenómeno en sí ha crecido al punto de desarrollarse una disciplina propia que estudia sus causas e intenta prevenirlo como la suicidología, sin embargo, esto no significa que el conocimiento popular del suicidio haya tenido respectivos avances o que se contemplen variables sociales como causas válidas del mismo alejándose de causas individuales, tampoco quiere decir que no prevalezcan estigmas, estereotipos y otras construcciones similares sobre el suicidio.

1.6.2.3. Concepciones actuales sobre el suicidio

Para referirnos a una noción más actual del suicidio, es necesario reflexionar sobre la propuesta de Edwin S. Shneidman, donde se desarrolla la disciplina de la suicidología alrededor de 1969 basando su teoría tanto en causas psicológicas como en las sociológicas y que, además, propone que el suicidio podría evitarse, siendo pionero en el campo de la Prevención del Suicidio (Chávez y Leenaars, 2010).

Debe retomarse que aún en 1950 desde el pensamiento científico se sostenía que sólo los enfermos mentales se quitaban la vida, por ende, aquellas personas que no tenían claros signos de psicopatologías y trastornos mentales no consideraban el suicidio. Pero esta

propuesta fue contradecida por las investigaciones de Shneidman y su equipo de trabajo que mostraron que solamente el 15% de los suicidios se relacionaban con alguna psicopatía. Por lo que se planteó que más que una enfermedad mental, el común denominador del comportamiento suicida era el fuerte dolor psicológico (Chávez y Leenaars, 2010).

Para Shneidman (1985), el suicidio es el acto consciente de auto aniquilación, que se manifiesta como un malestar pluridimensional en un individuo que percibe a la muerte como la mejor solución para resolver la angustia que experimenta. Con este concepto intentaba poner sobre la mesa los múltiples factores que podían incidir en el suicidio y que, además, la búsqueda de la muerte era vista como una respuesta a una angustia que se sufría en el momento, proponiendo el carácter ambivalente del suicidio donde en realidad la muerte no es el verdadero objetivo sino el cese de ese sufrimiento.

Además, brindó una visión que se sostiene hasta la actualidad indicando que era necesaria la diferenciación entre los suicidios consumados y aquellos que se quedaron en tentativas de suicidio, por lo que su estudio no debe enfocarse en la muerte solamente sino también en el momento de su planeación y aquellos rastros o gestos materiales y textuales que se dejaban.

Esto da lugar a un modelo explicativo del suicidio como proceso, donde se propone el suicidio como un proceso en el que intervienen las características propias del sujeto y su interacción con el medio ambiente. Desde esta perspectiva se señala que existe una aproximación a algunas de las “etapas” que aparecen antes del intento suicida o suicidio consumado. Por lo que es necesario identificar las conductas de riesgo, evaluar el potencial suicida de cada sujeto y prevenir un desenlace evitable. Se señala la presencia de un continuo destructivo que puede ir de un bajo riesgo suicida hasta un alto riesgo. Este se encuentra delineado por: ideación suicida, ideaciones suicidas crónicas, amenazas suicidas, gestos suicidas, estilo de vida arriesgado, plan suicida vago, plan suicida específico y letal e intento suicida serio de alta letalidad (Aranguren, 2009)

Este modelo amplía el concepto de suicidio y propone varias etapas de este, además de hacer notar la existencia de gestos que pueden Identificarse, lo que aleja la idea de la autoeliminación como una acción definitiva, siempre impulsiva y sin retorno, permitiendo plantear que la prevención del suicidio es posible en alguno de estos procesos. Sin embargo,

es necesario cuestionar si se coloca como una forma lineal, donde siempre y en todos los casos se dan estas etapas en la misma forma y orden.

Claramente estas nuevas propuestas sobre la comprensión del suicidio tienen una influencia importante en el desarrollo teórico. Muchas explicaciones actuales de la conducta suicida incluyen elementos tanto psicológicos como sociales, como es el caso de la teoría del riesgo suicida, enfocada en un principio en comprender cualitativamente la asociación entre enfermedades mentales y las conductas suicidas, pero que a partir de la década de los 70, con la disponibilidad de datos epidemiológicos y conductuales cuantitativos, se expandió el enfoque de las teorías sobre el riesgo suicida y sus métodos cambiaron, transformándose en la cuantificación de los factores dañinos o protectores de las características individuales, las experiencias y los factores contextuales (Hausmann-Stabile, 2019)

Esta idea sobre la identificación de factores dañinos o protectores pueden observarse en unas propuestas recientes para identificar el riesgo suicida. Un ejemplo de esto puede ser el modelo de conducta suicida desarrollado por Beck y Wenzel (2008) donde se propone la existencia de factores de vulnerabilidad disposicional, es decir, que predisponen al individuo a desarrollar psicopatologías que incrementan la probabilidad de suicidio y/o factores que predisponen al individuo a cometer actos suicidas sin tener un antecedente de psicopatología. Estos momentos son disparados por situaciones de estrés y procesos cognitivos asociados a trastornos psiquiátricos (Bahamón y Galindo, 2017)

El estudio de factores que protegen a una persona del suicidio y factores que representan riesgos para desarrollar conductas suicidas es muy desarrollada y utilizada en la actualidad. Siendo una prioridad la prevención del suicidio se intenta encontrar las causas posibles del mismo, tanto en ámbitos individuales como en el contexto, con la intención de identificarlos y detener cualquier comportamiento suicida.

Según Bahamón y Galindo (2017), en los últimos 50 años se han desarrollado varias teorías que han concluido que son múltiples los factores asociados al riesgo suicida. Entre ellos se encuentra el género, el rango de edad, estar diagnosticado con depresión o esquizofrenia, tener un trastorno de la personalidad, abusar o depender del alcohol o de sustancias psicoactivas y el aislamiento social.

Cabe cuestionar si a pesar de que se contemple el contexto de los sujetos y se reconozca el papel fundamental de los aspectos sociales en la conducta suicida, aún permanece una visión sobre el individuo, ya que aún no se analizan las causas sociales estructurales que pueden conducir al suicidio si no las posibles experiencias que un individuo tuvo para considerarlo. Que, si muchas de estas experiencias se deben a su contexto, no existe un cuestionamiento sobre los fenómenos sociales que conducen a las personas a ello.

Es decir, si se indica que una posible causa o factor de riesgo que predispone al suicidio es la situación socioeconómica, sigue presentándose como una cuestión individual al no exponer que esto en sí es una causa social que responde a una situación de desigualdad social estructural. Si se identifican como factores de riesgo el sufrir algún tipo de abuso, no se cuestiona el suicidio como el resultado de una sociedad cuya estructura tiene bases de opresión y violencia.

Si ya se han identificado posibles causas por las que una persona puede suicidarse, es porque existen situaciones en común entre los individuos, es decir, las causas son sociales, responden a un contexto. Y aun tratándose de una comunidad, grupo a un individuo, refleja aspectos que corresponden a la estructura social, los suicidios serían el resultado de un sistema desigual, violento, opresor, que se manifiesta en la individualización, la competencia, la falta de acceso a educación, medios y herramientas, al acceso limitado de recursos que conducen a una selección de prioridades donde la salud mental no es contemplada y muchos otros aspectos.

Además, estos avances en la construcción teórica sobre el suicidio no implican que la visión individualizante ya no se dé. Si bien, se pueden encontrar explicaciones del suicidio que lo colocan como un “fenómeno clínico complejo relacionado con un conjunto diverso de factores de riesgo individuales, familiares, culturales, históricos, políticos y por la determinación social” (p. 245), también se mantiene que se asocia en aproximadamente el 90% de los casos a la presencia de un trastorno mental (Campo-Arias y Herazo, 2015)

Si se afirma que la mayoría de los suicidios están relacionados con trastornos o afecciones de salud mental, debe existir una reflexión sobre las causas sociales que condujeron a un sujeto a desarrollarlos o a tener limitaciones en el acceso a la atención necesaria, la información requerida y las herramientas necesarias para evitar el suicidio. Ya que la discusión no se centra en negar la existencia de causantes individuales, experiencias

propias del sujeto que pueden repercutir en suicidio, si no en la reducción que permanece de las causas sociales en el fenómeno, limitando su explicación a causas individuales cuando la sociedad tiene un papel fundamental.

1.6.3. Familia en un contexto rural

Para efectos del presente trabajo de investigación, el interés se centra en la formación de representaciones sociales de las familias, para esto es necesario posicionarnos desde los contextos en los cuales se desarrolla dicha formación, en este caso en particular, desde la ruralidad; por lo que las familias y el contexto en el que habitan se vuelven un actor clave en este estudio.

Ahora bien, dado la escasez encontrada, respecto a trabajos que estudien el fenómeno del suicidio desde una perspectiva más amplia y diversa que considere otros sujetos como la familia y menos individualizada, que nos permitan sustentar el análisis que se pretende, es que se considera necesario retomar y rescatar ciertos aspectos que permitan resaltar la importancia de estudiar a la familia frente a diferentes fenómenos sociales como lo es el suicidio.

En primer lugar, es necesario comprender, como lo plantea Quintanar (2007), que la conducta suicida se encuentra relacionada con el debilitamiento de aquellas estructuras sociales que sirven de contención a los sujetos para enfrentar aquellas situaciones de la vida que lo requieran, es decir, cuando surge una conducta suicida se pone en evidencia que aquellas bases construidas socialmente como soporte a ciertas experiencias, se encuentran debilitadas.

De lo anterior es necesario aclarar que no se entrará en la discusión de si la familia es o no parte de las causas del intento suicida, sino que lo que nos interesa es el hecho de que en ella es donde se crean las bases y herramientas que determinan cómo los sujetos viven sus realidades.

Comprendiendo que la familia es una estructura social en donde el individuo se desarrolla emocional y socialmente, construyendo su identidad, así como las representaciones que tiene de la realidad, las formas de contención para enfrentarse a situaciones nuevas y de actuar ante un fenómeno en particular.

Entonces un grupo como la familia, tendrá una serie significados los cuales se construyen desde el contexto social, político y económico en el que viven su cotidianidad.

Lo anterior, nos da paso a entender que para poder analizar la respuesta que se da desde las familias al suicidio y cuál es la relación con sus contextos, se debe de tener en cuenta una serie de factores y su grado de influencia en el fortalecimiento o debilitamiento de esta estructura social. Estos factores pueden ser políticos, económicos, sociales, culturales, que influyen en la configuración de la manera en cómo se percibe y aborda este fenómeno, ya sea con una finalidad preventiva o en su defecto la minimización e invisibilización del suicidio.

De lo anterior se deriva la necesidad de comprender que alrededor de la temática de la familia se han desarrollado diversas concepciones, enfoques y teorías a lo largo de los años, que le han caracterizado desde un agente socializador, una institución inmutable, hasta una institución básica para el funcionamiento de la sociedad, características que permiten explicar las dinámicas que se presentan dentro de ella y por ende nos acerca la formación de sus representaciones sociales.

Ante esto se decide tomar como fundamento de la presente investigación, una afirmación de Engels citado en Morgan expuesta por (1884) en la que se dice que “La familia, es un elemento activo; nunca permanece estacionada, sino que pasa de una forma inferior a una forma superior a medida que la sociedad evoluciona de un grado más bajo a otro más alto” (p.7). De esta definición es posible interpretar que no existe una definición exacta de lo que es la familia, ya que esta contempla variaciones en sus estructura y cambios en sus formas de organización según el contexto sociohistórico en el que se encuentre.

Por tanto, se procederá a exponer algunos acercamientos de distintos autores respecto a la concepción sobre la familia, de manera que se pueda sustraer de cada uno de ellos aportes para el desarrollo de esta investigación.

Primeramente, es importante señalar que a raíz de las transformaciones que puede presentar la familia, esta ha sido clasificada en diferentes tipologías a lo largo de los años, partiendo de la idea de que la familia tiene su origen en el establecimiento de una alianza entre dos o más grupos de descendencia.

Entre estas tipologías resalta la llamada familia nuclear que siguiendo Arriada (2007) es aquella que se podría considerar más antigua y que incluso en la actualidad todavía es defendida por ciertas instituciones o personas como la única forma de familia, esta es conformada por la presencia de un padre proveedor, una madre ama de casa e hijos, considerada como la familia ideal y es incluso en modelo familiar sobre el que se planifican las políticas públicas. Esta noción de familia empieza a ser cuestionada o transformada a partir de los cambios y reestructuraciones que se producen con la inserción de la mujer en el mercado laboral, dando así paso a considerar otro tipo de grupos a los que se les puede nombrar familia.

Aranda y Arriagada (2004) describen algunos de los tipos, basados en las estructuras que el sistema familiar ha adoptado actualmente; la unipersonal entendida como aquella que están constituida por una sola persona; el hogar extenso formado por el jefe y su cónyuge con o sin hijos e hijas, o solo él o la jefa con los hijos e hijas y otros parientes. Los hogares compuestos integrados al igual que los nucleares o extendidos, más otras personas que no son parientes consanguíneos y por último presenta a los hogares monoparentales que corresponde a aquellos que están constituidos por un jefe o jefa que vive con sus hijos e hijas u otros familiares o con amigos.

Como se mencionó anteriormente, entre dichas concepciones resaltan aquellas que suelen ser dadas desde una perspectiva limitada e idealista y que son mayormente reproducidas, donde se asume a la familia como estática o natural y de carácter privado, realizando principalmente la concepción estereotipada de una tipología nuclear, sin embargo, en contraste con esta situación han surgido teorías críticas sobre las transformaciones que ha enfrentado la familia a medida que va evolucionado la sociedad, reconociendo sus modificaciones y adaptaciones histórico sociales.

A partir de estas transformaciones es que se presenta la complejidad de acuñar un concepto de familia, ya que existe una gran dificultad de encontrar una definición que agrupe la variedad de modelos que pueden existir, además, debido a su directa vinculación con el desarrollo del ser humano y la sociedad, esta es abordada desde diferentes perspectivas disciplinarias, por lo que no se logra establecer una definición unificada sobre familia, esto es comprensible entendiendo que como lo expone Valdivia (2008) cada una está ligada con el contexto social, económico y político del momento.

Una de las principales características encontradas sobre la familia es su función como agente socializador. Según lo expone Quintero (2007) es “el primer agente transmisor de normas, valores, símbolos, ideología e identidad, donde se focalizan las acciones de las demás instituciones” (164); comprendiendo el término de socialización como la forma en que las personas adquieren valores, creencias, normas y demás características que les permite consolidar relaciones e integrarse en la sociedad.

Siguiendo con esta autora, se entiende que la familia se encarga de la interacción y de organización de procesos de reproducción social, esto de forma cotidiana y generacional, es un proceso donde se van desarrollando relaciones materiales, simbólicas y afectivas a partir de las cuales los individuos interpretan la realidad. Con esto se concibe que, a pesar de las transformaciones sociales de la familia, esta se mantiene siendo el primer grupo de referencia para cualquier ser humano desde su función de socialización primaria, por ello que desempeñe un papel importante dentro del sistema de relaciones sociales de la sociedad.

Distintos autores atribuyen esta función de socialización de la familia, a su papel como institución social, en el cual su estructura se diversifica cada vez más conforme lo requiera la sociedad, y con ella las funciones que desempeña, por lo tanto, esta se va transformando significativamente a lo largo del tiempo.

Según lo expone Morgan, citado en Engels (1883) es ahí donde se refleja su manifestación como producto del sistema social y se expresa su principal función, que como cualquier institución social debe cumplir, la de satisfacer las exigencias de la sociedad ligadas a aspectos como la economía global y a procesos de modernización, cambios culturales, a los cuales debe adaptarse y transformarse en la medida que estas exigencias lo determinen, ya que debe progresar a medida que progresa la sociedad, respondiendo a su carácter histórico social como ha sucedido a lo largo de la historia.

Al respecto Piedra (2007) establece que esta como un sistema social es:

Una organización genérica, en la medida en que existen al interior poderes, jerarquías y valores producto de las diferencias de género, y a su vez cumple con funciones económicas, socializadoras e ideológicas, desarrollando así, un papel importante en la constitución de la identidad de género, subjetiva y simbólica, de sus integrantes (p.39).

De modo que, si bien es un grupo social que responde a la interacción con el entorno en el que se desarrolla, a la vez en el interior se establecen normas, límites y estructuras particulares, con características íntimas de convivencia en el que las redes de relaciones de las y los miembros se definen, es decir cada familia representará un microsistema específico.

Es a partir de dichas particularidades que se refiere a la familia como el grupo de reproducción ideológica de las personas, que desde su cotidianidad reproduce, modifica o desaparece ideas, actos y relaciones en el que hacer de todos los días, volviéndose “la base de todas las reacciones espontáneas de las personas a su ambiente social, en la cual frecuentemente aparece el actuar de forma caótica” (Heller 1991, p.140), por tanto, es el conjunto de actividades que caracteriza la reproducción de las personas creando, a su vez, la vida social, el aprendizaje primario y las formas de comunicación social.

De todas las concepciones anteriores que aportan de alguna manera al estudio de la familia, es que se considera necesario indicar como se entenderá la familia para la presente investigación. Esto será siguiendo lo expuesto por Weisser (2003) quien menciona:

En tanto institución social, las características de la familia están relacionadas directamente con el contexto económico y social que la rodea, haciendo de ella un ente dinámico y cambiante al que se menciona invariablemente cuando se habla de integrar al desarrollo de nuestro país, a sectores marginados de la sociedad (p.24)

De tal forma que se entiende que este es un grupo social que responde a la interacción con el entorno en el que se desarrolla, creando un mundo de sentido, para dar significado a diversos acontecimientos del entorno sociocultural, que a su vez estarán premiados por cada sistema que conforma la sociedad. Por tanto, para acercarse a estudiarla, es necesario examinar las dinámicas, roles y características establecidas en su contexto particular.

El hablar de familia, supone transformaciones, significados, relaciones, costumbres y diversos rasgos que dependen del tipo de sociedad y el momento histórico en el que se encuentre. Ante esto, resulta necesario señalar las implicaciones que la división urbano-rural puede significar para la configuración familiar, ya que las determinaciones de un contexto afectan a la comunidad en su conjunto, puesto que en este se estructura la vida de las personas, se moldean relaciones sociales que producen las prácticas y representaciones de los grupos, según las características que otorga esta división desigual a sus lugares de residencia.

Tal y como lo menciona Uari (2021) a partir de distintos autores consultados en su artículo:

El estudio de la familia es inseparable del estudio del contexto en el cual una determinada configuración familiar emerge, existe y con él se mantiene en permanente interacción. No puede haber estudio histórico que no se relacione con el contexto, y tampoco puede hacerse una historia de la familia sin que estemos remitiéndonos permanentemente al medio social para comprender los cambios que en ella se operaron. (p.38)

Es por esto que resulta relevante el mencionar esta división urbano- rural, la cual influye de distintas formas en el desarrollo de las familias según su ubicación geográfica, esta división se considera desigual, dado que a los contextos denominados rurales suelen dárseles una serie de particularidades que más allá de ser aspectos geográficos, se señala con características que lo encasillan como el otro lado de lo urbano; con cierto estatismo social, retraso, relaciones sociales basadas en valores y subjetivismo.

Herrera, Troya, Tufiño, y Tulcanaz (2019) explican que esta tendencia de establecer una división es ahistórica, donde se ha posicionado la pobreza y la desesperación como sinónimo de lo rural, la carencia material, los salarios miserables y explotación como su caracterización, esto como una forma más de invisibilizar la desigualdad existente en la sociedad.

Por esto se comprende lo rural como lo no urbano, como espacio social ocupado fundamentalmente por grupos agrarios, en contraste con la ciudad ocupada por grupos sociales relacionados con la industria o servicios, es una perspectiva que se puede decir viene desde las condiciones de un sistema capitalista, donde las desigualdades de la estructura social son transmitidas a una estructura espacial.

Llambí y Pérez (2007) mencionan que, desde la sociología rural se asocia este concepto con tres fenómenos interrelacionados: en primera instancia, una baja densidad demográfica, además del predominio de la agricultura como actividad productiva en estos espacios y, finalmente, unos rasgos culturales determinados asociados a los valores, creencias y conductas, los cuales diferencian estas regiones de las grandes poblaciones de las ciudades.

Esta concepción anterior es el imaginario con el que comúnmente se entiende la ruralidad, clasificando a través de características específicas que no tienen mucho que ver con la zona y condicionando por lo tanto a varias limitaciones.

Como bien lo exponen Fernández, Fernández & Soloaga (2019) dicha comprensión trae consecuencias en cuanto se realiza un enfoque urbano-centrista que castiga las zonas rurales respecto a asignaciones de inversiones, gastos públicos, coberturas y demandas de servicios públicos básicos, salud y educación, en las decisiones de política pública, dificulta el análisis de las transformaciones que sufren las zonas rurales, así como también trae implicaciones en las personas que configuran sus proyectos de vida con base en lo que creen que es posible o no según el lugar donde habitan.

Por lo anterior es posible comprender que la ruralidad hace alusión a un espacio multidimensional, complejo, dinámico, cambiante y contradictorio que se encuentra en un proceso de experimentación y cambios, un espacio geográfico delimitado al cual suelen dársele características específicas que lo diferencian de otros espacios.

Ante esto es que se vuelve necesario hablar de nuevas formas de la ruralidad y no de ruralidad únicamente, puesto que, se han producido cambios fundamentales donde las zonas rurales han evolucionado y van más allá de lo agrícola.

Echeverri (2000) al respecto explica que la economía del territorio rural es una economía multisectorial y diversificada, con dinámicas propias y singulares de mercados de bienes y servicios. La combinación de sectores económicos va más allá de los posibles encadenamientos de lo que hemos de denominar la agricultura ampliada.

Es claro entonces que lo rural no es equivalente a lo agrícola, en el campo rural se ha visto la incorporación de nuevas formas de subsistencia, relacionadas con la manufactura, la prestación de servicios y/o la venta de la fuerza de trabajo en el mercado, existiendo con esto un debilitamiento del sector agrario y fortaleciendo el sector servicios.

Estos cambios en el sector agropecuario responden a políticas de liberalización y de ajuste estructural que fueron aplicadas al medio rural, con el poco apoyo al sector agro y el libre paso a las importaciones y la apertura al mercado internacional y demás establecimiento de pautas que obligaron a nuevas formas organizativas que transformaban profundamente al medio rural.

Por lo anterior es de relevancia contemplar las diferentes interpretaciones que se le dan a este término, utilizar tesis como la nueva ruralidad para analizar las transformaciones que han modificado las zonas rurales, por ejemplo las de su economía, con la diversificación de las actividades de subsistencia, empleos o trabajos no vinculados al sector agrícola como una estrategia de sustento de las familias campesinas y el desarrollo de otras actividades en las tierras que antes se utilizaban para la agricultura.

La nueva ruralidad según lo expone Pérez (2004) dentro de sus muchos aportes supone “la búsqueda de la revalorización de lo rural, rompiendo el mito de que lo rural solo representa lo atrasado y lo no deseable en una visión de progreso y desarrollo” (p. 192).

Es decir, este concepto ofrece una mejor comprensión y una visión interdisciplinaria del mundo rural reconociendo su complejidad y marcando una disolución de la dicotomía urbano-rural y en la búsqueda de interrelaciones y vínculos más complejos que modifique la imagen que lo asocia sólo con lo agrícola establecida en el pasado.

Esto hace posible el comprender la complejidad que acompaña al tema de la ruralidad, su definición, sus transformaciones y por tanto la necesidad de propiciar acercamientos a las dinámicas socioeconómicas que desarrollan las poblaciones ubicadas en territorios específicos, considerando las condiciones particulares de los diversos sectores y regiones en sus realidades.

Este imaginario sobre lo rural se ha mantenido por tantos años que incluso influye en los aspectos culturales, socioeconómicos y políticos de estas zonas geográficas, así como en sus habitantes, ya que dichas características son asumidas e interiorizadas, de modo que en ese otro lado señalado como lo opuesto a lo urbano, se reproducen universos de significado diferentes y por lo tanto de comportamientos distintos, así como infieren las relación que se puedan establecer con instituciones estatales, en el desarrollo mismo de instituciones, redes y estructura de poder, sobre los cuales se fundan los procesos de formación social de los habitantes.

Considerando esto y como se ha expuesto anteriormente en el presente estudio, las Representaciones Sociales surgen a partir de una construcción social, que se incorpora en las personas y orientan sus comportamientos, prácticas sociales y decisiones en la cotidianidad, es decir más allá de lo intelectual, las representaciones sociales tienen un carácter simbólico y emocional que está relacionado con las vivencias del contexto social, por tanto se vuelve

indispensable colocarnos desde la ruralidad de San Vito de Coto Brus, en la cual existen características, condiciones, concepciones e imaginarios construidos en su ruralidad, desde los que se da la organización de las familias, incidiendo por ende en la construcción de las representaciones sociales que estas crean respecto a diversos temas o fenómenos y formas de relacionarse con la realidad.

De esta manera, el estudio desde la teoría de las Representaciones Sociales nos permitirá conocer la realidad de las familias sanviteñas, desde el análisis de microelementos que conforman la sociedad en la que viven, con interacción directa de individuos y estructuras sociales que componen su entorno, para con esto interpretar los elementos que condicionan la percepción y explicación sobre distintos fenómenos.

1.7. Estrategia metodológica

En este apartado se presenta la estrategia metodológica que orienta este trabajo, la cual tiene como finalidad dar respuesta al problema de investigación que se plantea. Para ello, se definen las diferentes partes del proceso, mismas que consisten en los fundamentos ontológicos y epistemológico que establecen las bases sobre las cuales se pretende conocer, entender, indagar e interpretar la relación objeto-sujetos/sujetas, así como el posicionamiento de quienes investigan y su relación con la población participante.

De la misma manera, se presenta el enfoque metodológico de la investigación, la delimitación y particularidades de la población participante seleccionada, las técnicas a emplear para la recolección de información y las fases que presentará el trabajo propuesto.

1.7.1. Premisas ontológicas

En primera instancia, es importante establecer que lo ontológico permite reflexionar sobre los modos esenciales de existencia de las cosas, en otras palabras, permite la comprensión del ser o un acercamiento a ello (Posada, 2014). Por tanto, implica la comprensión del sujeto y sujeta dentro de un momento y espacio determinado. Así mismo, se conciben los hechos como objeto de estudio de las ciencias sociales, los cuales también deben revelar un modo de existencia esencial (Posada, 2014), por lo que, indica una separación y diferenciación entre el objeto y sujetas/sujetos.

Entonces se tiene que, y para efectos de este trabajo, se comprende a los y las sujetas dentro de una realidad contradictoria, desigual y con deficiencias en muchos ámbitos, en su gran mayoría, consecuencia del sistema capitalista y su dinámica, que predomina en las sociedades latinoamericanas y de las cuales la costarricense no es la excepción. Esto refleja su complejidad y a su vez la necesidad de delimitar dicha realidad dentro de un espacio y tiempo determinado, de ahí que se tome lo comunitario como una manera de particularizar lo rural y con ello comprenderlo como parte de una estructura sin la pretensión de generalizar.

Además, se concibe a las y los sujetos no como seres aislados o meros receptores de información o influencia externa, sino como protagonistas de la construcción histórica de esa realidad, ya que producen y reproducen las dinámicas que se desarrollan desde la familia, la interacción con los y las demás integrantes de las comunidades y el contexto particular de los espacios considerados rurales.

Respecto a lo anterior, Barrenechea (2016) citando a Martínez (1982) y Íñiguez (1995) menciona que el sujeto, el agente social individual, existe en tanto se socializa en y con las y los demás, entendiendo la socialización como un proceso de humanización inacabada e inacabable. Esto refiere a la dialéctica entre lo individual y lo social, lo cual se encuentra en constante evolución, por tanto, con una dinámica cambiante.

Esta relación influyente entre lo individual y lo social permite que la y el sujeto se identifique con los procesos, dinámicas, personas, la cultura, etc., que se establecen en sociedad, por otra parte, también logra diferenciarse de estos. Entonces se entiende que, la y el sujeto no son agentes pasivos que únicamente se integran a la sociedad y sus distintas realidades, sino que participan de manera dinámica en ellas, aportando a las dinámicas ya establecidas o generando cambios en estas.

Teniendo en consideración lo anterior, se puede establecer que los fenómenos sociales son entendidos e interpretados mediante símbolos atribuidos de significados y significantes (Barrenechea, 2016), lo cual influye en el accionar de las y los individuos frente a ellos. Así mismo, independientemente del imaginario colectivo que se tenga sobre un fenómeno determinado, para cada sujeto y sus procesos será una experiencia o interpretación que puede variar en el plano individual. La importancia de esto radica en concebir a las y los sujetos como seres cambiantes constantes que se desarrollan en el medio, pero que también influyen y aportan al mismo.

Los procesos históricos y las diferentes realidades están en constante cambio, de ahí la necesidad de comprender el espacio y tiempo determinado donde viven y se desenvuelven las personas, analizando las particularidades del contexto. Esto para evitar generalizar los resultados de la investigación, en la cual interesa acercarse al ser y comprender sus dinámicas, tomando en cuenta sus distintas realidades y su interacción con ellas.

En concordancia con esto, es que se concibe a las familias del Distrito de San Vito de Coto Brus, como sujetas y sujetos dentro de un contexto rural, en las cuales se dan condiciones económicas, políticas y sociales diferenciadas, casi siempre asociadas a limitaciones materiales, de acceso a servicios básicos como a la educación, salud, vías de comunicación, agua potable, etc., así como con formas de vidas particulares como parte de una cultura determinada. Lo anterior, va a generar una o diferentes formas de percibir un fenómeno social como el suicidio, al cual, de manera individual y colectiva, van a dotar de un

significado específico y, en conformidad con este, darán respuesta o se manifestarán de una u otra manera.

Es por ello, que se presentan las representaciones sociales como una categoría que brinda herramientas para la comprensión del ser social, el cual se encuentra dentro de un espacio y tiempo determinado y en un contexto particular de interacción real, que determina en gran medida, los hechos que allí se dan y que forman el objeto de estudio de esta investigación.

1.7.2. Premisas Epistemológicas

En primera instancia, se tiene en consideración que las sociedades y las personas que la conforman se encuentran dentro e influenciadas por estructuras económicas, políticas, sociales e incluso culturales, tales como; el sistema capitalista, el neoliberalismo, el Estado, las políticas públicas y sociales, la religión, el sistema educativo, etc., lo que determina en gran medida el contexto y en cómo se desenvuelven las y los sujetos, a través de la interacción social real y con el medio. Dado esto es que interesa estudiar las representaciones sociales sobre el suicidio de un grupo de familias dentro de un contexto comunitario considerado rural, por lo que se particulariza y delimita el objeto de estudio.

Tomando en cuenta lo establecido anteriormente, se entiende al objeto y sujeto dentro de un espacio y tiempo determinado para un mayor acercamiento a las representaciones sociales del suicidio, lo cual implica que conocer la percepción y accionar que tienen las familias es fundamental, por ello resulta pertinente partir del interaccionismo simbólico como fundamento central de este trabajo.

De esta forma, se entiende el interaccionismo simbólico como una manera de conocer e interpretar las distintas realidades, para este caso particular, parte de la base de la interacción de las y los sujetos con su entorno, y cómo mediante esto, dotan de ciertos significados y simbolismo a acciones y fenómenos que se presentan. Respecto a esto, Pons (2010) citando a Blumer (1937), señala que:

(...) Si la conducta de las personas se halla vinculada al significado que tengan las cosas, lo que signifiquen las cosas para el sujeto va a depender de su interacción social con otros actores de su entorno y, en definitiva, de los significados aprendidos en su experiencia social interactiva. (p.24)

Esta premisa que plantea el interaccionismo simbólico expone que, existe una relación entre el significado que se le da a una cosa, cuestión o fenómeno y las acciones que llevan a cabo las personas. Además, señala que se genera un proceso de socialización en el cual las y los sujetos transmiten y adoptan significados mediante la interacción, que va desde la familia como agente de socialización primario, pasando por los y las integrantes de una determinada comunidad, hasta el mismo medio o contexto en el que se desenvuelven y al que influyen y, a su vez, se ven interpelados e interpeladas.

En referencia a lo anterior, se denota una relación estrecha entre el interaccionismo simbólico y las representaciones sociales, ya que, se plantea la posibilidad de comprender cómo el contexto y las personas en este, generan significados los cuales se asumen como tal, para después manifestarse en forma de respuestas o acciones respecto a una cosa, situación o fenómeno.

En el caso de la investigación que se propone, interesa conocer cómo se dota, de uno o varios significados, a un fenómeno como el suicidio, además de las respuestas o acciones que las familias, en contextos comunitarios considerados rurales, llevan a cabo respecto a estos. Para esto, es necesario tomar en consideración que las y los sujetos no son un receptor pasivo de significados, sino que también los crea constantemente, dotando a la sociedad de estos y viceversa, de ahí nace la necesidad de comprender a las poblaciones desde sus entornos.

Así mismo, uno de los postulados que propone este enfoque epistemológico según Pons (2010), es que “los seres humanos deciden lo que hacer y lo que no a partir de los símbolos que han aprendido en interacción con otros y de sus creencias sobre la importancia de estos significados” (p.27). Respecto a esto, refiere que cuando las personas actúan de una u otra manera considerando el simbolismo socialmente construido y los significados que se le atribuyen, dejan de ser un fenómeno únicamente individual y toman una dimensión social, como es el caso del suicidio.

Por otro lado, el interaccionismo simbólico plantea que la sociedad precede a las y los individuos, por tanto, “no es una serie de scripts o reglas que se memorizan, sino un contexto dinámico en el que ocurre el aprendizaje, y en el cual ese aprendizaje podrá responder de muchas maneras ante lo que se encuentra” (Pons, 2010, p.29). Ese contexto dinámico y los procesos de aprendizaje que allí ocurren, muestran que son cambiantes y, por tanto, las

acciones o respuestas de las personas también lo serán, de ahí la necesidad de estudiar a las sujetas y sujetas dentro de un tiempo y espacio determinado.

Además, ese aprendizaje mediado por una serie de significados y significantes, estarán influidos por el medio y contexto más inmediato en el que interactúan las personas. Por tanto, será primordial estudiar y analizar los diferentes factores como: los medios de comunicación presentes y los más influyentes, nivel educativo la población, el tipo información y medios de acceso a ella, la influencia del Estado y sus diferentes instituciones, la situación socioeconómica, los actores políticos, las costumbres, sistema de creencias, la cultura, etc.

La interacción y relación de las y los individuos con estos factores, tendrá como resultado una cadena de significantes e imaginario colectivo sobre un fenómeno en particular. Comprender la complejidad y elementos de estos procesos permite explicar cómo afecta, perciben y accionan las personas frente a un fenómeno social como el suicidio, además de brindar premisas sobre por qué se da y persiste dentro de un contexto y espacio determinado.

Finalmente, se tiene que el interaccionismo simbólico “busca significados en la interacción de los individuos y los grupos, en los símbolos utilizados y en cómo los cambios de símbolos cambian el comportamiento de las personas” (Pons, 2010, p.30). Esto se relaciona en gran medida, con la necesidad de conocer cuáles son los principales elementos presentes en la construcción de las representaciones sociales sobre el suicidio desarrollados por las familias y sus respuestas ante un evento de autoeliminación desde un contexto comunitario considerado rural, cuestionamiento el cual, se propone responder en la presente investigación.

1.7.3. Enfoque metodológico

Con base en el problema de investigación, el enfoque metodológico acorde a la profundización del análisis que se busca construir es el cualitativo, ya que permite obtener una mayor comprensión de las interrelaciones que se dan en la realidad de las y los sujetos participantes, conociendo de esta manera la subjetividad como un objeto complejo que varía frente al contexto en el que se encuentren los diferentes actores implicados (González, 2002).

González (2002) indica que el enfoque cualitativo tiene tres principios con importantes consecuencias metodológicas y éticas, el primero refiere a que el conocimiento

es una producción constructiva e interpretativa, donde la investigación da sentido a las expresiones del sujeto participante, siendo este un proceso complejo donde son reconstruidos los diversos indicadores obtenidos durante el estudio, presentándose de forma explicativa, dándole a su vez significación y sentido.

El segundo indica que la producción de conocimiento en las ciencias sociales es interactiva, siendo necesaria para el estudio la relación entre la persona investigadora y la investigada. Esto da lugar a la producción de diálogos que a su vez dan paso a un proceso de reflexión que añade información de gran significado para la investigación (González, 2002). Cabe agregar que este proceso interactivo permite capturar elementos de importancia por medio de la observación e incluso adquirir información que no había sido contemplada originalmente por las personas investigadoras.

Finalmente, los significados de la singularidad tienen un nivel legítimo en la producción de conocimiento (González, 2002). Lo que indica que la información obtenida por medio de un solo sujeto participante puede tener gran representación para la investigación, de manera que el conocimiento no se legitima según la cantidad de personas participantes. La expresión individual contiene una gran riqueza para el análisis ya que lo que legitima el conocimiento es la cualidad de lo enunciado.

Ampliando sobre esto, Salinas (2008) indica que la investigación cualitativa tiene por objetivo la comprensión de las complejas interrelaciones que se dan en la realidad, viéndose ésta última como una naturaleza subjetiva y múltiple. De manera que, este proceso investigativo tiene interés por profundizar en la vivencia de los sujetos o grupos sociales considerando la realidad como dinámica, global y construida en un proceso de interacción constante con ella misma. El interés no se ubica hacia las propiedades de los individuos aislados sino en el sistema de relaciones que comparten.

Estas atribuciones son acordes a este estudio al considerar que la realidad de los sujetos participantes se encuentra atravesada por aspectos económicos, políticos, ideológicos, culturales; por lo que se da importancia a las interacciones que tienen los sujetos en su entorno, brindando atención a sus vivencias y su relación con las representaciones sociales del suicidio.

Cabe retomar que el objeto de estudio contempla no sólo un contexto estructural, sino que pone especial atención a las interacciones del sujeto con su entorno más inmediato, como su comunidad y las interacciones que se desarrollan dentro de la dinámica familiar que se considera, tiene una repercusión directa en los individuos. Al ser necesario el análisis de una realidad dialéctica, donde se involucran aspectos desde una sociedad hasta un grupo familiar, el enfoque cualitativo es el más apropiado para realizarlo.

La autora continúa destacando la importancia que tiene el estudio de los aspectos subjetivos de la conducta humana sobre las características objetivas, buscando esclarecer las experiencias humanas. Según Salinas (2008), la investigación cualitativa parte del supuesto de que el mundo social está construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción. Lo que permite el proceso investigativo del objeto de estudio, considerando aquellos elementos que están presentes en el desarrollo de los significados de un fenómeno como el suicidio, dando especial importancia a la realidad compleja y dinámica de los sujetos.

Ya que el trabajo cualitativo consiste en hacer descripciones densas y establecer los significados que determinados actos sociales tienen para los sujetos, es necesaria una recogida de datos y observaciones que permitan una descripción exhaustiva de las realidades particulares en relación con el objeto de investigación. Es por ello que las técnicas que caracterizan este enfoque deben permitir un diálogo entre el observador y lo observado a lo largo del proceso, acompañado de una reflexión analítica constante, lo que incluye otra característica de la investigación cualitativa que corresponde a estudiar los fenómenos sociales en el propio entorno en el que ocurren (Salinas, 2008).

Esto puede ser posible mediante la utilización de herramientas de exploración como la observación y la entrevista abierta las cuales serán explicadas de manera más amplia en breve), que, en palabras de la autora, permitirían describir y comprender los medios por los que los sujetos tienen acciones significativas, así como la construcción de su mundo propio y de los demás.

Todos estos elementos permitirían conducir a un análisis cualitativo que, en palabras de Cortazzo y Schettini (2015), implica “descubrir lo profundo de lo no dicho, de lo expresado, de lo gestual, es encontrar sentido a los materiales provenientes de las más

diversas fuentes (...)” (p. 14) lo que posteriormente va articulándose en busca de comprensión e interpretación y permitir finalmente la producción de conocimiento.

1.7.4. Población participante

Dado que el interés de la presente investigación es el estudio de las Representaciones Sociales construidas por un grupo de familias de comunidades rurales del distrito de San Vito sobre el suicidio, se vuelve necesaria la participación de familias y algunos actores claves de la zona.

De modo que se decidió trabajar en tres comunidades rurales pertenecientes a dicho cantón, con un total de seis familias distribuidas de forma equitativa, oriundas de la zona. El número total de participantes variará según la cantidad de miembros con los que cuenten las familias que colaborarán en el estudio.

Además, el equipo investigador incluyó, en calidad de informantes de criterio profesional, al personal de instituciones públicas u organizaciones no gubernamentales que intervengan en la atención del suicidio en la zona de San Vito, tomando en cuenta cuatro profesionales de las áreas de Psicología, Trabajo Social, Psiquiatría.

1.7.5. Criterios de selección

Los criterios de selección que se tomaron para definir la población participante parten de que los sujetos participantes pertenecieran al distrito de San Vito y residieran en comunidades que cuenten con las características de ruralidad descritas en el presente estudio; esto dado que el interés se centra en conocer la conformación de las representaciones sociales específicamente de familias de San Vito de Coto Brus, donde influyen los elementos socioeconómicos, políticos y culturales de un grupo en particular, por lo que se requiere que las personas participantes hayan creado dichas representaciones en una comunidad rural de San Vito, puesto que si no son oriundos o tiene poco tiempo de residir en la zona esto podría diferir sobre el significado que tengan sobre el fenómeno de suicidio respecto a sanviteños nativos .

Asimismo, es indispensable la disponibilidad y anuencia a participar en la investigación, este criterio se cumplió preguntándole a las y los sujetos sobre si deseaban

colaborar en el presente estudio, y así se procedía a la aplicación de las técnicas respectivas para recolectar la información.

Es importante subrayar que, para efectos de este estudio, se delimitó como criterio de exclusión la no participación de sujetos que hayan experimentado en su grupo familiar algún intento de autoeliminación o su consumación, con la finalidad de evitar episodios de crisis y resguardar su integridad psicosocial, dado la sensibilidad del tema en cuestión.

Con el fin de solventar la investigación en cuanto a las representaciones sobre el suicidio de familias que sí han experimentado un evento de autoeliminación, se tuvo un acercamiento con profesionales de instituciones de salud de la zona, los cuales realizan labores relacionadas a la prevención, atención e intervención de ideación o intento suicida, cuenten con experiencia en dicha labor y tuvieran la anuencia y disponibilidad de participar en el proceso investigativo.

Otro de los criterios que se tenía en cuenta, era que en caso de encontramos con un grupo familiar donde hubiesen miembros menores de edad, estos serían considerados para ser sujetos participantes a partir de los 15 años, contemplado para ello el asentimiento informado y la no realización de preguntas que resulten invasivas, a fin de evitar situaciones que representen incomodidad para las personas entrevistadas, así mismo se veló para que los temas de dicha entrevista se adecuen al nivel interpretativo de los sujetos, según el desarrollo cognitivo establecido para la etapa adolescente. Sin embargo, al momento de realizar el trabajo de campo, no tuvimos la presencia de ningún menor de edad.

Finalmente, el criterio por el que se eligió el Cantón de Coto Brus, específicamente el distrito de San Vito correspondió a que, como se menciona en el el capítulo del marco teórico, las zonas rurales padecen una exclusión y desigualdad por su ubicación geográfica, una de estas circunstancias es el hecho de que no surja un interés por investigar las condiciones y necesidades en las que se encuentran estos lugares y sus habitantes, tal y como sucedió con San Vito en cuanto se indagó sobre algún estudio o investigación de la zona se identificó una carencia de los mismos.

1.7.6. Viabilidad

En cuanto a la viabilidad del acceso al lugar geográfico elegido, esta se sustentó en que una de las investigadoras reside en el sitio, por tanto, se cuenta con un conocimiento previo del distrito, lo que facilitó el insertarse en dicha zona debido a la fácil ubicación de las comunidades en espacios rurales, así como otras necesidades materiales que implica el elaborar dicha investigación en una zona alejada del centro de estudio universitario, como es el caso de recursos económicos, hospedaje, desplazamiento y otros.

Cabe aclarar que, para evitar algún tipo de sesgo al momento de recolectar la información, se descartaron aquellas familias cuyos miembros hayan tenido o mantuvieran cualquier tipo de vínculo con la investigadora perteneciente a la zona, de manera que la selección de las comunidades se limitó al mero conocimiento de su ubicación geográfica.

Por otra parte, en cuanto a la viabilidad en el ámbito académico cabe mencionar, que se encontró una carencia en la producción de conocimiento desde la profesión sobre la atención a familias de entornos considerados rurales como sujetos ante un fenómeno social como el suicidio, que permita comprender la incidencia de los procesos de socialización que influyen en las respuestas dadas ante eventos suicidas. Por tanto, esta investigación pretende brindar un aporte teórico-metodológico donde se pueda visibilizar el fenómeno desde una perspectiva del Trabajo social, que vaya más allá de la psicologización e individualización del suicidio.

1.7.7. Técnicas

Para el desarrollo de recolección de información de la presente investigación y en concordancia con el enfoque elegido, se utilizarán las siguientes técnicas afin de obtener datos y recuperar las experiencias pertinentes para el estudio.

1.7.7.1. Entrevista Grupal:

La entrevista grupal también conocida como grupo focal es una técnica de investigación cualitativa, que consiste en una entrevista dirigida por un moderador a través de un guión de preguntas buscando interacción entre los participantes como método para generar información en profundidad sobre lo que las personas opinan y hacen, y el por qué y cómo de ello.

Según lo expone Hamui & Varela (2013) este tipo de entrevista es la indicada para examinar cómo se desarrollan y operan las ideas en un determinado contexto cultura, la técnica es de gran utilidad en cuanto se requiere explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, ya que permite examinar y/o acercarse a lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera.

El trabajar en grupo facilitó la discusión y activa a los participantes a comentar y opinar esto resulta adecuado para el presente estudio dado que al estar en grupo esto aportó a que las personas estuvieran más dispuestas y tuvieran mayor confianza al opinar sobre ser un tema considerado como tabú y en un contexto en particular, lo que permitió generar mayores testimonios e información para realizar el análisis deseado.

Tomando en consideración lo anterior fue que se notó la pertinencia de dicha técnica con la presente investigación, ya que, al tratarse del análisis de las representaciones sociales, se buscaba el recopilar los significados, experiencias y demás elementos que permitieran analizar las representaciones que se han construido alrededor del fenómeno en estudio.

1.7.7.2. Observación no participante

Se consideró pertinente acompañar las entrevistas con la técnica de la observación a fin de identificar dinámicas entre las familias a través de las intervenciones y relatos de los miembros a nivel grupal e individual. La observación entendida partir de lo que mencionan Campos y Lule (2012) como “un procedimiento que ayuda a la recolección de datos e información y que consiste en utilizar los sentidos y la lógica para tener un análisis más detallado en cuanto a los hechos y las realidades que conforman el objeto de estudio” (p.52). En este sentido la técnica implica una atención y análisis a lenguaje no verbal que puedan expresar los participantes, de manera que se pueda ir un poco más allá de lo expresado verbalmente, conociendo información que en las entrevistas los participantes quizás no mencionaron.

Esto posibilitó realizar un análisis de la información que no es expresada verbalmente por las y los sujetos durante las entrevistas, si no que se exterioriza desde gestos, la expresión facial, los movimientos y posiciones del cuerpo, el acento, tono de voz y de más, lo cual aporta a las palabras y desde otra perspectiva ratifica y suma información de la experiencia vivida. En concordancia con lo mencionado por Campos y Lule (2012) se comprende que el

proceso de observación requiere de tener claro los objetivos de esta, focalizando la atención a los sujetos participantes, para poder realizar un análisis de la información desde la perspectiva del estudio.

Además, al ser una investigación que se enfocó en un contexto geográfico particular, la observación de este contexto específico también nos brindó información de utilidad para comprender el porqué de las respuestas o testimonios dados, de donde vienen los significados y experiencias que expongan los sujetos, para identificar y conocer su mundo, su vida natural y las acciones cotidianas, arrojando datos que responden a una de las interrogantes de la presente.

1.7.7.3. Entrevista semiestructurada

Según Morga (2012) la entrevista semiestructurada consiste en llevar un guión de preguntas básicas, con el fin de guiar el diálogo y con la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas que sean de mayor interés, o bien omitir algunos temas de acuerdo con su criterio.

Este tipo de entrevista se consideró adecuada, porque permite acercarnos a los profesionales encargados de la atención del suicidio en el cantón de Coto Brus, para obtener la descripción sobre la forma en que se interviene en dicho fenómeno, en un contexto comunitario rural como San Vito, así mismo su percepción profesional sobre la forma en que la población entiende este, lo cual es de gran interés para la presente investigación. Esta técnica nos permitió llevar un hilo conductor y profundizar más sobre los temas que son necesarios y menos en otros posibles temas, que no se tratarán en este estudio.

También resultó útil para evitar saturarse de información, de manera que se recupere lo más pertinente para analizar la problemática planteada, además, la flexibilidad con la que esta técnica cuenta da la oportunidad de ajustarse a las personas entrevistadas e irse modificando de acuerdo con el desarrollo y forma que tome la entrevista.

1.7.8. Fases de la investigación

Para la realización de este estudio se hizo uso de distintas fases que guían el proceso. Es importante señalar que las mismas no son pasos rígidos de los cuales no se pueda salir,

sino que estas se presentan para tener una orientación del desarrollo que llevará la investigación.

Dichas fases se tomarán de lo propuesto por García, Gil y Rodríguez (1996) quienes establecen las siguientes:

1.7.8.1. Fase preparatoria

Esta fase se conformó en dos etapas la de reflexión y la de diseño, en la primera de ellas se tomó como base los conocimientos la formación y experiencia que tienen él y las investigadoras, estableciendo los aspectos desde donde se orienta el estudio, y en la última se materializa estas características en la preparación y planificación del anteproyecto de la investigación. García, Gil y Rodríguez (1996) en este momento es donde se define el objeto que se desea estudiar, se define desde donde se comprenderá el fenómeno social, se realiza la búsqueda de toda la información posible sobre este, se establecen las motivaciones de realizar dicho estudio y luego se presenta el proceso de creación del diseño que se va construyendo, eligiendo categorías, paradigmas, métodos técnicos que se consideren más viable para abordar el desarrollo de la investigación.

En este caso se partió de la afinidad y experiencias de el y las investigadoras por la temática del suicidio en un contexto rural, así mismo en cuanto la población elegida se percibe esta como poco estudiada y con gran participación e importancia con relación al fenómeno. En cuanto a la etapa de diseño inició con la revisión bibliográfica respecto a que tan investigado ha sido el tema, para establecer lo novedoso de la investigación, que teorías y qué paradigmas podrían fundamentar y posibilitar el estudio, etc., desde todo esto se va desarrollado el anteproyecto por el rumbo que se consideró con mayor viabilidad.

1.7.8.2. Fase de trabajo de campo

En esta fase es cuando el grupo investigador ingresó al campo en busca de las familias, con el fin de recolectar la información fundamental para el estudio o iniciar una primera toma de contacto que le permita acceso favorable con la población (García, Gil y Rodríguez 1996)). Es donde se pusieron en práctica las técnicas seleccionadas que permitirán el proceso de recolección de datos, donde se identificó la población y se seleccionó los sujetos.

Para este estudio este punto implicó el desplazamiento al distrito de San Vito. En primera instancia se pretendía realizar dicho trabajo en dos partes, una para proceder con una aproximación a las comunidades por medio de acercamiento informal y así definir cuáles familias serían las participantes del estudio para programar un segundo acercamiento, y proceder a aplicar las técnicas elegidas para la recolección de información.

Sin embargo, al momento de acceder al campo y acercarnos las familias estas accedieron a realizar las entrevistas inmediatamente, lo cual hizo que el trabajo de campo fuera hecho un solo momento que incluía el primer acercamiento y la aplicación de las técnicas en un mismo día.

Esto sucedió en las tres comunidades visitadas conocidas como La Isla, La Pintada y San Vito centro, por lo que el trabajo de campo se realizó en dos partes: en una semana las entrevistas personales y otra semana las entrevistas virtuales que respondieron a los profesionales.

Las entrevistas se hicieron en una sola sesión de forma grupal y corrida, indicando a las y los participantes que, en caso de necesitar realizar alguna otra labor o descanso, se podía realizar una pausa, dado que la entrevista grupal era bastante extensa.

En una la primera parte se les explicaba sobre qué consistía la entrevista y se leía el consentimiento informado, para posteriormente seguir con el guion de preguntas abiertas, el cual estaba dividido en apartados: político institucional, social, económico, cultural y representaciones sociales, para conocer la perspectiva de cada participante sobre el contexto comunitario, la salud mental y el suicidio.

Este proceso se dio por finalizado tras haber cumplido con los criterios para la recolección de información establecidos, dicha información fue captada por medio de entrevistas grupales, entrevistas semiestructuradas y la observación, en este proceso se contabilizaron 8 horas de grabación en un total de 6 encuentros con las familias participantes y 2 profesionales, además de anotaciones en los cuadernos de campo.

En cuanto al acercamiento con los profesionales de las instituciones de salud, fue un contacto de manera directa que se dio en dos partes, primeramente, el y las investigadoras se presentaron y expusieron la temática explicando en que iba a consistir la entrevista y cuál iba

a ser su participación, una vez estando de acuerdo en participar dos de las profesionales agendaron una fecha y hora para en una sesión virtual efectuar la entrevista semiestructurada, otro de ellos decidió realizar la entrevista inmediatamente y un cuarto decidió responder como si fuese un cuestionario auto suministrado.

Limitaciones

Dentro de las limitaciones encontradas en la realización del trabajo de campo se encuentra el hecho de que debido al horario de buses tanto para acceder a las comunidades, como para salir o regresar a la casa donde nos hospedamos, eran distanciados o incluso no existía el servicio, se tuvo que llegar a tempranas horas a las comunidades seleccionadas, situación que provocaba que en las casas de habitación no se encontraran los grupos familiares completos debido a que varios miembros se encontraban trabajando y que en su mayoría las personas fueran mujeres.

Otra de las limitantes fue referente a la extensión de las entrevistas, ya que, al momento en que las personas consultaban sobre cuánto duraría la entrevista y estas al ser entrevistas extensas el tiempo mínimo estimado era de 50 minutos, las personas no aceptaron ser entrevistados alegando que era mucho tiempo.

Además en cuanto a las entrevistas de los profesionales, uno de estos en específico el Psiquiatra, no permitió ser grabado y con una de las trabajadoras Sociales surgió un inconveniente con la grabación por ser vía telefónica, por lo anterior se dificultó la recolección de información de estos dos informantes claves, puesto que en las anotaciones en el cuaderno de campo no se logra recopilar toda la información expresada por los entrevistados como se lograría con una grabación. En relación a esto es necesario aclarar que en el análisis de resultados, en cuanto a los relatos de los sujetos que nos se consiguió la grabación estos se incluyeron en forma de parafraseo.

Hallazgos

En relación con los hallazgos se identifica primeramente que existe una carencia en cuanto a estudios del suicidio en zonas rurales, que se den desde una perspectiva que considere los elementos sociales, culturales y económicos, donde se construyen las

representaciones sociales y que sirvan como explicativos sobre la forma en que se aborda el fenómeno.

Que falta información sobre la salud mental en las comunidades rurales de San Vito, esto dado a que, en los resultados obtenidos del trabajo de campo, las familias entrevistadas mencionaron no tener claridad sobre lo que se refería el término de salud mental.

Así mismo se identificó que existe una ola de depresión en la población. En la realización de las entrevistas se encontró con sujetos que manifestaron haber padecido o padecer depresión.

Se descubre que existe gran similitud en cuanto a la información que se maneja sobre el suicidio y la salud mental en las tres comunidades sin importar si unas están más cerca o más lejos del centro de San Vito.

Fase analítica

Este es el momento en el que por medio de la triangulación de información obtenida se procedió a agrupar los contenidos e iniciar el análisis de todos los datos recolectados, esto implica la revisión, interpretación y comprensión de la información recopilada para proceder a sistematizar, organizar y dar a conocer los resultados de la investigación.

De acuerdo con García, Gil y Rodríguez (1996), esta etapa es considerada como un proceso realizado como un tratamiento de la información en donde establecen tareas como; la reducción de datos, disposición y transformación de datos, obtención de resultados y verificación de conclusiones.

Para esto se desarrolló el análisis de información a través de triangulación, esto a fin de lograr una vinculación entre los datos obtenidos en el campo, la posición que toma él y las investigadoras para percibir el fenómeno en estudio y la teoría recopilada.

Desde lo manifestado por Danilo (2009) La fortaleza de esta técnica se encuentra, en que no deja la interpretación en una sola vía análisis, sino que capta las diversidades aun de los fenómenos más complejos. “Muestra la consistencia y lógica que se desprende de cada uno de los pasos y de cada uno de los sectores de donde provienen los datos, las conjeturas y

los resultados” (p.3). Por lo tanto, se permite establecer coincidencias y discrepancias entre los distintos puntos de vista del mismo fenómeno presentes en la investigación.

Esta fase se podría decir que se realizó desde el inicio de la investigación, ya que durante todo el proceso se estuvo actualizando, cambiando y eliminando información frecuentemente, esto para ir aterrizando de manera más específica al objeto de estudio, estableciendo relaciones y particularidades entre los datos obtenidos.

Cuando se entró de lleno en este momento, es luego de que se había realizado el trabajo de campo y realizado las transcripciones de las grabaciones, de las anotaciones en los cuadernos de campo y las observaciones.

Dicha triangulación de datos inicia en un resumen con subapartados que contenían los relatos, los aportes de la teoría y el análisis de las investigadoras para así reconstruir las relaciones y particularidades de cada experiencia, significado proporcionados por las familias, esto a fin de obtener un panorama completo sobre la hipótesis y objetivo que guía esta investigación, revelando los resultados obtenidos que muestran la pertinencia o no del presente estudio. Para confrontar con la teoría y el contexto y poder así construir nuestras propias conclusiones y recomendaciones.

Fase informativa

Es el proceso donde la investigación culmina, con la presentación y difusión de resultados, donde se llega a alcanzar una mayor comprensión del fenómeno de estudio y se comparte dicha información con los actores involucrados y las demás personas interesadas (García, Gil y Rodríguez 1996)).

En el presente estudio esta fase se llevó a cabo por medio de un informe que resume los elementos más significativos de la investigación, como objetivos, alcance de estos, hallazgos, resultados y conclusiones, etc.

Para el caso de la presentación a la población participante, se realizará un resumen sobre los principales resultados encontrados, así como un video expositivo que se hará llegar a las personas interesadas.

Así mismo en este momento es donde se realiza la devolución de los logros obtenidos con la investigación, a la institución académica, esto a través de la defensa pública del Trabajo Final de Graduación, ante el tribunal examinador, donde se expondrán los principales resultados obtenidos y el aporte del estudio a la sociedad.

1.7.9. Operacionalización de categorías

| Categoría. | Subcategoría. | Técnica | Población |
|---|--|---|---|
| Representaciones sociales sobre suicidio | <p><u>Significados</u> Sobre esta subcategoría interesa analizar: *Conocer qué entienden por salud mental *Comprender las diferentes concepciones de suicidio. *Identificar los elementos, sociales, culturales, políticos, económicos que influye en la creación de esos significados sobre esos conceptos</p> <p><u>Interacción</u> Sobre esta subcategoría interesa analizar: *Conocer la socialización del fenómeno del suicidio *Identificar los principales espacios de interacción social. *Determinar los elementos de interacción que más influyen en la construcción de representaciones sociales.</p> <p><u>Acciones</u> Sobre esta subcategoría interesa analizar: *Conocer las reacciones más frecuentes de las comunidades en casos de autoeliminación. *Indagar sobre los espacios, personas, medios, etc., a los que acudirían las familias en estos casos. *Identificar acciones que las familias realizarían o no ante estos eventos. *Comprender la influencia de la interacción y significados sobre las</p> | <p><u>Recolección de información:</u> *Entrevista a profundidad. *Observación no participante. *Entrevista semiestructurada</p> | <p>*Miembros de familias de comunidades rurales de San Vito. *Personal de salud de la zona que haya atendido eventos de autoeliminación</p> |

| | | | |
|-----------------|---|---|---|
| | acciones de las familias en torno al fenómeno en estudio. | | |
| Contexto | <ul style="list-style-type: none"> *Conocer las condiciones culturales que inciden en los grupos familiares del contexto comunitario rural de San Vito. *Exponer las condiciones socioeconómicas del grupo de familias de San Vito de Coto Brus. *Indagar sobre los actores políticos más influyentes de San Vito de Coto Brus. *Comprender cómo se posiciona la familia como sujeto ante el suicidio. *Analizar cómo la familia incide en la percepción del suicidio en sus miembros. *Indagar el grado de accesibilidad de los servicios de salud *Conocer cómo se atienden los casos de autoeliminación desde las instituciones de salud pública. *Indagar sobre estrategias de prevención del suicidio presenten en el catón. | <p><u>Recolección de información:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> *Entrevista a profundidad. *Observación no participante. *Entrevista semiestructurada | <ul style="list-style-type: none"> *Miembros de familias de comunidades rurales de San Vito. * Personal de salud de la zona que haya atendido eventos de autoeliminación. |

Fuente: Elaboración propia, (2022).

2. CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL DE LA SALUD MENTAL Y EL SUICIDIO: EVOLUCIÓN CONCEPTUAL, CONTRADICCIONES, MARCO INSITUCIONAL E INICIATIVAS DE ABORDAJE

2.1. Transformación del concepto de salud mental a nivel internacional

La atención de la salud mental ha tenido variaciones en el tiempo, procesos de cambio lentos y cargados de contradicciones en una relación directa con el contexto. Los avances teóricos y médicos han tenido influencia en estas transformaciones, pero también eventos sociales, políticos y económicos que inciden en las necesidades e intereses de aquellas instituciones que dirigen desde la forma de comprender la salud mental hasta las acciones que se llevan a cabo para que sea garantizada a la población.

Es necesario ahondar en la forma en que ha evolucionado la atención de la salud mental a nivel internacional para conocer cómo se ha desarrollado su concepto hasta ahora, así como también la forma en que diferentes entidades institucionales toman acciones ante ella. Esto permitirá un acercamiento contextual y la reflexión en cómo se traducen estos cambios en las realidades de las poblaciones.

Se ubicará el inicio de este proceso de cambio en el contexto del siglo XIX, donde se atendía la salud mental por medio de los llamados manicomios, siendo la institución reconocida como especialista y encargada de la atención psiquiátrica o medicina mental (OPS, 2020). Durante este periodo aquello que se consideraba como enfermedad mental no era atendido por otras instancias, de manera que la psiquiatría predominaba como disciplina totalizante asumiendo por completo las cuestiones relativas al cuidado en el campo de la salud mental, lo cual representaba varias limitaciones debido a que la atención se daba bajo sus propios conceptos y tratamientos que no generaban soluciones y por el contrario podían provocar deficientes condiciones de salud para los y las pacientes.

Esto debido a que las funciones que se llevaban a cabo no solo eran el tratamiento médico de los pacientes, sino también una labor concerniente al asilo, donde las personas eran aisladas de la comunidad al no tener los medios y la oportunidad para reinsertarse en la sociedad. Desde este modo de atención, más que el interés por las necesidades de las personas afectadas se tenía como fin principal mantener la vigilancia y el control de las y los

internos al ser considerados peligrosos para sí mismos y para terceros, aproximándose a las instituciones carcelarias (Amarante, 2016).

Este modelo asilar de intervención se caracterizaba por generar aislamiento, masificación, además de no proporcionar una adecuada recuperación de las personas usuarias, la ausencia de tratamientos eficaces, falta de recursos, y violar constantemente los Derechos Humanos con condiciones de vida inadecuadas, provocando un deterioro clínico y social (OPS, 2020). Estas acciones se mantuvieron por parte de las instituciones psiquiátricas hasta la mitad del siglo XX, donde varios eventos se presentaron y marcaron el inicio de un proceso de cambio.

Uno de estos hechos importantes que dispusieron el inicio del declive del modelo asilar fue el avance en la psicofarmacología, relacionado a un progresivo fenómeno de desinstitucionalización de la psiquiatría; pues anteriormente, dentro de las herramientas utilizadas en el tratamiento de los pacientes se incluían electroconvulsivoterapia, comas insulínicos, hidroterapia y las medidas de contención física o aislamiento; por lo que el uso de fármacos vino a reemplazarlas brindando nuevas opciones de tratamiento (Álamo, Cuenca & López-Muñoz, 2000).

Como un segundo acontecimiento de carácter político y social que marca el inicio de las reformas a la atención de la salud mental se encuentra la Segunda Guerra Mundial, que puso en evidencia las condiciones en las que vivían las personas internas en hospitales psiquiátricos y la ineficacia terapéutica de esas instituciones (Desviat, 2020).

Según Amarante (2016) ese momento histórico tuvo como resultado una amplia población severamente afectada como consecuencia del evento bélico traumático que incluía ahora a la población anteriormente sana. Los daños psicológicos, sociales y físicos de quienes participaron en la guerra debían ser tratados ya que existía la necesidad de mano de obra para la reconstrucción nacional. El requerimiento de fuerza de trabajo generó una demanda de asistencia no asilar que facilitara la reincorporación y permanencia de las personas en la sociedad, evitando esa estigmatización que caracterizaba al modelo de la época.

Además, debido a las experiencias durante el genocidio que caracterizó la guerra, se reconocieron casos prácticamente idénticos a los ocurridos en los campos de concentración en las instituciones que se encargaban de la salud mental (Amarante, 2016).

Así mismo, producto de este contexto se declara la importancia de los Derechos Humanos con la creación de las Naciones Unidas, por tanto, puesta la mirada en los hospitales psiquiátricos, se buscó una atención más humanizada, respetando la integridad de las personas que se habían visto afectadas en la posguerra y cuestionando el modelo utilizado para aquellas personas que se encontraban internadas (Amarante, 2016).

Llegando a este punto es necesario aclarar que este proceso no se dio de manera inmediata, siendo apenas el inicio de cambios que fueron alcanzando diferentes naciones en el mundo a través de las décadas siguientes, no solo por cuestionamientos en la forma de proceder de las instituciones psiquiátricas o avances científicos y teóricos, sino también por medio de instituciones y organizaciones con incidencia global creadas como resultado de la Segunda Guerra Mundial, y que claramente tuvieron entonces y aún conservan autoridad sobre diferentes regiones en relación al tema de salud mental.

Entre esas instituciones se encuentra la Organización de Naciones Unidas, por medio de la cual surgió la OMS. Esta última surge como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, instalándose como máximo organismo gubernamental mundialmente reconocido en cuanto al tema de salud, contando actualmente con 194 Estados miembros (OMS, 2022).

Siendo de las principales instancias en cuanto a temas de salud, la OMS se conforma para configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política, prestar apoyo técnico a los países miembros y vigilar las tendencias sanitarias mundiales, por lo que regula las políticas públicas de muchos Estados en los temas concernientes a la salud (Sundholm, 2013).

A su vez, trabaja con organizaciones desde un nivel más regional, como es el caso de la Organización Panamericana de la Salud que cumple funciones como organización internacional especializada en salud pública que opera también como oficina regional para las Américas de la OMS (OPS, 2022). Esta oficina regional será especialmente considerada para lograr un mayor acercamiento en el contexto americano, el cual es de mayor interés para esta investigación.

Desde la OPS se establecen las prioridades sanitarias de la región de las Américas, se fomenta la cooperación entre países miembros y trabaja en forma colaborativa con los

Ministerios de Salud y otras agencias de gobierno, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, universidades, organismos de la seguridad social, grupos comunitarios y otros; promoviendo el derecho a la salud y velando porque esta sea incluida en todas las políticas (OPS, 2022). Con base en lo mencionado, se puede comprender que muchos entes de diferentes países son guiados por las recomendaciones de organizaciones como la OMS y la OPS desde un espacio más regional.

Cabe mencionar que la OPS tiene actualmente 35 Estados miembros, entre estos se encuentra Costa Rica como uno de los 11 países que durante la Primera Convención Sanitaria Internacional General de las Repúblicas Americanas en 1902 fundaron la OPS y más adelante adoptó la Constitución de Organización en 1947 y de la OMS desde 1948 (OPS, s.f), por lo cual, muchas acciones a nivel nacional sobre el tema de salud mental han sido orientadas por las investigaciones y propuestas de estas organizaciones en cuanto a temas de salud.

Ahora bien, con relación a la salud mental, la primera formulación de un concepto desde la OMS se da a partir de la segunda reunión del entonces llamado Comité de Expertos en Higiene Mental, usando este último término para hacer referencia al tratamiento psiquiátrico temprano con la finalidad de evitar el estigma. En dicha reunión efectuada en 1950 se consideraba que:

La Salud Mental, tal como la comprende el comité, es influenciada por factores tanto biológicos como sociales. No es una condición estática, sino sujeta a variaciones y fluctuaciones de cierta intensidad; el concepto del comité implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ello de modo constructivo (OMS, 1953, p.2).

Claramente este concepto responde al contexto de posguerra, por lo que se destacaron elementos como la armonía y la abstención de la satisfacción de ciertas tendencias instintivas de conflicto, siendo esta la prioridad en el momento. De cualquier forma, se marca el inicio de un concepto de salud mental desde la institucionalidad internacional con influencia en los Estados miembros de la OMS, colocando como un principio importante fomentarla, incorporando en los programas de salud pública la promoción de la salud mental tanto como la salud física (en contraposición al tratamiento de trastornos psiquiátricos).

De lo mencionado se pueden resaltar algunos puntos importantes, como la formulación de un concepto más complejo e integrado de varios elementos como influyentes en la salud mental, ya no solo desde una visión biomédica o psicopatológica, sino integrando elementos sociales y ambientales, esto sumado a comprender la salud mental no como un estado estático o definitivo, sino que puede variar con relación con el ambiente.

También se resaltan en la definición hecha por el comité las sugerencias del trabajo preventivo, colocando el fomento de la salud mental como una responsabilidad prioritaria de los Estados por medio del fortalecimiento en la formación del personal de salud pública con respecto a este tema. Así, más que atender lo que se reconocía como enfermedad mental una vez aparecía, se buscaba prevenir estas afecciones.

Además, con la colocación de factores tanto biológicos como sociales en una misma línea como influencias de la salud mental, se demuestra los primeros pasos por ampliar la atención de la salud mental desde otras disciplinas, descentralizándola de los hospitales psiquiátricos. Esto junto al desarrollo teórico desde la década de 1960, como menciona Galende (1977), donde se planteó una reformulación en las teorías sobre la enfermedad mental, dando paso a otras disciplinas y comprensiones como la sociología, el psicoanálisis, la antropología, el trabajo social, entre otras.

Por lo tanto, los cuidados de la salud mental fueron ampliándose, incorporando la asistencia en todos sus niveles como la prevención y la promoción, transformándolo en un abordaje interdisciplinar, intersectorial, interprofesional e interinstitucional, no solo en el espacio público sino también el privado, extendiendo la cantidad de profesionales que podían intervenir en los cuidados de la salud mental fuera de la psiquiatría.

Se debe recordar que esta serie de cambios en cuanto a la importancia que se brindaba institucionalmente a la salud incluída la salud mental, se desarrollaron en un momento en que los Estados asumieron su función prioritaria en la atención pública de la salud, donde generaban políticas de protección social que daba cobertura a riesgos tales como enfermedad, vejez, incapacidad, etc. (Galende, 1997).

Esto se vio reflejado en Estados Unidos cuando se propone el cierre de los llamados manicomios y la instalación de servicios de psiquiatría comunitaria por medio de la Ley Kennedy en la década de 1960. En Europa, países como Francia, Inglaterra e Italia, hicieron

reformas psiquiátricas, donde los hospitales son reemplazados por servicios de salud humanizados, también se desarrollaron experiencias de superación en España, Irlanda y el Reino Unido (Malvárez, 2011). En algunos casos, llegaron a cerrarse los hospitales psiquiátricos (OPS, 2020).

Estos eventos generan un impacto significativo que alcanza a América Latina varios años más tarde. Desde la OPS se realizó el Primer Seminario Latinoamericano de Salud Mental en noviembre de 1962 en Ciudad de México. El segundo Seminario tuvo lugar en Buenos Aires, en 1963, seguido por la Conferencia sobre Salud Mental en las Américas (San Antonio, Texas, 1968) y reuniones de Ministros de Salud de las Américas durante la década de 1970. En dichas reuniones los temas más destacados eran de provisión, estructura y calidad de servicios en salud mental, comprobaciones epidemiológicas y clínicas, fuerza de trabajo, enseñanza e investigación, aspectos financieros y operativos y colaboración internacional (Alarcón, 2009).

Países como Cuba en 1969; Argentina, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Colombia, Chile, Ecuador, México, Honduras, Panamá, Perú y Venezuela, empezaron a formular planes nacionales de atención a la salud mental alrededor de 1975 y principios de 1980 (Alarcón, 1986).

Según Desviat (2020), hubo objetivos comunes en estos procesos en diferentes partes del mundo, tales como la transformación o el cierre de hospitales psiquiátricos y la creación de recursos en la comunidad, integrar la atención psiquiátrica en la sanidad en general, modificaciones legislativas con vías a contemplar los derechos de las y los pacientes, y finalmente promover los cambios en la representación social sobre la enfermedad mental que se caracterizaba por ser estigmatizante.

Estos cambios en la esfera política y social significaron el paso de la Medicina Mental hacia la Salud Mental. La atención psiquiátrica como una disciplina totalizante fue mermando, integrando lentamente otras áreas en su intervención no solo en los procesos de formulación teórica sino también en la intervención profesional. Y es que la propuesta desde la OMS para lograr una transformación que beneficiara a la población con afecciones de salud mental era el desarrollo de un nuevo paradigma cuya base fuese un modelo comunitario de atención.

A grandes rasgos, este modelo vendría a proporcionar atención en salud mental en el contexto más inmediato del individuo, es decir, en donde la persona vive, trabaja o estudia. Esto a través de escuelas, centros comunitarios y áreas laborales, así como de los servicios de salud generales como clínicas del seguro social, centros de salud y camas de atención psiquiátrica en hospitales generales. Este modelo se lograría con el involucramiento del personal de atención primaria de salud especializado y no especializado en salud mental, como promotores comunitarios en áreas de desarrollo humano, incluyendo también a las personas usuarias de los servicios y sus familiares (OMS, 2013)

Esto se llevó a cabo de manera formal en América Latina hasta el año 1990 con la Declaración de Caracas que impulsaba una iniciativa de reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Este documento colocaba que la atención psiquiátrica convencional no permitía la atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva, objetivos que se pretendían alcanzar en las instituciones que atendieran la salud mental.

Lo anterior debido a que la atención psiquiátrica creaba condiciones desfavorables contrarias a los Derechos Humanos, facilitaba el aislamiento empeorando la situación de las personas, acaparaba la mayor parte de los recursos financieros e impartía una enseñanza que no lograba integrar de forma amplia las necesidades de la salud mental de las poblaciones, los servicios de salud y otros sectores. Por lo cual, se instó a los Ministerios de Salud y Justicia, Parlamentos, Sistemas de Seguridad Social, organizaciones profesionales, universidades, medios de comunicación y otras instituciones, a apoyar esta reestructuración, siendo implementado en las políticas de salud de varios Estados latinoamericanos (OPS, 1990).

La Declaración de Caracas constituye el inicio formal de una reforma de la atención a la salud mental en América Latina, y al mismo tiempo la síntesis de todo el proceso histórico de cambios dados al empezar la segunda mitad del siglo XX, que gracias a eventos importantes llevaron al reconocimiento de las condiciones que caracterizaban a instituciones psiquiátricas como el estigma existente hacia las y los pacientes, los tratamientos ineficientes y otros aspectos que obligaron a una reestructuración en la forma de comprender y atender la salud mental a nivel internacional.

Claramente la transformación alrededor de la salud mental continúa dándose, pero actualmente se basan en un discurso de atención, prevención y promoción de la salud mental, ya no como algo exclusivo de la atención psiquiátrica sino involucrando a otras áreas dentro

del sector salud e incluyendo otros sectores públicos y privados con influencia en la vida cotidiana de las personas. Esto es lo que ha pretendido la OMS para los Estados miembros, por medio de la formulación de planes de acción para la salud mental donde se establecen metas específicas y se recomiendan acciones para alcanzarlas.

Sin embargo, en este punto es necesario hacer un recorrido por las circunstancias actuales alrededor de la salud mental y el suicidio, no solo desde los avances y recomendaciones por parte de entes internacionales, sino analizando también cómo se ha manifestado la salud mental y el suicidio en ciertos sectores de la población en relación con el contexto, ya que ese proceso de cambio, lejos de ser lineal, trae consigo una serie de contradicciones y complejidades que tienen incidencia en las realidades de la población con respecto a la salud mental y el suicidio.

Es por esto que en los próximos apartados se abarcará la salud mental y el suicidio desde una perspectiva actual, reflexionando especialmente en las contradicciones sociales alrededor del fenómeno, así como las implicaciones que el contexto tiene sobre este y en consecuencia en las poblaciones que se ven afectadas por el comportamiento suicida.

2. 2. Contradicciones en la atención de la Salud Mental y el suicidio a nivel internacional

A pesar de que varios países en América Latina empezaron a desarrollar los primeros planes de intervención en salud mental avanzada la década de 1970, este proceso ha sido lento y no se ha visto reflejado en el accionar de los Estados, ni ha significado una mejora progresiva en la salud mental de la población en paralelo con los avances en la formulación de planes y políticas de salud. Sobre esto, Alarcón (2009) mencionó que:

Probablemente es en el área de políticas de Salud Mental en el continente donde puede existir un acuerdo casi unánime por parte de gobiernos y agencias administrativas nacionales o regionales. Lamentablemente, el carácter legalístico o burocrático de estas políticas no se materializa en acciones concretas. (p.31)

Según el autor, en lo que respecta al continente americano, los gobiernos han desarrollado políticas de salud mental de manera casi unánime, indicando que para la primera década del presente siglo, el 65% de los países de la región tenían políticas específicas de salud mental, el 82% tenía planes y programas de acción y el 70% poseía legislación enfocada en la salud mental, proponiendo principios como la descentralización, colaboración y coordinación intersectorial, participación comunitaria y de organizaciones no profesionales, de familiares de pacientes o de agencias de voluntarios. (Alarcón, 2009).

Datos más actualizados indican que el porcentaje de Estados miembros de la OMS con al menos dos programas de prevención y promoción de la salud mental en funcionamiento ha variado entre las regiones desde 2017, registrándose en los países de la región de las Américas el aumento más notable, pasando del 40% al 57% de países con más de dos programas (OMS, 2021). Y específicamente sobre el suicidio, alrededor de un tercio de los países de la región de las Américas (33% de los que respondieron la encuesta) informaron tener una estrategia, política o plan independiente para su prevención (OMS, 2021).

Claramente permanece un gran porcentaje de naciones, tanto en el continente Americano como en el resto del mundo, sin desarrollar políticas, planes de acción y legislación sobre salud mental en respeto a los Derechos Humanos, donde se logren definir los valores, principios y objetivos para la mejora de la salud mental, así como delimitar

esquemas de acción donde se incluyan estrategias, cronogramas y los recursos necesarios para lograrlo, esto además de leyes centradas en la protección de los Derechos Humanos.

Pero es necesario resaltar, que este porcentaje tiene una relación directa con los niveles de ingreso (OMS 2021), donde los países con menores ingresos están desprovistos de políticas, planes y programas adecuados de intervención en salud mental y en caso de existir no son llevados a la acción.

En este punto es posible considerar una relación con el contexto económico de diferentes naciones y la atención que se brinda a la salud mental. Se considera actualmente que a nivel mundial los niveles de gasto público en salud mental son insuficientes para cumplir objetivos concretos de mejora en el acceso a este derecho. De hecho, las propuestas en el Plan de Acción de 2013-2020 promovido por la OMS no llegaron a cumplirse, faltando a las metas de liderazgo y gobernanza eficaces en materia de salud mental, las de prestación de servicios de salud mental en entornos comunitarios, las de promoción y prevención de la salud mental, y las de fortalecimiento de los sistemas de información.

Esto debido a que actualmente solo se destina una mediana mundial del 2,1% del gasto público en salud a la salud mental, siendo particularmente escaso en los países de ingresos bajos y medianos (OMS, 2021), donde la cantidad de personas trabajadoras en salud mental puede presentar una diferencia de más de 40 veces en comparación con los países de ingresos altos (OMS, 2021).

En lo que corresponde a la región de las Américas, el gasto oscila entre el 0,2% y el 8,6% (OPS, 2018), lo cual indica que la inversión que se brinda al gasto público en salud mental es reducida. Incluso el número de trabajadores de salud mental por 100.000 habitantes se redujo en el periodo del 2014 al 2020 en la región, pasando el número medio de trabajadores reportados de 16,2 a 15 trabajadores por 100.000 habitantes (OMS, 2021)

Estos porcentajes sobre la asignación del gasto para la salud mental no están en proporción a la carga de enfermedad. En la región de las Américas la proporción de carga atribuible a trastornos mentales es 6 veces mayor que la proporción de fondos de salud asignados a la salud mental (OPS, 2018); por lo tanto, no se están realizando avances en concordancia con las necesidades reales. Los fondos actuales no pueden sostener el incremento de personas con afecciones en salud mental, lo cual se traduce en el

incumplimiento de metas y objetivos en una población a la que no se le garantizará su derecho de acceder a una adecuada atención y, por ende, a un fenómeno que continuará desarrollándose.

Esta realidad puede observarse con los datos disponibles por parte de la OMS desde una perspectiva global debido a la ausencia de datos específicos sobre el aumento de trastornos mentales comunes en la región de las Américas. Al respecto, la OMS (2016) indica que los trastornos mentales comunes, es decir, los trastornos de depresión y ansiedad aumentaron un 50% entre 1990 y 2013, el número de personas afectadas en el mundo durante esas dos décadas aumentó de 416 millones a 615 millones. Y se estima que el número total de personas con depresión aumentó en 18,4% entre el 2005 y el 2015, y el caso de los trastornos de ansiedad se dio un aumento del 14,9% en el mismo periodo, llegando a los 322 millones de personas con depresión en el mundo donde el 15% de los casos se encontraban en la región de las Américas, mientras que 264 millones de personas en el mundo sufrían trastorno de ansiedad donde el 21% de esos casos se encontraban también en esta región (OPS, 2017).

Claramente el concepto de salud mental abarca varios aspectos tales como los trastornos mentales, las discapacidades psicosociales y (otros) estados mentales asociados a una angustia considerable, discapacidad funcional o riesgo de conducta autolesiva; sin embargo, con los datos anteriores se puede notar a nivel general una predisposición al incremento de trastornos comunes. De hecho, la OMS (2022) indicó que en el 2019 una de cada ocho personas en el mundo (lo que equivale a 970 millones de personas) padecían un trastorno mental continuando la ansiedad y la depresión como los más comunes, afectando a 301 millones y 280 millones de personas respectivamente.

Con respecto al suicidio se determinó que, gracias al trabajo por una mayor cobertura en su atención y prevención, se ha obtenido como resultado una disminución en las tasas de suicidio en los 20 años transcurridos entre 2000 y 2019, sin embargo, los porcentajes son desiguales al analizarse desde diferentes regiones, ya que en la región de las Américas, el fenómeno tuvo un efecto contrario, incrementándose las tasas en un 17% en ese mismo periodo (OMS, 2021).

De manera que la realidad mundial en torno a las afecciones de salud mental es la tendencia al aumento y específicamente en el continente Americano el suicidio parece incrementarse. Aun así, permanecen limitaciones a pesar de los avances históricos en la

formulación de políticas y planes de salud mental y la legislación basada en Derechos Humanos, afectando principalmente a los países de menores ingresos, lo cual incide no solo en su creación, sino también en su implementación con el reducido gasto público que se asigna a la salud mental.

Esto marca una diferencia considerable entre la priorización de otras afecciones de salud en comparación con la salud mental, dejando esta última en un lugar de abandono, mostrando una contradicción entre el discurso compartido y las acciones llevadas a cabo. La OMS desde 1948 indica que: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, p.1).

Cabe destacar lo anterior debido a que, además de integrar la ausencia de afecciones o enfermedades incluye el alcance del completo bienestar en tres aspectos: el físico, el mental y el social, colocando la salud mental en una misma línea con otros aspectos dentro de la noción general de salud, incluso resaltando que “no hay salud sin salud mental”.

En este recorrido se ha observado que la atención en la salud mental no ha sido una prioridad o al menos no se ha visto reflejado en el accionar de los Estados, lo cual trae consigo consecuencias para diferentes poblaciones. Sin embargo, es necesario comprender que esto responde a una realidad compleja que no puede minimizarse a problemas sociales ni explicarse sólo por la inacción de los Estados.

Un aspecto que debe contemplarse es que aún con la formulación de normativas por parte de los Estado instancias internacionales para mejorar la atención de la salud mental, no es posible resolver en su totalidad sus afecciones ni la autoeliminación porque no cambian el sistema estructural que tiene incidencia en ellas. Por ello es de sumo interés insistir en la relación existente entre las afecciones en salud mental y el suicidio con el contexto y cómo esto incide en diferentes grupos de personas.

2.3. La salud mental y el suicidio en la complejidad social

Es necesario aclarar que este recorrido general sobre la salud mental no puede verse desligado del fenómeno del suicidio, ya que se considera dentro del mismo concepto como una acción ligada a la falta de salud mental y, en consecuencia, las transformaciones que caracterizaron a la salud mental también tuvieron influencia en la concepción del fenómeno y su atención a nivel internacional.

El suicidio fue declarado en el año 2003 como un problema de salud pública por la OMS. Esto motivó a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y a la Asociación Internacional de Prevención del Suicidio (IASP) a declarar el 10 de septiembre como el Día Mundial de la Prevención de Suicidio, lo cual señala una intención por demostrar y crear conciencia a nivel global de que el suicidio es prevenible (Chávez-Hernández & Leenaars, 2010).

Así mismo, la prevención del suicidio forma parte del Plan de Acción de Salud Mental de la OMS (2014), donde se pretendía reducir la tasa de suicidio en un 10% para el 2020 y en su actualización que se extiende hasta el 2030, se tiene por meta la reducción de la tasa mundial de suicidios en un tercio para ese año; siendo la promoción de la salud mental una de las estrategias para la prevención del suicidio.

Algunas de las acciones propuestas para lograr estas metas son la restricción del acceso a otros medios de autolesión y suicidio; la implicación de las comunidades y optimización del apoyo psicosocial a partir de los recursos comunitarios disponibles; la formulación de estrategias a nivel comunitario; la capacitación del personal del sistema de salud y otros sectores; la sensibilización pública, política y mediática; la elaboración, actualización, aplicación y evaluación de estrategias nacionales de prevención de los suicidios; y la promoción de la difusión responsable de información en los medios de comunicación sobre los casos de suicidio (OMS, 2022).

Lo que deja ver que el principal interés con respecto al suicidio es su prevención a través del modelo comunitario en el que se ha basado la atención de la salud mental a nivel internacional en las últimas décadas.

Es posible relacionar estos enfoques de acción con las reflexiones teóricas con respecto al suicidio que también estuvieron presentes desde la segunda década del siglo XX. Principalmente desde el desarrollo de la suicidología donde se cuestionan las explicaciones psicopatológicas del fenómeno y la reducción del suicidio como una extensión o parte de la enfermedad mental, y se establecen los posibles factores de riesgo para las conductas suicidas, así como aquellos aspectos que pueden evitar la muerte por suicidio.

Sin embargo, esta relación entre salud mental y suicidio debe revisarse, ya que puede generar confusión y la reproducción de un mito común al reducir la salud mental a una cuestión biológica con explicaciones individualizantes y la visión del suicidio como un síntoma o consecuencia irremediable de ello.

Desde la OMS (2014) se han reconocido factores de riesgo social y de los sistemas de salud, tales como las barreras para acceder a la atención médica, el acceso a medios para suicidarse, reportajes inapropiados en los medios y las redes sociales, y el estigma contra la búsqueda de ayuda por conductas suicidas.

Como factores de riesgo en la comunidad y otras relaciones se encuentran los desastres, guerras y conflictos, tensiones de aculturación y dislocación, discriminación, trauma, abuso, sensación de aislamiento y falta de apoyo social, relación de conflicto, y discordia o pérdida.

Finalmente, como factores de riesgo individuales se mencionan los intentos previos de suicidio, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol y otras sustancias, pérdida laboral o financiera, desesperanza, dolor y enfermedad crónicos, antecedentes familiares de suicidio, y factores genéticos y biológicos.

Sobre este último grupo de factores, se destaca que en los países de ingresos altos los trastornos mentales están presentes en hasta al 90% de las personas que mueren por suicidio; sin embargo, en la literatura y medios de comunicación este dato se ha generalizado al punto de considerar que la mayoría de las personas que se suicidan tienen uno o más trastornos mentales. Por lo que suele confundirse un factor de riesgo con un factor explicativo de las conductas suicidas, y reproduce el mito de que solo las personas con un trastorno mental se suicidan (Barrio-Martínez, García-Haro, García-Pascual & González, 2020).

Hay una diferencia significativa entre contemplar una serie de cuestiones que pueden generar en las personas un estado de dolor o sufrimiento tal, que podrían considerar el suicidio, a la afirmación de que un trastorno mental conduce al suicidio. Esto puede resultar reduccionista y finalmente centra toda la atención en ese factor. Por ejemplo, la depresión y el consumo nocivo de alcohol u otras sustancias son las más relacionados al suicidio según la OMS (2014), sin embargo, estos aspectos, aunque se manifiesten desde lo privado, tienen una connotación social. El considerar estos aspectos como individuales reduce significativamente la comprensión del suicidio y de aquellos elementos que pueden relacionarse con este.

La consideración de que son los factores individuales las principales causas de suicidio puede tener repercusiones en la forma en que las personas entienden y reaccionan frente al fenómeno y frente a quienes tienen conductas suicidas; dando lugar a una separación entre los que se suicidan y los que no, situación que conlleva un estigma sobre las personas que tienen conductas suicidas, y evita consecuentemente la prevención del suicidio que puede darse por medio de la búsqueda de atención a servicios de salud mental.

Otro de los peligros que tiene esta forma de relacionar la salud mental y el suicidio es la invisibilización del impacto que la cuestión social tiene sobre estos fenómenos, responsabilizando totalmente a las personas con conductas suicidas, lo que provoca señalizaciones y posibles situaciones de discriminación, que a su vez evita profundizar en la cuestión social que incide en el fenómeno.

Ya se ha reconocido a nivel internacional que la salud mental puede verse afectada por aspectos relacionados con el contexto de las personas. La OMS (2022) declara que “la exposición a circunstancias sociales, económicas, geopolíticas y ambientales desfavorables, como la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medio ambiente, también aumenta el riesgo de sufrir afecciones de salud mental” (párr., 6). De modo que se reconoce actualmente que las condiciones socioeconómicas, políticas, ambientales tienen un papel importante en el aumento de riesgo a sufrir afecciones de salud mental.

Cabe señalar que desde estas organizaciones (OMS u OPS) y los datos que brindan, permanece una tendencia a reducir fenómenos como la pobreza, violencia o desigualdad a problemáticas que existen de forma natural en la sociedad y que luego inciden en la salud mental y el suicidio. La información brindada se limita a exponer causas generalizadas del suicidio o afecciones a la salud mental, pero no existe un análisis estructural de estos

fenómenos. Siendo así, no hay forma de cuestionar el sistema que provoca la desigualdad y predispone enfermedades y trastornos comunes, así como el propio suicidio.

Sobre esto, es necesario recordar que estas circunstancias sociales y económicas que expone la OMS son la expresión de un problema concerniente a la distribución de la riqueza y la equidad; el resultado de una sociedad capitalista, donde la desigualdad es provocada durante el proceso de acumulación y la explotación de la fuerza de trabajo. Y que además se ve constantemente reforzada por una ideología que lo naturaliza e incluso idealiza esta forma de distribución.

El proceso de crecimiento económico se da a través de la explotación de la fuerza de trabajo. Esta priorización de la acumulación de capital provoca la marginación y exclusión de los sectores de la población que, al no poseer los medios materiales para su propia supervivencia, deben vender su fuerza de trabajo o intelectual a cambio de un salario que en el mejor de los casos permite solventar lo necesario para su reproducción biológica y social, pero no es lo suficiente para dejar de depender de él y someterse a condiciones de trabajo desfavorables.

Claramente, de este proceso de acumulación capitalista surgen una serie de repercusiones que se manifiestan en la vida cotidiana; sin embargo, para comprender esto se partirá del concepto de cuestión social, el cual Rozas (1998) explica de la siguiente manera:

Partimos de situar que la “cuestión social” se expresa con mayor claridad en el marco de constitución del sistema capitalista. A partir de él la “cuestión social” se entiende como la expresión de la relación contradictoria entre capital - trabajo. Esta relación constituye el núcleo central de un proceso que se explicita en la forma de organización económica, social y política que afecta a los sectores trabajadores en su proceso de reproducción biológica y social, así como a los sectores sociales no involucrados en dicho proceso productivo (p.45).

La cuestión social se encuentra presente en la vida cotidiana, interpelando en la sociedad y trascendiendo la esfera de la pobreza, expresándose como desempleo, violencia, ausencia de educación, falta de salud, precarias condiciones de vida y trabajo, desnutrición, la conflictividad, los mecanismos de cohesión, los derechos sociales y civiles (Carballeda, 2013).

Por lo tanto, no puede desligarse el sistema económico, social, político y cultural de las afecciones de salud mental y el suicidio, sino que, como una realidad compleja, este sistema las provoca directamente como resultado de su dinámica de explotación de la fuerza de trabajo, y al mismo tiempo, la desigualdad producida en el propio contexto incide en la salud mental y el suicidio de diferentes formas.

Ahondando en lo anterior, la Organización Internacional de Trabajo ha identificado que la excesiva carga laboral y el fuerte ritmo o intensidad del trabajo son factores de riesgo psicosocial, que afectan la salud mental de las personas trabajadoras (Bueno, 2019).

Por lo tanto, es posible observar la influencia directa del sistema económico en la salud mental dentro del proceso de acumulación de capital en los espacios laborales, caracterizados por la explotación de la fuerza de trabajo; en donde existen formas de precarización laboral, flexibilidad, extensión de jornadas laborales y otras formas de violación a los derechos laborales, así como una cultura que conduce de forma ya naturalizada e integrada a la competencia y productividad que solo benefician a sectores empresariales.

Esto también se observa en el desempleo, el cual se asocia con factores sociales, económicos y psicológicos que provocan un mayor riesgo de consumo de drogas, trastornos por consumo de alcohol, dieta poco saludable, inactividad física y problemas de sueño, lo cual se desencadena en trastornos de la salud mental como la depresión y termina ligándose también con el suicidio (OIT, 2016).

Debido a los riesgos que genera el desempleo, muchas personas trabajadoras permanecen en lugares de trabajos precarizados que reproduce las mismas situaciones que afectan la salud. Esto puede ir desde el síndrome de desgaste profesional o burnout definido como un síndrome resultante del estrés laboral crónico (OMS, 2019), hasta el fenómeno social de la muerte por exceso de trabajo (Karoshi), considerado como un problema de salud pública grave y que debido a su frecuencia tiene su propio concepto en Japón desde la década de 1970 y ha sido reconocido por el propio Ministerio de Salud japonés por medio de indemnizaciones (OIT, 2013).

También se puede observar el caso concreto del suicidio por consecuencia de la sobrecarga de trabajo y de condiciones de trabajo estresantes conocido en ese país como

Karojisatsu, asociado a largos horarios de trabajo, elevadas cargas de trabajo, falta de control, rutina y tareas repetitivas, conflictos interpersonales, remuneraciones insuficientes, inseguridad laboral y problemas organizativos (OIT, 2016).

Cabe aclarar que los anteriores ejemplos no pertenecen exclusivamente al caso japonés, sino que es un fenómeno extendido a lo largo del mundo. Incluso, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), países como México, Colombia y Costa Rica tienen un menor balance entre vida y trabajo, caracterizados por tener horarios de trabajo tan largos que resultan perjudiciales para las personas trabajadoras (Buchholz, 2022).

Y a pesar de no ser reconocido en muchos países el suicidio por exceso de trabajo, mientras permanezca una cultura de competitividad global y la constante búsqueda de crecimiento económico por parte de diferentes empresas, continuará también la implementación de medidas como la subcontratación, los despidos masivos o la flexibilidad laboral que mantendrá a la clase trabajadora en condiciones de explotación.

Por otro lado, como se mencionaba anteriormente, estos resultados del proceso de acumulación capitalista genera condiciones sociales de desigualdad que vulnerabilizan a diferentes poblaciones, limitando el acceso a derechos como la educación, la salud, justicia, generando pobreza, situaciones de violencia, entre otras manifestaciones de la cuestión social que se relacionan con afecciones de la salud mental y el suicidio, siendo causas de esos fenómenos y también limitando el acceso a las condiciones necesarias para su adecuada atención.

Se pueden resaltar varios ejemplos donde diversas poblaciones ven su derecho al acceso a la salud vulnerado debido al propio sistema que predispone estas condiciones, como las personas que viven discriminación, violencia, consumo de sustancias psicoactivas, endeudamiento a causa de la pobreza. También las situaciones en que se prioriza la satisfacción de necesidades como la alimentación, vestido o vivienda sobre una consulta privada de atención a la salud mental o donde existe una dependencia a servicios de salud públicos saturados. Así mismo, aquellas poblaciones que residen en zonas con difícil acceso a servicios de salud por distancia o condiciones geográficas. O quienes tienen dificultad para acceder a información verídica que elimine la reproducción de mitos y estigmas que se interpongan en la prevención y búsqueda de atención.

Es importante resaltar que estos ejemplos suelen individualizarse, reduciéndose a experiencias o circunstancias personales que pueden ser causa de afecciones en la salud mental y el suicidio o limitando su atención. Incluso, como se menciona anteriormente, la OMS califica los intentos previos de suicidio, trastornos mentales, consumo nocivo de alcohol y otras sustancias, pérdida laboral o financiera, desesperanza, dolor, o antecedentes familiares de suicidio, como causas individuales.

Sin embargo, aunque estas situaciones se expresan en la vida cotidiana de familias o individuos, son resultado del proceso anteriormente descrito, por lo que mantienen una relación directa e inseparable con el contexto; basta con reconocer que son los países con menores ingresos los más afectados por las afecciones en salud mental. El dato más reciente de la OPS (2017) indica que, en el 2015, en la región de las Américas, más del 80% de la carga de enfermedad por depresión ocurrió en países de ingresos bajos y medianos, lo cual también se vio reflejado en el porcentaje de suicidio, donde el 78% tuvo lugar en países de ingresos bajos y medianos en el 2015.

De igual forma, estas relaciones pueden observarse constantemente en contextos caracterizados por crisis económicas, políticas y sociales que predisponen aumentos significativos en estos fenómenos. El ejemplo más reciente fue el periodo de pandemia por el COVID-19, donde la depresión y la ansiedad aumentaron más de un 25% a nivel mundial en el primer año de pandemia solamente (OMS, 2022). La amplificación de factores como el estrés, el aislamiento, los procesos de duelo, la inestabilidad laboral y financiera, los abusos, los trastornos mentales y las barreras de acceso a la atención de salud aumentaron los riesgos de suicidio principalmente en personas jóvenes (OMS, 2021); viéndose demostrada la escasez global crónica de recursos de salud mental que continúa en la actualidad como una consecuencia de los insuficientes niveles de inversión destinadas al reforzamiento de la atención de la salud mental.

Por lo tanto, hay una serie de elementos que se unen para influir en la salud mental y específicamente en el suicidio, que son resultado de una situación social compleja. En la sociedad se encuentra intrínseca una desigualdad estructural que además de predisponer el comportamiento suicida, limita el acceso de atención a la salud mental.

Finalmente, es relevante pensar en cómo el sistema económico actual se encuentra ligado con el proceso de comprensión y atención de la salud mental en la medida que ésta,

más que un derecho, se ha visto parte de la necesaria reproducción de la fuerza de trabajo. Es decir, el proceso de acumulación capitalista no puede funcionar sin la fuerza de trabajo, por ello debe solventar la continua reproducción de las personas trabajadoras para su propio funcionamiento garantizando las condiciones mínimas.

La salud mental es comprendida como un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad (OMS, 2022), reconociéndose como un elemento esencial para el desarrollo económico.

Se han realizado estudios que demuestran que actualmente las afecciones de salud mental representan el principal motivo de discapacidad en el mundo y son responsables de uno de cada seis años vividos con discapacidad, donde alrededor del 15% de los adultos en edad de trabajar tienen un trastorno mental (OMS, 2022). Esto se ha relacionado directamente con menos tiempo de trabajo y representa en el mercado una pérdida a nivel mundial en cuanto a productividad.

De aquí surgen las estimaciones a nivel mundial que indican que cada año se pierden 12000 millones de días de trabajo debido a la depresión y la ansiedad (OMS, 2022). Y siendo dos de los trastornos mentales más comunes, cuestan anualmente a la economía mundial US\$ 1 billón (BM, 2015). Y en este punto es posible ver cómo pasa el discurso de las afecciones de la salud mental como un fenómeno que debe atenderse en el tanto se garantice el derecho a la salud, a un medio cuya necesidad de atención representa un beneficio en la producción de capital.

Es así como el tema de la salud mental presenta una contradicción en la actualidad. Ha ido en aumento el reconocimiento de su importancia, siendo colocada como un tema de prioridad, pero esta importancia ha sido atravesada por la necesidad de crecimiento económico, reduciendo la salud mental a un medio que debe solventarse para el continuo funcionamiento de ese sistema.

2.4. Salud Mental y Suicidio en Costa Rica

En lo que refiere al ámbito nacional, se realizará una revisión sobre el marco institucional que rige lo referente a la salud mental y suicidio en el país, así como algunas de las iniciativas más importantes que se han llevado a cabo para su prevención y abordaje mediante las instituciones competentes que forman parte del aparato estatal. Así mismo, se tomará en consideración algunos de los aspectos del contexto considerados más relevantes que pueden influir en la puesta en práctica de iniciativas orientadas a prevenir y abordar estos dos fenómenos mencionados.

2.4.1. Marco institucional y el papel del Estado

Al ser el suicidio un fenómeno estrechamente relacionado con la salud mental y declarado un problema de salud pública por la OMS, de la que Costa Rica es miembro, debe prevenirse y garantizar su atención. Por tanto, resulta primordial tener claridad de cómo se integra y organiza el Sector Salud en Costa Rica y de qué manera opera para abordar el comportamiento suicida en la población.

El Sector Salud en Costa Rica pertenece al área social y se estableció desde 1983 mediante la llamada Constitución del Sector Salud en el que se regula su estructura y organización. Se encuentra constituido por el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar la salud de la población. Según el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo del 2018 (Decreto N° 34582), el Sector Salud está conformado por las siguientes instituciones centralizadas y descentralizadas: Ministerio de Salud (MS), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA) y el Instituto Costarricense del Deporte y la Recreación (ICODER).

Es importante tener en cuenta que de estas cuatro instituciones pertenecientes al Sector Salud, las encargadas de todas las acciones correspondientes al suicidio son el MS y la CCSS, esto tiene una relación directa con la alta participación del sector privado en cuanto a la atención de la salud mental y del fenómeno mencionado, debido a que las poblaciones que no hacen uso de los servicios públicos de estas instituciones, recurren a la alternativa privada.

Este no uso de los servicios de salud mental que ofrecen las instituciones públicas antes mencionadas, se debe a situaciones de cobertura, características socioeconómicas de las

diferentes poblaciones que dificultan el acceso, falta de información, debilitamiento del propio servicio (falta de profesionales, desfinanciamiento, etc.), aspectos geográficos, entre otras. Cuanto estas situaciones se presentan las personas tienen que recurrir a la atención privada, a pesar de las limitaciones económicas presentes en la población costarricense.

Para tener una mayor perspectiva de la atención privada de cuestiones relacionadas con salud mental, se debe considerar que todas aquellas personas que decidan obtener el servicio de Psicología tendrán que pagar 27 mil colones por consulta de una hora, en caso de ser grupal o familiar serán 37 mil colones por 90 minutos de atención, esto según lo establecido por el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica en 2021, esta tarifa se mantiene para el 2022. En el caso del servicio de Psiquiatría, el monto mínimo es de 40 mil colones, según el Colegio de Médico y Cirujanos de Costa Rica para 2021, además es necesario considerar que el costo de los medicamentos corre por cuenta del paciente.

Estos montos resultan difíciles de cubrir para personas que viven en condición de pobreza o con escasos recursos, que en el caso de Costa Rica en el año 2022 serían el 23,0% de los hogares según datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Dado esto es que el Estado y sus instituciones figuran como un medio fundamental, por el cual las personas pueden acceder a este tipo de atención o servicio sin tener que pagar esas cantidades de dinero.

Dada la importancia que tiene el Estado para brindar las condiciones mínimas de bienestar a la población costarricense es que la Ley General de Salud N°5395 contempla en su artículo 9 que todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y la salud mental, así como la prevención, la recuperación, la rehabilitación y el acceso a los servicios en los diferentes niveles de atención y escenarios, contando con la disponibilidad de tratamientos y medicamentos de probada calidad. Además, esta ley indica que se considerará de modo especial aquellos problemas de las personas con comportamiento suicida.

Así mismo, el artículo 10 se indica que toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre los asuntos, las acciones y las prácticas conducentes a la promoción y la conservación de la salud física y mental de los miembros de su hogar, indicando de manera particular lo concerniente al suicidio.

De la misma manera, estas personas podrán someterse voluntariamente a un tratamiento especializado ambulatorio o de internamiento en los servicios de salud, y deberán hacerlo cuando lo ordene la autoridad competente, de conformidad con la legislación vigente según el artículo 29, con la posibilidad de solicitar la salida del establecimiento de salud con alta exigida, a petición personal o de sus familiares, cuando la salida no represente peligro para su salud o la de terceros según el artículo 31.

Este conjunto de leyes y decretos relacionados con la salud mental y suicidio, recaen bajo la responsabilidad del Estado y las instituciones competentes que lo conforman, las cuales deben velar por prevenir y dar atención de manera integral y oportuna cuando sea requerido por parte de la población costarricense y sus familias. Además, al ser un Estado miembro de la Organización Mundial de la Salud, tiene como responsabilidad ratificar los tratados internacionales, lo que implica una inversión económica importante para llevar a cabo los objetivos y metas que se plantean en estos.

Por tanto y como parte del contexto, se debe tener en consideración aspectos como la desfinanciación de las instituciones públicas en las últimas décadas en Costa Rica, lo cual tiene un efecto directo en la ejecución de políticas públicas y sociales. Esto indica que, incluso con la existencia de un marco legal y constitucional el cual respalda el derecho a la salud integral de los y las costarricenses, las diferencias entre la norma y su ejecución muestran realidades muy distintas.

Ahora bien, para comprender el debilitamiento del Estado y sus instituciones, dentro de las cuales se encuentran aquellas encargadas del área de salud, es necesario tener en consideración dos momentos históricos importantes para entender el estado de las instituciones públicas, su origen y deterioro gradual en las últimas décadas.

El primero de estos momentos para tener en cuenta, se remonta a la década de 1940 donde se establece en el país el Estado interventor, esto trajo consigo la creación de instituciones públicas muy importantes como la Caja Costarricense de Seguro Social, en el área de salud y la Universidad de Costa Rica, en educación. Así mismo, se promulgaron las Garantías Sociales y el Código de Trabajo.

Esta estructura y organización permitía al Estado una mayor intervención, no solo en lo político y social, sino también en lo económico, lo que generó un avance importante para la sociedad costarricense en estos tres ámbitos. De esta manera, el Estado figuraba como una

entidad garante de los derechos de la población y asumía la responsabilidad de generar las condiciones básicas de bienestar para ésta.

El segundo momento se refiere a la de 1980, donde se implementan los PAES, estos precedidos de una crisis a finales de la década de 1970, un avance importante de las ideas neoliberales en el país y la intervención directa de organismos internacionales como el FMI y el BM.

La implementación de estos programas significó pasar de un Estado interventor a uno más regulador, esto debido a que estos organismos internacionales consideraban que el gasto público era muy elevado y, además, se necesitaba crear espacios para la intervención de la inversión privada en el país.

Esta limitación en la intervención del Estado se tradujo en desfinanciamiento de instituciones importantes como el Consejo Nacional de Producción (CNP), la CCSS, entre otras. Así mismo, se dio un debilitamiento de las políticas públicas y sociales perdiendo en el proceso su carácter universalista, siendo las áreas de educación y salud dos de las más afectadas (Vega, 1996).

Las políticas sociales al perder su carácter universalista, empezaron hacer más focalizadas y centrándose en las poblaciones más vulnerabilizadas o en aquellas que más grado de pobreza presentaban. Esto provocó que, aquellas poblaciones que no eran consideradas vulnerables o que no estaban bajo una estricta línea de pobreza, fueran excluidas.

Claramente al limitar la acción del Estado y sus instituciones, el gasto público iba a disminuir y con ello también la cobertura para las diferentes poblaciones. Esto iba a beneficiar al sector privado, ya que encontraría en esas poblaciones excluidas un nicho de mercado y una demanda de servicios importante, lo que sería beneficioso para este sector, pero no para los y las costarricenses.

Este contexto de cambios importantes en el Estado, trajo como consecuencia reformas significativas en el sector salud, como se destacó con anterioridad, de las cuales muchas se mantienen hasta hoy en día. Dentro de los cambios más significativos se pueden encontrar que el MS ejerza un papel de rectoría, abarcando algunas acciones en el campo del ambiente, la promoción de la salud y la nutrición humana (Solano, 1996). Esto se traduce en un papel

más administrativo que operativo para esta institución, lo cual se ve reflejado en que una gran mayoría del personal de campo del Ministerio pasa a la CCSS.

Para el caso de la CCSS se le delega la responsabilidad de la atención integral de la salud de las personas, dentro de un modelo de atención integral, financieramente sostenible, en el que esta institución, mediante los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), cubrirá a grupos de población, sobre todo aquellas que por su vulnerabilidad fisiológica o social está más expuesta a los riesgos de enfermar y morir. Asimismo, tanto el componente de rectoría como el de modelo de atención, se ha dado importancia a los sistemas de información para la gestión y a la capacitación de los recursos humanos necesarios para alcanzar lo propuesto (Solano, 1996).

Esta institución toma un rol más operativo sin dejar de lado lo administrativo, se pretendía lograr con los EBAIS una mayor cobertura del servicio de salud para la población. Con esto también se pretendía, de cierta manera, reafirmar los principios de equidad, calidad, solidaridad y cobertura universal que venían rigiendo a las instituciones.

Ahora bien, estas reformas que en apariencia buscaban una mayor cobertura en el área de salud y beneficiar a los sectores sociales más “vulnerables”, se deben entender en un contexto que exigía la reducción del tamaño del Estado, pretendiendo darle a este un papel de Estado Regulador y menos interventor (Solano, 1996). Por tanto, esto se constituye en una contracción en sí misma, ya que para llevar a cabo estos cambios se necesitaría una gran inversión, sin embargo, el Estado como administrador público, estaba sufriendo un debilitamiento importante.

Teniendo en cuenta lo anterior, es que se apuesta por una focalización de la política social en general, lo que se puede traducir en una reducción del campo de acción, una “excusa” para reducir la inversión en distintas áreas y un deterioro del bienestar de la población costarricense en ámbitos primordiales como la educación y la salud. Este debilitamiento del Estado y reducción significativa del financiamiento de lo social obedece a una economía liberal que beneficia más al mercado, se puede hablar de un Estado capitalista neoliberal.

Esta tendencia se ha mantenido durante las últimas tres décadas en Costa Rica, donde la respuesta para las diferentes crisis económicas por las que ha pasado el país parece tomar dos vías; por una parte, el recorte del presupuesto a programas sociales y, por otro, subir los

impuestos. Con esto, la clase trabajadora y las poblaciones más vulnerabilizadas resultan ser las más afectadas.

Comprender este contexto a grandes rasgos, resulta fundamental para entender la contradicción existente entre las políticas públicas y sociales que se proponen y el alcance real que logran tener sobre las diferentes manifestaciones de la cuestión social, donde la salud mental y el suicidio aparecen estrechamente relacionadas, pero pocas veces se dimensiona su importancia en la sociedad costarricense, donde las representaciones sociales que se tiene acerca de estos fenómenos puede tener un papel importante, no solo desde la percepción la población, sino también el enfoque desde el cual se le intenta dar respuesta o soluciones por parte de las instituciones públicas.

Teniendo en consideración lo expuesto, es pertinente profundizar en las dos instituciones principales en cuanto a la prevención y atención del suicidio se refiere, para lo cual es necesario exponer sus funciones y algunas de sus iniciativas más relevantes relacionadas con el tema en cuestión y salud mental en general.

2.4.1.1. Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud es el ente rector del Sistema de Producción Social de la Salud en Costa Rica, por lo que a éste se le atribuye la definición de la Política Nacional de Salud, y la organización, coordinación y suprema dirección de los servicios de salud en el país que corresponden al Poder Ejecutivo según el artículo 1 de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Tiene la misión de dirigir y conducir a los actores sociales para el desarrollo de acciones que protejan y mejoren el estado de salud físico, mental y social de los habitantes, mediante el ejercicio de la rectoría del Sistema Nacional de Salud, con enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ministerio de Salud, 2020).

En el 2012, el Ministerio de Salud presentó la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021 en donde se definen los principios, los enfoques, los lineamientos y el plan de acción de Salud Mental para el país, además, en este proceso, el Ministerio lidera, promueve y articula, de manera efectiva, los esfuerzos de los actores sociales claves y ejerce potestades de Autoridad Sanitaria, para proteger y mejorar la salud de la población, por medio de la Política Nacional de Salud Mental. Esta surge por la necesidad de contar con un marco normativo técnico para conducir a los actores sociales hacia la promoción de la Salud Mental,

así como la prevención de enfermedades, atención, curación y rehabilitación de personas con trastornos mentales.

Esta acción permite elevar la Salud Mental a un rango político, facilitando su dirigencia y conduciendo las acciones de la producción social de la Salud Mental acorde a las demandas y necesidades de los diferentes grupos sociales. Esta se hace operativa a través de la ejecución del Plan de Acción 2012-2021.

Respecto a esta política, es necesario precisar que no se tiene claridad sobre los resultados o alcances que ha tenido sobre el tema de salud mental, esto se debe a que es la más reciente y no se han generado los informes pertinentes. Además, se debe tener en consideración que lo teórico suele distar mucho de lo práctico, no siempre se llega a ejecutar todo lo que se propone y el factor económico (presupuesto) suele ser fundamental.

Sobre el suicidio, el Ministerio de Salud presenta a la comunidad nacional e internacional la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021, en donde se define una respuesta al país mediante diferentes acciones orientadas en 5 ejes de intervención (biología, ambiental, económico sociocultural, sistemas y servicios de salud y fortalecimiento institucional). Esto en concordancia con la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, donde se establece que el Estado debe velar por la protección de la salud de la población y garantizar el bienestar de las y los ciudadanos.

Esta política responde a la necesidad de fortalecer el Sistema de Protección Social de la Salud Mental, mediante el desarrollo de acciones intersectoriales e interinstitucionales para alcanzar la equidad sanitaria según condiciones de vida entre los diferentes grupos sociales, con el fin de promover el desarrollo emocional y el bienestar mental en la población, haciendo énfasis en el abordaje integral del comportamiento suicida (Decreto N° 41287, 2018).

Por otro lado y retomando el tema de la Estrategia Nacional, para su implementación, el Ministerio de Salud tiene en consideración que se han detectado entre 6 y 7 suicidios por año por cada 100.000 habitantes en Costa Rica, cuando lo esperado en Latinoamérica es que la tasa sea menor de 6. A pesar de lo anterior, el comportamiento suicida es prevenible y existen implicaciones sociales, económicas y culturales de éste que deben ser consideradas, por ello, se desarrolla una estrategia dirigida a la unificación de las acciones que permitan su

abordaje integral para la prevención del comportamiento suicida y la promoción de la salud mental (Decreto N° 41287, 2018).

Ahora bien, tomando en consideración que el Ministerio de Salud conduce a la articulación, fortalecimiento y modernización de las políticas, la legislación, los planes, programas y proyectos, en lo competente a la salud de la población, se debe conocer que en el 2009 adopta el Modelo Conceptual y Marco Estratégico del Ejercicio de la Función Rectora de Vigilancia de la Salud, siendo la Vigilancia de la Salud una de las funciones sustantivas que son vitales para el ejercicio efectivo de este Ministerio (Decreto N° 37306-S, 2012).

Otra acción relevante tomada por el Ministerio de Salud con respecto al comportamiento suicida fue el decreto N°40556-S de Eventos de Salud de Notificación Obligatoria, en donde el artículo N°54 indica que todas las personas profesionales, incluidos las de la Salud Mental, deben reportar ante el Ministerio de Salud, aquellos eventos de notificación obligatoria, que presenten sus consultantes; con el fin de contribuir a la vigilancia de la salud pública.

Lo anterior permitiría que las diferentes autoridades y actores sociales cuenten con información de calidad que les facilite la toma de decisiones basada en la evidencia. La versión anterior a este decreto incorpora el "intento de suicidio" como evento de notificación obligatoria a partir del año 2012, siendo Costa Rica el primer país que lo introdujo en su sistema de vigilancia, consiguiendo con ello una disminución del 16.3% en los casos de suicidio reportados a nivel nacional entre el 2013 y el 2014 (Decreto N° 41287, 2018).

En lo que respecta a los intentos de suicidio, se cuenta también con la secretaría Técnica de Salud Mental, la cual es un órgano técnico adscrito al Ministerio de Salud, cuyo objetivo es el de abordar de forma integral el tema de la salud mental desde la perspectiva del ejercicio de la Rectoría del Sistema Nacional de Salud, con la participación de otras instituciones públicas y privadas, la sociedad civil organizada y la comunidad académica y científica. (Ministerio de Salud, 2016).

Esta propone tres clases de estrategias para contrastar los factores de riesgo: a) la prevención universal, la cual está dirigida a la población en general procurando aumentar el acceso a la atención de salud, promover la salud mental, reducir el consumo nocivo de alcohol, limitar el acceso a los medios utilizables para suicidarse o promover una información responsable por parte de los medios de difusión; b) la prevención selectiva, dirigida a una

población más vulnerable como aquellas personas que han padecido traumas o abuso, los afectados por conflictos o desastres, los refugiados y migrantes y los familiares de suicidas, mediante servicios de ayuda como los prestados por líneas telefónicas; c) estrategias indicadas, dirigidas a personas vulnerables específicas mediante el apoyo de la comunidad, asimismo se da el seguimiento de quienes salen de los establecimientos de salud, la capacitación del personal de salud y una mejor identificación y manejo de los trastornos mentales y por uso de sustancias (Ministerio de Salud, 2014).

Teniendo en consideración todo lo expuesto en relación con el Ministerio de Salud y sus propuestas para la atención y prevención de todo lo relacionado con salud mental, suicidio y salud en general, se puede apreciar que existe una estructura y organización que puede lograr cambios importantes, sin embargo, surge una interrogante fundamental la cual es ¿se cuenta con los recursos económicos, humanos y de infraestructura para ejecutar las estrategias que se proponen?

La respuesta a la interrogante anterior es que no se cuentan con los recursos necesarios, al menos no para atender y garantizar un servicio de salud de calidad a toda la población y territorios del país. Para ejemplificar y fortalecer esta idea, basta con entender que los EBAIS constituyen los establecimientos donde se brinda el servicio de salud y son los que más presentes se encuentran en casi todo el territorio nacional, existiendo 1080 en total. Pese a esto, los EBAIS “son un equipo de salud, que para el caso de nuestro país está conformado por un médico general, un o una auxiliar de enfermería, un técnico en atención primaria y un/una auxiliar en registros de salud” (Vargas, 2013, párr.3).

Esto indica que brindan un servicio básico de salud, en el cual la salud mental no figura como esencial y tampoco se cuenta con profesionales que puedan atender esos casos. Cabe aclarar que por medio de las consultas se puede trabajar en la detección de casos como el suicidio, sin embargo, no existe una atención como tal.

Aunado a esto, para muchas comunidades, los EBAIS son el único medio existente para recibir el servicio de salud, por tanto, no hay una equidad para todos los grupos de la población costarricense y se genera una exclusión, la cual las comunidades rurales suelen sufrir a menudo. Y si bien es cierto, los Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIS) no competen de manera difractal al Ministerio de Salud, esta institución funciona como un ente

rector por medio del Sistema Nacional de Salud, por tanto, tiene la responsabilidad de velar por que se brinde un servicio de calidad en la atención y prevención de manera integral.

2.4.1.2. Caja Costarricense del Seguro Social

En Costa Rica, según la Ley Constitutiva de la CCSS, esta es una institución autónoma a la cual le corresponde el gobierno y la administración de los seguros sociales. Se conforma por un conjunto de establecimientos de salud organizados por regiones y niveles de atención, con distintos grados de complejidad y capacidad resolutive, interrelacionados entre sí, articulados de forma vertical y horizontal, cuya complementariedad asegura la provisión y continuidad de un conjunto de servicios en salud destinados a satisfacer necesidades y demandas de la población, e incrementar la capacidad operativa de la Institución (CCSS, 2018).

Cabe resaltar que la CCSS en su proceso de desarrollo institucional realizó una división del territorio nacional en regiones geográficas de acuerdo con la ubicación de sus establecimientos, por lo tanto, no son coincidentes con la oficial del país, ni tampoco con las del Ministerio de Salud.

Los establecimientos de salud y dependencias de la institución operan bajo un modelo de redes, con el soporte de un sistema de referencia y contrarreferencia entre las distintas unidades que se basa en protocolos de atención y relaciones de mutua colaboración. En la Estrategia Nacional para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021 se establece que la CCSS, para garantizar la prestación de sus servicios, se organiza como una red nacional de servicios de salud (Sur, Noreste y Este) que se compone de tres niveles de atención según cobertura y grado de especialización.

En un primer nivel de atención se encuentran los Equipos Básicos de Atención de la Salud (EBAIS), los cuales abarcan todo el territorio nacional habiendo un total de 1080 EBAIS para el 2021.

Estos equipos básicos surgen en las reformas de salud de la década de 1990 que pretendían lograr una mayor cobertura y equidad sanitaria de los diferentes grupos sociales especialmente aquellos más vulnerables, sin embargo resulta llamativo que, según un informe de la Caja de Costarricense de Seguro Social realizado en 2021, “un 47 % de las áreas de salud dentro de las cuales se encuentran los EBAIS, adscriben primordialmente población de

la provincia San José y Alajuela; el 38 %, de Puntarenas, Guanacaste y Heredia, y el restante 15 %, de Cartago y Limón” (p.4). Un gran porcentaje de las áreas de salud se encuentran ubicadas en el Valle Central del país, lo que se relaciona con la concentración de población y la accesibilidad geográfica.

Sin embargo, esto también se puede interpretar como el fenómeno centro-periferia, donde los servicios se centran en aquellas áreas en las cuales las actividades económicas están más presentes. Esto puede provocar que en muchas comunidades rurales no lleguen estos servicios, al menos no con la calidad que se amerita.

Otro ejemplo de la concentración de servicios, en este caso de salud, en el Valle Central, es la existencia de 324 EBAIS en la provincia de San José en comparación con los 91 de Guanacaste o los 118 de Limón, esto según el informe antes mencionado. Si bien es cierto se cumple el criterio de una mayor concentración de población, difícilmente se pueda brindar una cobertura oportuna tomando en consideración la gran cantidad de territorio que se pretende abarcar, en el caso de las dos últimas provincias mencionadas.

Así mismo y retomando los niveles de atención, en el segundo se ofrecen los servicios de consulta especializada, internamiento y tratamiento quirúrgico de las especialidades básicas de medicina, cumpliendo con el objetivo de apoyar a los EBAIS mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de un mayor grado de especialización y complejidad. Finalmente, se da atención especializada y hospitalidad.

Estos tres niveles de atención que conforman la CCSS participan en la detección del suicidio, esto por medio de consultas a los EBAIS, los servicios de urgencias y consulta externa de médicos especialistas y otros profesionales de la salud. La atención al suicidio se brinda a nivel de los servicios de Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social en el segundo y tercer nivel de organización, ya sea que se refiera a la persona paciente en urgencias o en hospitalización. Estas mismas áreas están encargadas del seguimiento de las personas usuarias que mejoran su condición de salud según donde viva la persona (Decreto N° 41287, 2018).

La CCSS responde a la Política Nacional de Salud Mental 2012-2021, la cual promueve y articula los esfuerzos de los actores sociales claves, para proteger y mejorar la salud mental de la población. Además, aboga por el trabajo desde una perspectiva basada en la integración horizontal e interdisciplinaria de los profesionales que conforman el equipo de

salud mental. Esta política promueve la apertura y funcionamiento de los Servicios de Psiquiatría en hospitales Generales; Equipos Interdisciplinarios de salud mental; Casitas de Escucha; Centros Diurnos; Hospitales de Día; etc. (Ministerio de Salud, 2012), los cuales conforman parte de los diferentes niveles de la CCSS.

Un ejemplo del último nivel de atención es el Hospital Nacional Psiquiátrico, el cual desarrolla un papel fundamental en el Sistema Nacional de Salud para el manejo de situaciones de alta complejidad que no pueden ser resueltas en el primer y segundo nivel de atención y requieren de períodos de internamiento variados según el tipo de patología.

Desde el año 2016, la CCSS ha implementado una estrategia para la distribución en todo el país de Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental, esto con la intención de que la población que lo amerite reciba el abordaje integral e interdisciplinario de salud mental desde el primer nivel de atención.

Teniendo en consideración todo lo anterior, resulta primordial rescatar la importancia que tiene la organización interinstitucional para tratar temas como la salud mental y por supuesto el suicidio, ya que para su abordaje se debe tomar con consideración no solo la atención individual que se suele prestar, sino también las condiciones socioeconómicas, políticas, geográficas, etc., en que viven las personas, dado a que es en ellas donde se producen y reproducen los factores protectores y de riesgos de las distintas poblaciones.

Los lineamientos, leyes, políticas sociales y públicas, etc. serán importantes para la población de acuerdo con el impacto que tengan en ellas, por tanto, se debe realizar un esfuerzo desde lo institucional para que el servicio llegue a la población y se brinde de la mejor manera posible y, por otro lado, brindar condiciones mínimas materiales y sociales para que los obstáculos, en cuanto acceso a esos servicios, sean cada vez menores. Para ello, fenómenos como la salud mental y el suicidio deben entenderse de manera multidimensional y no únicamente desde un enfoque individual.

2.4.2 Algunas de las iniciativas llevadas a cabo sobre salud mental y suicidio en Costa Rica.

Como parte de la importancia que ha tomado el tema de la salud mental, se han llevado a cabo algunas iniciativas para la atención y prevención del suicidio en Costa Rica, tal es el caso del “Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones

autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio”, impulsado por el Ministerio de Educación Pública (MEP), esto como parte de la Estrategia del Sistema Nacional de Salud para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 2016-2021 del Ministerio de Salud, de la cual ya se ha hecho mención en este documento.

En el protocolo en cuestión, se menciona que una de las poblaciones de mayor riesgo suicida a nivel mundial, son las personas que se encuentran entre las edades de 15 a 29 años, además se recalca que la población infantil no está exenta de este fenómeno (MEP, 2018). Aunado a lo anterior, se evidencia un aumento en lesiones autoinfligidas en diversas partes de su cuerpo, esto en estudiantes, siendo este un comportamiento al que recurre entre un 2% y un 4% de la población (MEP, 2018).

Dentro de los ejes que se proponen abordar y para lo cual se implementa dicho protocolo, están la atención inmediata y referencia de lesiones autoinfligidas y/o tentativa de suicidio en los centros educativos, detectando conductas de riesgo o tentativa de suicidio en el estudiantado, protocolo ante la ideación o tentativa de suicidio, protocolo ante lesiones autoinfligidas, acciones inmediatas ante suicidio consumado en centros educativos y las instituciones de referencias.

Por otro lado, el Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica en colaboración con el Ministerio de Salud, el MEP, el Viceministerio de Juventud y el Colegio de Licenciados y Profesores en Letras, Filosofía, Ciencias y Artes han liderado el desarrollo de una campaña de comunicación llamada “Aquí estoy”, la cual “tiene por objetivo sensibilizar y educar a la población sobre la importancia de identificar y saber escuchar a las personas con riesgo suicida, así como mostrar que hay espacios, próximos y profesionales de apoyo” (Ministerio de Salud Pública, 2019, párr.2).

Dicha campaña se inicia en la segunda mitad del 2019, tras evidenciarse que, durante el año 2018, el 9-1-1 atendió y gestionó un promedio mensual de 571 incidentes de Tentativas de Suicidio. Además, durante ese año atendió un total de 6851 llamadas sobre situaciones de intentos de suicidio, cifra que podría esconder un subregistro importante (Ministerio de Salud, 2019). Esto indica una necesidad de trabajar en la prevención y atención del suicidio, donde la salud mental figura como un elemento primordial en la población costarricense, de ahí el surgimiento de este tipo de iniciativas.

Estas representan algunas de las iniciativas más importantes relacionadas con la prevención y abordaje del suicidio, las cuales nacen a partir del marco legal e institucional existente en el país y como parte de la atención de la salud mental, esta última ha sido declarada una problemática de interés público por la OMS, por tanto, Costa Rica y sus instituciones tienen la obligación de garantizarla a todas y todos los ciudadanos.

Es importante resaltar que, como consecuencia de la pandemia debido al Covid-19 y el confinamiento de las personas a partir del 2020, se le ha dado una mayor importancia a la salud mental y, por ende, se han llevado a cabo muchas iniciativas para tratar esta problemática. Sin embargo, es necesario tener en consideración que corresponden a un contexto y momento histórico determinado que no concuerda con la dinámica de atención y prevención del suicidio y salud mental que se ha tenido en el país años anteriores a la pandemia, por lo que, podría representar un sesgo del contexto que se desea analizar.

3. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS, POLÍTICAS, GEOGRÁFICAS, DEMOGRÁFICAS Y CULTURALES DEL CANTÓN DE COTO BRUS

Partiendo de lo expuesto por Jodeleth (1986) las representaciones sociales se constituyen a partir de experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social.

Por tanto, se vuelve pertinente realizar una contextualización en la cual se rescatan las características más relevantes del lugar donde se realizó la investigación, el cantón de Coto Brus; que nos permita un mayor acercamiento a estos factores influyentes en la construcción de las representaciones sociales de las familias respecto a diversos fenómenos y en particular al suicidio.

3.1. Fundación y ubicación geográfica

Respecto a la extensión territorial y ubicación más exacta del cantón, según lo expone la Municipalidad de Coto Brus (2019) esta cuenta:

Una anchura máxima de cuarenta y cinco kilómetros, en la dirección noroeste a sureste, desde la naciente del río Turubo, a unos 2.300 metros al oeste de la cima del cerro del mismo nombre hasta la confluencia del río Caño Seco con la quebrada Campo Dos y Medio (párr.3)

Su representación gráfica se muestra en el siguiente mapa.

Mapa 1. Ubicación del cantón de Coto Brus.



Fuente: INDER (2014).

En cuanto al proceso de colonización de la Zona Sur de Costa Rica fue el resultado de la expansión meridional de la frontera agrícola hacia la Zona de los Santos y el Valle del General durante las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del siglo XX y da como resultado la ocupación de dichos espacios, su transformación en zonas de cultivo y la fundación de asentamientos. (Municipalidad de Coto Brus, 2019)

El territorio que actualmente ocupa dicho cantón estuvo habitado primeramente por indígenas del llamado grupo de los bruncos, que fue dominio de los coctos, actualmente representados por los ngöbes y buglés que han migrado desde Panamá. (Municipalidad de Coto Brus, 2019)

En un inicio, la creación de los poblados de Cañas Gordas, Agua Buena, Sabalito y San Vito se dio por la apertura de trochas en medio del bosque, luego con el proyecto de construcción de la carretera Interamericana, la cual atravesaría el Valle de Coto Brus, en 1940 muchas personas emigraron hacia la región; esto incrementa a partir del desarrollo del enclave bananero en el Pacífico Sur que estimuló la colonización de las tierras, la apertura de los puertos de Quepos (1939) y Golfito (1941) y el acuerdo sobre el límite internacional suscrito en 1944, entre los gobiernos de Panamá y Costa Rica, donde ciudadanos de ambos países emigraron hacia la zona. (Díaz & Quesada-Román, 2016).

Para finales de los años cuarenta, se dio inicio con la limpieza de la montaña, en lo que ahora se conoce como el distrito de Sabalito con el fin de obtener sus propias fincas, trabajarlas y vender sus productos en las plantaciones bananeras de la costa. La rapidez con la que fue creciendo dicho pueblo, se volvió en un atractivo para los emigrantes del Valle Central en búsqueda de tierras (Díaz & Quesada 2019).

Para la década de 1950, inició uno de los proyectos de colonización extranjera más exitosos en Costa Rica, entre el gobierno de Costa Rica y Sociedad Italiana de Colonización Agrícola (en adelante SICA) el Contrato-Ley 1316 el 12 de julio de 1951, el cual tenía como objetivo fomentar el establecimiento de agricultores italianos en el Valle de Coto Brus, esto se realiza para incrementar los vínculos sociales y económicos que existen entre los pueblos de Italia y Costa Rica. Sin embargo, la historia nos cuenta que dicho convenio se da con una Italia devastada por la guerra que como forma de estabilizarse económica, política y socialmente debió utilizar como estrategia la reactivación de la emigración. (Díaz & Quesada 2019).

A raíz del mencionado convenio suscrito, ciudadanos italianos comenzaron a arribar a la zona, la cual sufrió gran transformación con el esfuerzo de esos colonos y los costarricenses, que promovieron y llevaron a cabo el desarrollo de esta y conformando una población “italo-costarricense (Municipalidad de Coto Brus, 2019).

Es así como para el año 1965 se establece como cantón, a partir de la Ley N° 3598 del 10 de diciembre, “el cantón número ocho de la provincia de Puntarenas, el cantón de Coto Brus, con cuatro distritos, entre los cuales designó como cabecera la villa San Vito” (Municipalidad de Coto Brus, 2019, párr.12). Actualmente este se divide en seis distritos, los cuales son San Vito, Sabalito, Agua Buena, Limoncito, Pittier y Gutiérrez Brown. Este cantón está ubicado en la zona sur de Costa Rica, en las faldas de la Cordillera de Talamanca, limitando con Panamá. (Municipalidad de Coto Brus 2022)

Por esta conformación que incluye variedad de nacionalidades y etnias, es que Coto Brus es considerado un cantón de mezcla de culturas indígena, costarricense, panameña e italiana, lo cual ha definido el territorio durante los últimos setenta años con características específicas de la zona geográfica.

Esto es pertinente de tener en cuenta a la hora de analizar los aspectos económicos, político, sociales y culturales de la región, dado el interés en el estudio de las representaciones sociales puesto que, según la teoría estudiada, los significados sobre las cosas son "creaciones sociales" de los miembros de cada cultura en un contexto específico en que el individuo vive y se desempeña.

Lo social se puede interpretar de varias maneras; por medio del contexto concreto en que se sitúan las personas, es partir de ello que se crea la identidad cultural y por ende las representaciones sociales, el indagar sobre el sistema cultural en el que se desenvuelven, la interacción entre grupos sociales, el cómo funciona la sociedad, entre otros aspectos, permite comprender cómo el entorno influye en las personas a través del conocimiento elaborado colectivamente y de esto entender la forma en que explican los sujetos su la realidad y cómo actúan en ella.

Aquí se devela el carácter social de las representaciones sociales que expone Cruz, (2006) entendiendo que estas siempre están vinculadas a factores sociales ya que son procesos colectivos donde se crea la comprensión e interpretación de la realidad. Entonces según esta mezcla de culturas que formaron el cantón, así se puede decir que desde esta

confluencia de conocimientos, valores y significados se da paso a las representaciones sociales que tiene hoy en día los y las habitantes Sanviteñas sobre su realidad e identidad.

Tal y como rescata Jodelet (2008), los sujetos deben ser concebidos no como individuos aislados, sino como actores sociales activos, concernidos por los diferentes aspectos de la vida cotidiana que se desarrolla en un contexto social de interacción y de inscripción” (p.51).

Es decir, las representaciones sociales crean el lazo entre el individuo y el medio en que se desarrollan participan en la construcción de su identidad y la reordenan de diferentes maneras en un contexto de acciones e interacciones que modifica y recrea activamente los significados y acciones involucrando las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de distintos elementos que históricamente han estado presentes.

3.2. Población

En lo que refiere a la población, este cantón cuenta con una población estimada de 44 293 habitantes, de acuerdo con el Anuario Estadístico 2020 - 2021 del INEC (Costa Rica).

Tabla # 1 Población del Cantón de Coto Brus

| Distrito | Población 2021 |
|------------------------|----------------|
| San Vito | 12 608 |
| Sabalito | 12 219 |
| Aguabuena | 7 047 |
| Pittier | 3 264 |
| Gutiérrez Braun | 5 007 |

| | |
|--------------------------------------|--------|
| Limoncito | 4 149 |
| Total del cantón de Coto Brus | 44 293 |

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos del Anuario Estadístico 2020 - 2021 de INEC.

Según el gráfico anterior y acercándonos específicamente al distrito que se eligió para esta investigación, en la distribución de habitantes por distrito, es San Vito quien cuenta con mayor concentración de población, con 12.6088 habitantes, este es el de mayor densidad poblacional con una tasa de 169,0, y está conformado por los siguientes Barrios y Poblados: Canadá, María Auxiliadora, Tres Ríos. Aguas Claras, Bajo Reyes, Bajo Venado, Barrantes, Ceibo, Cruces, Cuenca de Oro, Danto, Isla, Linda Vista, Lourdes, Maravilla, Piedra Pintada, San Joaquín, Santa Clara, Torre Alta.

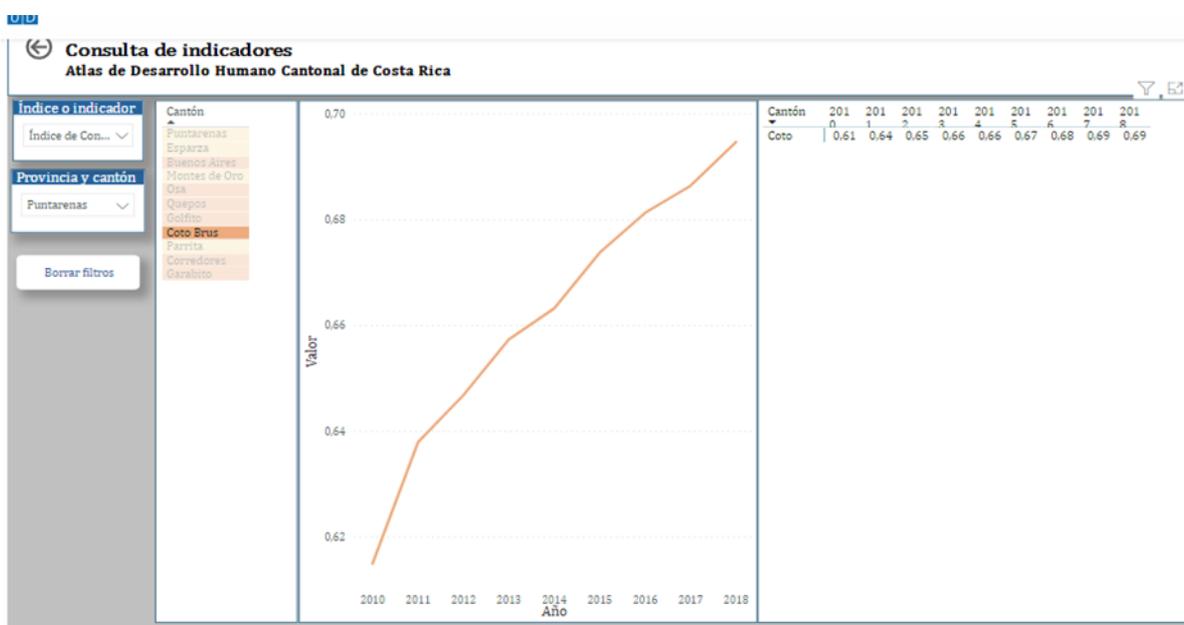
Lo anterior nos permite visualizar una posible problemática en cuanto a la carencia de profesionales que den atención a la salud mental en comparación con el tamaño de la población, esto según lo visto en apartados anteriores, donde se expone que son seis los profesionales de salud encargados de atención a la salud mental de todo el cantón.

3.3. Educación

Dentro de otros aspectos a destacar se encuentra la educación en el cantón, se menciona en el sitio web de la Municipalidad de Coto Brus que la primera escuela se estableció en 1947, mientras que el primer colegio se crea 1968, lo cual nos indica que tuvieron que pasar más de dos décadas para que los estudios de secundaria llegaran a la región.

Respecto a esto se presenta la siguiente gráfica donde se visualiza datos sobre el conocimiento académico de la población del cantón de Coto Brus, según Atlas de desarrollo humano cantonal de Costa Rica.

Gráfico#1: Índice de conocimiento del cantón de Coto Brus



Fuente: Ministerio de salud de Coto Brus.

La gráfica nos muestra que el índice de conocimiento contemplado durante ocho años ha aumentado en un 0,062% en el cantón, sumado a esto el porcentaje de iletrados según el último Censo realizado en 2011 por el INEC, el cantón contaba con un 5,3% de analfabetismo en la población, un gran porcentaje que no cuenta con primaria, ni secundaria completa.

Esto analizado desde la perspectiva de que la educación en Costa Rica ha tomado un papel protagónico desde la década de 1940, muestra que existen grandes carencias en esta zona rural que nos habla de una clara exclusión social y limitaciones en este rubro.

En una sociedad cambiante que avanza a pasos agigantados en muchos aspectos, las zonas rurales parecen estar sufriendo un “letargo vial”. Los avances en materia educativa de las regiones periféricas difieren, en ocasiones, con lo que se realiza en algunos centros educativos de la Gran Área Metropolitana (Rugama, 2017). Las zonas rurales en temas de educación y políticas educativas, han sufrido y sufren de desigualdad en cuanto a facilidad de acceso y obtención de recursos, esto genera un posibilidades complicadas para estudiantes de dichas zonas.

El Estado debe mucho a las zonas rurales en materia de educación, si bien existen planes, proyectos que se crean para alcanzar una igualdad en el acceso a la educación, no se

ven reflejadas en las zonas rurales que siguen pasando penurias en sus centros educativos, una vez más son políticas y/o proyectos que no llegan a las periferias del país.

3.4. Prácticas Religiosas

Dentro de la historia del cantón que se encuentra en la página web de la Municipalidad de Coto Brus, se menciona como parte importante de esta, la creación de la primera iglesia, la cual se construyó en Sabalito dedicada al Patriarca San José y otros datos específicos sobre acciones o acontecimientos religiosos que son considerados parte de la historia del canto como la fecha del primer bautizo entre otros similares a este.

Además de esto, indagando sobre la cantidad de iglesias con las que cuenta el cantón se encontró que existen cuatro parroquias principales de las cuales se despliegan noventa y seis filiales, dicha información obtenida de la oficina administrativa de la Parroquia Nuestra Señora de Lourdes, esto nos indica que aproximadamente cada comunidad del cantón cuenta con una iglesia católica.

Basándose en los datos anteriores y en las estadísticas que presentan a nivel país un 52% de la población se declara católica (Seminario universidad, 2018), se puede deducir que en este cantón como en el país, predomina dicha religión. Este criterio religioso es de relevancia para el presente estudio dado que la iglesia como institución social puede influir en la construcción de las representaciones sociales de la población y por tanto en la forma en como las personas interpretan la realidad y actúan ante cualquier fenómeno.

3.5. Dinámica Económica

Según la historia del cantón, en sus inicios se practicaba una agricultura de subsistencia y es hasta en 1949 que se inició con el cultivo de Café y el impulso de la frontera agrícola, propiciado desde Chiriquí y la colonización rural extranjera por parte de inmigrantes italianos que fue planificada en conjunto por los gobiernos de Costa Rica y de Italia en 1952, constituyéndose en el más importante producto agrícola de la región (Municipalidad de Coto Brus, 2019)

Para este periodo el café y banano eran sectores líderes de la economía del país, por lo cual, el Estado se encontraba interesado en el apoyo a las zonas productoras, y se inicia un desarrollo institucional con políticas de apoyo en investigación, extensión y crédito en apoyo

al sector rural, de las cuales se beneficiaba el cantón. Una muestra de esto fueron las donaciones para la construcción del aeropuerto que trasladaba los productos hasta San José por la falta de caminos, así como una exención de impuestos de aduana para la adquisición de vehículos, maquinaria y repuestos destinados a San Vito. (Rimolo-Bariatti,2021)

Desde entonces el poblado se caracteriza por ser un espacio geográfico rural en donde predomina la actividad agrícola y la ganadería. La principal actividad económica es el café, y se pueden encontrar en esta comunidad amplias extensiones de terreno que están cultivadas de café. Esto puede entenderse a través de la historia productiva de Costa Rica, ya que el café fue el cultivo base para la acumulación capitalista en el territorio costarricense, el cual tuvo gran auge consolidándose como un modelo de producción en todo el territorio nacional (Aguilar 2013).

Al respecto cabe aclarar que el cantón, como lo menciona la Municipalidad de Coto Brus (2019), a diferencia de los otros cantones de la región del Pacífico Sur, no estuvo exclusivamente ligado al enclave bananero, dada la existencia del cultivo del café, explotaciones ganaderas y productos de subsistencia (párr.1)

En muchas regiones de la zona sur de Costa Rica, existe una fuerte influencia del cultivo del banano y su producción, sin embargo, en este cantón no sucedió de esta manera, al menos no tan fuerte como en otras zonas. Como ejemplo de lo anterior, es que entre sus principales cultivos se destacan café, caña india, maíz, plátanos, frijoles y, además, se ha desarrollado la ganadería (Municipalidad de Coto Brus, 2019). Como se evidencia, las actividades económicas son diversas y en su mayoría características de una zona rural.

El Censo Nacional de 2011 detalla que la población económicamente activa se distribuye de la siguiente manera:

Sector Primario: 41,9%

Sector Secundario: 8,9%

Sector Terciario: 49,2%

El cultivo del café en la región, dadas las condiciones climáticas, ha implicado que resalte su calidad en el país. En cuanto a la actividad del sector industrial, resulta escasa y se resume principalmente en la existencia de talleres que elaboran materias primas para

consumo local, a excepción de los aserraderos y beneficios de café y a pequeñas artesanías (Municipalidad de Coto Brus, 2019).

En este punto cabe señalar que por su economía dependiente principalmente de la agricultura, esta región se vio afectada, como muchos otros lugares del país, cuando se implementó el modelo de ajuste estructural, el cual se estableció por medio de tres programas.

Con el establecimiento de los PAES, que llegaron a principios de la década de 1980, es que se da una serie de restricciones en el sector público, afectando al sector agropecuario; debido a que, “Se dio una marcada directriz hacia la transnacionalización, con el establecimiento de la política de agricultura de cambio, perjudicando así a los pequeños y mediados productores fundamentalmente de maíz, frijol, arroz y café”; es decir trabajadores de productos del consumo diario de las personas costarricense. (Trejos 1994),

Siguiendo con lo expuesto por esta autora dichos programas tuvieron sus repercusiones en cuanto se implementaron diversas medidas, como lo fueron el recorte del gasto público, recorte de créditos, tasas de interés, desregulación del sistema financiero, y proceso de apertura comercial externa por medio de la reducción de aranceles; por lo que se incrementa la apertura comercial externa, también se vieron cambios profundos en las funciones del Estado.

En resumen, las medidas establecidas en estos programas que afectaron el sector agrícola fueron las siguientes:

- Se enfatiza la promoción de las exportaciones.
- Se acuerda la disminución de aranceles a las importaciones.
- Se fomenta la producción de bienes exportables con la liberación de la economía hacia el mercado exterior.

El establecimiento de estas medidas como lo menciona Alvarado (1994), responden al interés de dar apertura total a la economía, buscando la nueva lógica de la internalización económica. Con esto el mercado nacional de granos básicos internamente pierde su importancia y se pasa de un estado enfocado en el apoyo al productor nacional de granos

básicos, a uno interesado principalmente en la producción de bienes exportables, limitando así cada vez más, las posibilidades de desarrollo para el sector agro.

Esta decadencia y desprotección que se menciona sobre el agro se debe a que con estas medidas los productores dedicados a actividades no integradas en el modelo o imposibles de convertir hacia cultivos comerciales que entrarán en el mercado exterior fueron excluidos de los beneficios de las políticas y el apoyo del estado; ya que dichos productores nacionales no contaban con las herramientas necesarias para competir contra grandes empresas que sí tenían las condiciones, el capital y apoyo necesario para exportar.

El cantón de Coto Brus no quedó exento de esto, aunque siempre existió el predominio del café, anteriormente se expuso que se cultivaban otros productos como, caña india, maíz, plátanos, frijoles y ganadería, pero dada las condiciones que padeció el sector agropecuario, la región se volvió productora de un monocultivo.

Esta dependencia del cultivo cafetalero, ocasiona que si bien en la temporada de café que abarca desde agosto hasta noviembre, se producen empleos, aumenten las ventas y hay una creciente en la economía, los meses restantes donde no hay cosecha de café, las familias y la población local se ve obligada a realizar migraciones hacia otras regiones del país en busca de trabajos que les permita la satisfacción de sus necesidades (Quesada, 2013)

Circunstancia que se observa de manera directa en las condiciones de vida de las familias campesinas que dependen de la agricultura para poder satisfacer necesidades, las cuales debido a este abandono que se le dio al agro, se han visto obligadas a recurrir a otras formas para obtener ingresos, relegando la agricultura a un segundo plano y priorizando otras formas de subsistencia que les permita acceder a una calidad de vida.

Lo anterior se vio reflejado en algunos comentarios de las familias participantes de este estudio, por ejemplo: “en la agricultura ya es muy poco” “el café casi todo lo cortaron”, agregando a esto que ahora las personas generalmente trabajan en servicios terciarios.

Esto nos indica que la economía del cantón presenta cierta inestabilidad y aunque pareciera que la región cuenta con alto potencial para el desarrollo de otras actividades que impulsen la economía, dado el poco apoyo estatal y gubernamental no se ha podido desarrollar de la manera más oportuna o adecuada. Esto también se puede asociar a las limitaciones y exclusión social que sufren muchas zonas rurales del país.

Dado el decrecimiento y las dificultades a los que se enfrenta el sector agropecuario a nivel nacional producto del cambio climático y la inestabilidad del precio de los productos agropecuarios, en la zona ha aumentado la diversificación de las actividades laborales de los habitantes, teniendo un incremento en el sector servicio, esto como la forma de adaptarse y buscar mejores ingresos para su subsistencia.

3.6. Discurso sociopolítico de la fundación del cantón de Coto Brus

Desde el inicio de las migraciones el cantón de Coto Brus presenta influencia de interés político, esto porque según lo menciona la historiadora Rita Bariatti, el proceso de colonización de San Vito es producto de una “emigración familiar planificada, provenientes de la Italia problemática de posguerra, con un contingente de gente empobrecida, desempleada y con pocos recursos para sobrevivir.” (Bariatti, 1989, p. 111). Por tanto, esta colonización fue una estrategia del gobierno italiano para buscar la estabilidad económica y social que había perdido el país.

De esta manera, se firma uno de los proyectos de colonización extranjera más exitosos en Costa Rica, llamado Contrato-Ley, con el propósito de fomentar el establecimiento de agricultores italianos en el Valle de Coto Brus, así como incrementar los vínculos sociales y económicos que existen entre los pueblos de Italia y Costa Rica. Dicho contrato disponía la adjudicación de 10 000 hectáreas de tierras pertenecientes al Estado o a los baldíos nacionales en el sur del país con la idea de impulsar el desarrollo agrícola de la zona (Sistema Costarricense de Información Jurídica, 1950)

En este punto surge una figura de relevancia para el cantón, Vito Sansonetti, quien se casó con una costarricense de origen oligárquico costarricense y a quien se le adjudica el crear los lazos entre el gobierno costarricense y el italiano, fundador de la Società Italiana di Colonizzazione Agricola (SICA), la cual dirigió por 25 años hasta liquidar la sociedad en 1976. Esta misma institución fue y sigue siendo considerada como la empresa colonizadora del cantón, esto dado que se encargó de la construcción de los primeros edificios públicos de la colonia, entre ellos la clínica, la escuela y la iglesia. Se dice que dicho beneficio produjo la transformación más acelerada que hasta entonces experimentará una región en Costa Rica (Araya, 2017).

Desde entonces se establecieron relaciones económicas y sociales entre colonos europeos y los campesinos costarricenses, las cuales se tradujeron en nuevas actividades

productivas y en el desarrollo del centro urbano que se especializaría en la producción de café: San Vito de Java, como parte del futuro desarrollo que parecía tener el cantón, este contaba con el apoyo del gobierno y los bancos tanto del país como internacionales.

Otras de estas figuras relevantes que resaltan en la historia de la fundación es el Padre Humberto Melloni, personaje emblemático, querido y alabado, que hizo mucho por San Vito, por lo que se hizo un monumento en su honor en el Colegio Humberto Melloni, también nombrado en su honor y Juana de Pirola, quien es recordada por sus acciones de curandera y a quien aún se le recuerda como elemento clave en la colonización. Esta trascendencia se refleja en la actualidad, ya que en su honor se nombró en el presente año el hospital Juana Rosa Pirola.

Sin embargo, Bariatti (2021) expone la existencia de discursos en contra de Vito Sansonetti, cargados de discrepancias y resentimientos por promesas sin cumplir y abandono al distrito, lo que nos indica que no para todos los pobladores será igual la forma en que se funda San Vito de Coto Brus, si no que en algunos discursos se resta el protagonismo que se le ha atribuido históricamente a los italianos y se recalca que desde antes de su llegada ya había gente en la zona.

Lo anterior se vuelve relevante en la medida en que devela la base desde la que se construye la identidad de los sanviteños, que involucra un constructo social que se ha creado a lo largo de los años y que determina la forma en que estos entienden su propia historia e influye en la forma en que se definen en la actualidad.

En este punto es necesario referirnos a las representaciones sociales recordando lo dicho por Cruz (2006), pues es desde estas que se configuran las identidades personales y sociales, en contextos sociales concretos, unos determinantes históricos y culturales en común, lo que provoca proximidad y similitud entre los miembros de un grupo y por ende, la diferenciación con los miembros de otros grupos. Es decir, la forma en que las personas creen que se fundó el cantón no solo aparecen de forma espontánea, sino que se presupone una historia, experiencias e interacciones y que proviene de representaciones sociales ya construidas y que además influirá en la construcción de las representaciones sociales que se tenga sobre algún objeto en particular.

3.7. Salud

En el marco institucional, el sistema de salud en la Región Brunca está dirigido por un director regional, con un equipo administrativo y técnico, responsable de ejecutar las funciones asignadas a este sistema. Para el caso del Ministerio de Salud y la CCSS, cada institución alberga sus equipos regionales separados en instalaciones diferentes. Las instituciones de salud con las que cuenta dicha región son: un hospital regional, cuatro hospitales periféricos, seis áreas de salud y setenta Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), en sus seis cantones (Pérez Zeledón, Buenos Aires, Coto Brus, Corredores, Osa y Golfito) (CCSS, 2019).

Instituciones de Salud de la Región Brunca.



Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de CCSS, 2019.

En el diagrama anterior se muestran cuáles son las instituciones de primer y segundo nivel de atención de la salud de la Región Brunca, dichas entidades son apoyos entre sí, el hospital de referencia nacional es el apoyo en las especialidades con las que no cuentan los hospitales periféricos, así mismo las áreas de salud asesoran, monitorean y apoyan técnicamente a los diferentes EBAIS de su área de atracción, que se encargan de ejecutar los programas de primera línea de atención.

Respecto a la información sobre cómo se encuentra la salud de los pobladores de la región, se logró encontrar datos establecidos en un panorama general de las principales afecciones que los aquejan en los últimos años.

Primeramente, resalta como una situación que empeora la atención brindada el recorte de los ingresos económicos de la CCSS, el cual ha limitado los servicios que se ofrecen en la región y se ha enfocado principalmente en la atención del Covid-19, agravando así los otros padecimientos de salud. (Universidad de Costa Rica sede sur, 2020)

Según el informe consultado, Propuesta multisectorial para la reactivación económica de la Región Brunca, se encuentra que en la región se presenta el siguiente listado de situaciones que afectan la salud:

- Falta de atención a los usuarios por parte de la CCSS por la carencia de médicos especialistas en la Región Brunca.

- Sobrepoblación de atención en los EBAIS de la zona.

- Reducción en el servicio de atención por aumento de gastos para enfrentar la pandemia.

- Problemas de atención por limitaciones en la infraestructura en salud.

- No hay acceso a programas de apoyo emocional que favorezca la salud mental de los jóvenes ante las diferentes problemáticas, como la persistencia de relaciones impropias y explotación sexual comercial, entre otras (Universidad de Costa Rica Sede Sur, 2020).

Lo descrito anteriormente, presenta problemas importantes en la región y pueden ser un factor influyente en la percepción que las personas tengan sobre acceso a la salud, ya que la poca atención, la carencia de médicos especialistas, sobrepoblación en los centros que provocan atenciones deficientes y el poco interés mostrado por la salud mental, puede influir en que las personas decidan no asistir a los centros médicos.

Ahora bien, posicionándonos más específicamente en el cantón en estudio, esté en su marco institucional cuenta con un hospital periférico, el Hospital San Vito, y quince Equipos Básicos de Atención Integral en Salud en sus seis distritos, para brindar atención a una población estimada de 43.192 habitantes (CCSS, 2018).

Entre los problemas considerados de mayor relevancia, según un análisis del área de salud de Coto Brus en el año 2018, que se encuentra en el Plan de Desarrollo de la

Municipalidad de Coto Brus, previsto para el periodo de tiempo de 2019 a 2023, se mencionan los siguientes según la percepción de la población:

- Obesidad y enfermedades crónicas.
- Hábitos de alimentación inadecuados.
- Población de bajos recursos económicos en su mayoría.
- Desempleo.
- Embarazo en adolescentes.
- Escasa educación sexual.
- La migración de jóvenes en la zona.
- Alcoholismo y drogadicción.

Ahora bien, identificados dichas problemáticas, el informe de la Municipalidad de Coto Brus, afirma que se trabaja desde tiempo atrás con proyectos, como por ejemplo el de Promoción Estilos Vida Saludable y Prevención de la enfermedad, así como el Proyecto Mesoamérica, para subsanarlas. Sin embargo, el que aún pertenezcan o sean una necesidad sentida por la población indica que estos no están surgiendo efecto. Pero aún así las estrategias no cambian, no hay innovaciones en cuanto a la atención, lo cual podría vincularse con el escaso apoyo mencionado en la caracterización del cantón, donde se nos indica la poca o nula intervención estatal y gubernamental que recibe la zona.

3.8. Situación del suicidio en Coto Brus

El presente apartado tiene como fin contextualizar la situación del suicidio en San Vito de Coto Brus, mediante datos y características que dan una visión general del fenómeno y de la forma en que este es abordado:

La salud es un punto de encuentro, ya que en ella confluyen lo biológico, lo social y lo ambiental, el individuo y la comunidad, la política social y la política económica (Dirección Regional de Rectoría de la Salud Brunca, 2014 p.12).

Esta cita permite comprender la pertinencia de indagar sobre la caracterización del cantón con el fin de conocer cómo factores como la política, cultura y economía pueden influir en la representación social que los pobladores tengan sobre un determinado fenómeno como el suicidio.

Como se mostró en el capítulo anterior, el tema del comportamiento suicida en nuestro país, cuenta con un marco normativo al cual a nivel local se implementan acciones de manera institucional e interinstitucional por medio de redes o comisiones.

Como respuesta a una consulta sobre la atención que se le da ante el suicidio, realizada al área de salud del Cantón de Coto Brus vía correo electrónico, se menciona que en el cantón se acogen estas acciones establecidas en la política nacional, las cuales son la creación de una Ruta Interinstitucional Local de atención del comportamiento suicida, un plan anual de trabajo de la (Red Cantonal de Actividad Física y Salud en adelante RECAFIS) y de la (Instancia Local para el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida en adelante ILAIS) y algunos proyectos o acciones de capacitación y sensibilización en el tema, sea de manera institucional o interinstitucional, dirigidos a funcionarios o grupos específicos de la comunidad.

Las instancias encargadas de la atención, promoción y prevención del fenómeno son: RECAFIS, como respuesta a lineamientos internacionales y a la necesidad de integrar y fortalecer las acciones que se realizan en nuestro país, relacionadas con la promoción de la actividad física, así como ILAIS el cual a un nivel local de acuerdo con cada contexto y realidad local e institucional, según corresponda, es una instancia para el abordaje integral del riesgo suicida a nivel cantonal, integrada por representantes de las diferentes instituciones, organizaciones y grupos con competencias en la promoción de factores protectores y la prevención, atención y seguimiento del riesgo suicida, los intentos suicidas y el suicidio, a nivel local, esto según lo establecido en Normativa Nacional para la Articulación Interinstitucional en el Abordaje Integral del Comportamiento Suicida 40881-S.

Así mismo, luego en la realización del trabajo de campo encontramos que la atención inmediata ante alguna manifestación suicida es referida directamente al área de psiquiatría del Hospital y que según sea la situación o condiciones de cada caso el profesional en psiquiatría decide si es referido o no a los departamentos de Psicología o Trabajo social. (Comunicación personal con profesional en psiquiatría, el viernes 9 de septiembre).

Al respecto de lo anterior el Psiquiatra menciona, “El médico general sabe que por norma institucional psiquiatría es autoridad y es quien tiene el poder de decisión sobre los casos” (Comunicación personal 9 de septiembre de 2022)

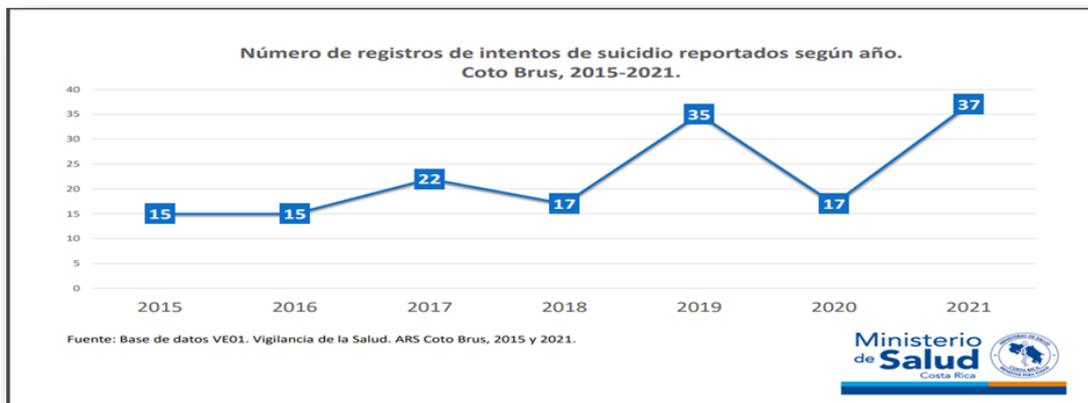
Dicho profesional además nos indica que en la atención lo primordial se basa en una entrevista individual y la familia es tomada en cuenta solo para definirla como factor protector o de riesgo.

Lo anterior nos muestra la manera en que se interviene a nivel cantonal sobre el fenómeno de suicidio; situación que nos permite analizar que además de los pocos funcionarios con los que cuenta el cantón para dar atención a la salud mental en general en los meses de septiembre del 2022, los cuales son tres profesionales en Psicología dos en el hospital San Vito y uno desde la prevención en el Ministerio de Salud, cuatro profesionales en Trabajo Social, tres en el hospital San Vito y uno en prevención en el Ministerio de Salud, y un profesional en Psiquiatría.

La información sobre las acciones de prevención y atención con los datos sobre los funcionarios y, en suma, la cantidad de población con la que cuenta el cantón no deja ver con claridad cómo se logra dar una adecuada prevención y atención a la salud mental y al fenómeno del suicidio en particular.

Ante esto se vuelve necesario el indagar sobre las estadísticas que presenta el cantón del fenómeno en cuestión, por ende, se presentan los siguientes gráficos correspondientes a los intentos de suicidio por año, por sexo y por grupo etario, así como los suicidios por cantón y por sexo y año, datos brindados por el área de salud de Coto Brus.

Gráfico#2 Número de registro de intentos de suicidio reportados según año.



Fuente: Ministerio de Salud de Coto Brus (2022).

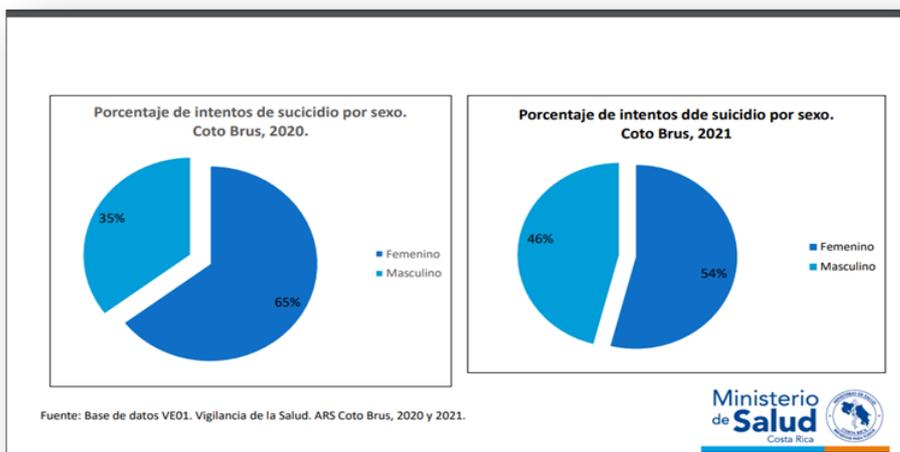
Este primer gráfico nos muestra que en el cantón hay una tendencia al alza en los intentos de autoeliminación en un periodo de siete años, y que la mayoría de los intentos fueron realizados en año anterior, situación que da pertinencia al presente estudio puesto que a pesar de que a nivel mundial ha existido una tendencia a la atención sobre los temas de salud mental y hablar más al respecto, en el cantón los casos de intento suicida siguen aumentado.

Este aumento podría vincular a la pandemia de Covid-19, esta afirmación basada en lo expuesto por Psicólogo del área de salud del cantón, el cual menciona que durante el contexto de pandemia se limitaron varios factores de protección y existió mayor exposición a factores de riesgo, los cuales estaban precisamente en los hogares, como por ejemplo situaciones de violencia, abuso, drogas, pobreza, etc. y que por lo tanto esto ocasionó mucha afectación a la salud mental de las personas.

En el caso de Coto Brus, se pudo identificar un aumento de más del 50% en los casos de intentos de suicidio para el año 2021. (Comunicación personal 15 de septiembre 2022). Esto coinciden con los datos a nivel nacional, ya que según el periódico El País, entre 2018 y 2021 se presentaron las cifras más altas de suicidios, con pequeños altibajos, que coinciden con el inicio de la pandemia (8 septiembre, 2022)

En relación con este aumento se presenta que la mayoría de ellos son cometidos por mujeres, como lo muestra el siguiente gráfico.

Gráfico#3 Intentos de suicidio por sexo



Fuente: Ministerio de Salud de Coto Brus 2022

Tal como lo establece la OMS son las mujeres por encima de los hombres quienes cometen más intentos de autoeliminación, esta tendencia se ha mantenido a lo largo de los años generando distintas interrogantes.

Entre las principales explicaciones que se puede atribuir a esta tendencias se encuentra el sistema patriarcal, el cual se organiza la sociedad asignando roles con marcadas diferencias entre hombres y mujeres, creando una desigualdad que incluso llega a provocar experiencias de violencia en las relaciones cotidianas de las mujeres, así como sentimientos de insatisfacción, falta de realización personal, tristeza o angustia.

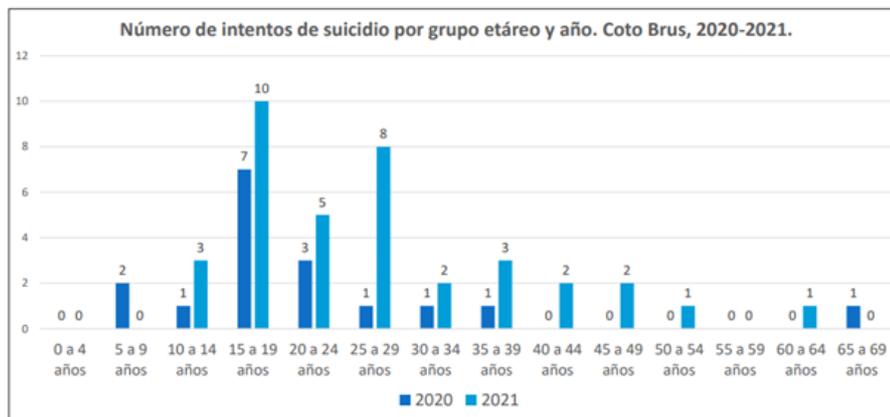
En relación a esto según el Semanario Universidad esta situación concuerda con un estudio mundial sobre trastornos depresivos y de ansiedad el cual indica que Costa Rica superó el promedio mundial en aumento de trastornos depresivos y de ansiedad debido al impacto de la pandemia, señalando que entre los grupos más afectado a nivel mundial a las mujeres (Codero, 2022).

Esto además de mostrar que la pandemia ha amplificado los factores de riesgo asociados al suicidio, nos recuerda que las mujeres estan a nivel social más expuestas a situaciones que afectan la salud mental, como por ejemplo bajos salarios, más tiempo en paro, entre otras cosas, estas circunstancias permite establecer la relación entre los aumentos en la tasa de intentos suicidas femenina, dado que son las mujeres quienes presentan lo

peores datos de sufrimiento emocional en comparación con los hombres, lo que puede conllevar a la ideación suicida (Codero, 2022).

En cuanto al número de intentos de suicidio por grupo etario y año se presenta el siguiente gráfico.

Gráfico#4 intentos de suicidios por grupo etáreo y año.



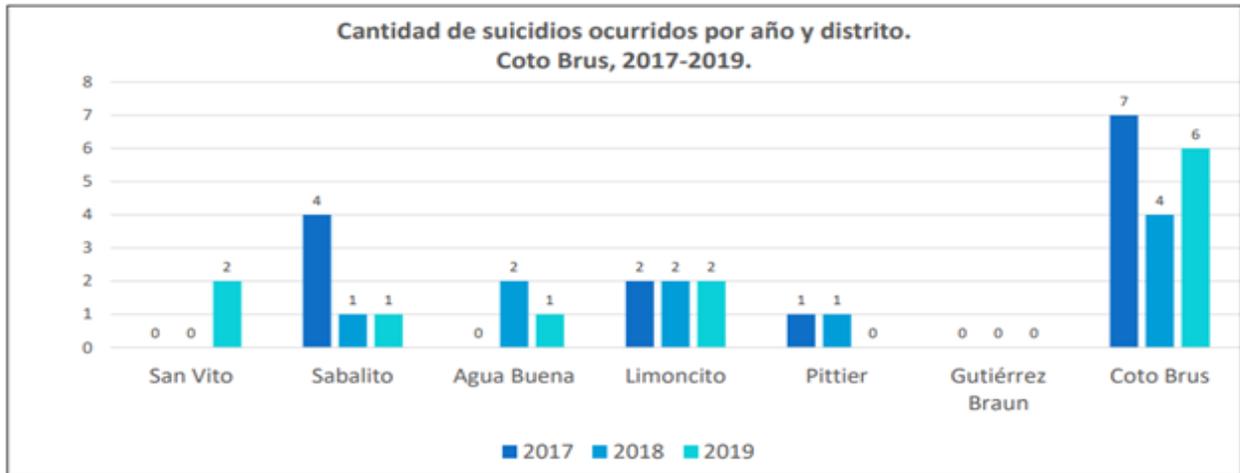
Fuente: Base de datos VE01. Vigilancia de la Salud. ARS Coto Brus, 2020 y 2021.

Se observa que es la población joven entre 15 y 19 años, es en la cual se realizan la mayoría de intentos suicidas, seguida por la población adulto joven de 25 a 29 años, esto en comparación con la población general del cantón el grupo mencionado es el de mayor concentración, es decir una de las mayores partes de los habitantes son de la edad entre 15 y 25 años y son también estos quienes comenten en mayor medida los actos de autoeliminación, datos que nos permite comprender en oriemera instancia que el suicidio sea considerada la cuarta causa de muerte entre la población joven y que así mismo es un fenomeno que afecta fuertemente el cantón de Coto Brus.

Esta situación se puede relacionar con la etapa de desarrollo, pues se pasa por cambios, descubrimientos difíciles que suelen ser causantes de ansiedad y depresión, se considera que se atraviesa una verdadera crisis durante la adolescencia (Campos, 2004). Y en suma el estar inmersos en una cultura adulto céntrica, donde se considera lo adulto como parámetro de medida y exclusión y la juventud es catalogada como inferior, inmadura y sin conocimiento válido y demás características que invalidan las situaciones que afectan a los jóvenes, dichas circunstancias podrían asociarse a estas tasas de intentos suicidas

Respecto a las estadísticas de suicidio consumado se encuentran los siguientes gráficos, posicionándose desde el distrito en que se presentan más actos consumados, el siguiente gráfico nos evidencia que son las personas habitantes del distrito de Sabalito y Limoncito quiénes más se suicidan en el cantón, dado que del 2017 a 2019 se han presentado 12 suicidios consumados entre ambos de un total de 17 en todo el cantón de Coto Brus.

Gráfico#5 Suicidios ocurridos por año y distritos

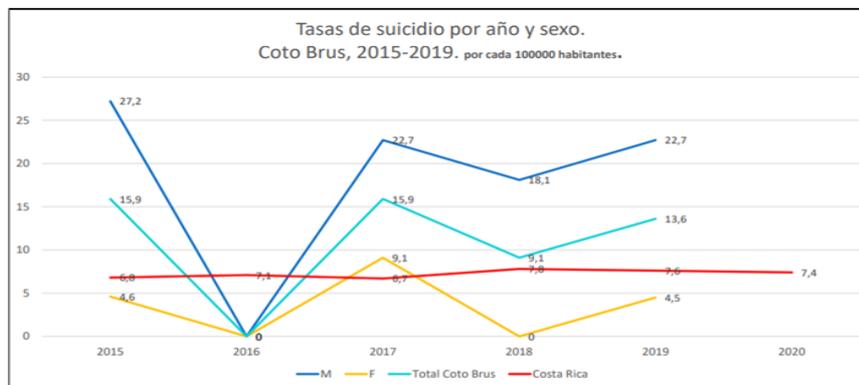


Fuente: Ministerio de Salud (2022)

Esto se relaciona con lo encontrado en el trabajo de campo respecto a las limitantes que tiene el cantón para acceder a una atención, pues el dichos distritos cuentan para la atención de salud con un EABIS y como los demás distritos para atender una emergencia se deben trasladar hasta el Hospital de San Vito, en suma a esto en el cantón los vehículos para asistir emergencias (ambulancias) son cuatro unidades de Cruz Roja para toda la zona (Comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Al respecto por sexo quienes logran consumir más actos al contrario de los intentos de suicidio son los hombre , según lo refleja el siguiente gráfico:

Gráfico#6 Tasa de suicidio por año y sexo.



[Elaboración propia a partir de información estadística del Poder Judicial. <https://planificacion.poder-judicial.go.cr/index.php/estadisticas-e-indicadores/estadisticas-por-materia-main>](https://planificacion.poder-judicial.go.cr/index.php/estadisticas-e-indicadores/estadisticas-por-materia-main)



Fuente: Ministerio de Salud de Coto Brus (2022).

Lo anterior nos muestran que la tasa de suicidios más elevada es la correspondiente a los hombres, así mismo que a nivel local para el año 2019 el cantón presentaba una tasa de suicidio por encima de la tasa a nivel nacional.

Esta situación según la OMS se debe a que las causas que predomina en esta población son precipitantes, es decir causas que tiene detonantes más relacionadas con condiciones contextuales como económicas, amorosas entre otras; asimismo, se relaciona con la cultura machista de la sociedad puesto en esta se le condena al hombre que exprese sus sentimientos o padecimientos ya que esto los posiciona como sujetos débiles, por tanto el que los hombre busquen ayuda dicha cultura se vuelve más difícil, también en concordancia con esto los métodos que utilizan suelen ser más agresivos y definitivos que los utilizados por las mujeres (armas de fuego, ahorcamiento o saltar desde lugares elevados, etc.)

Los datos anteriores muestran que el fenómeno del suicidio afecta fuertemente el cantón de Coto Brus y que las condiciones contextuales en las que se encuentra son además limitantes para brindar una cobertura de prevención atención y seguimiento de este. Así mismo se identifica la necesidad de implementar estrategias, para la notificación de los eventos, registro y producción de conocimiento sobre el fenómeno, pues, aunque las estadísticas exhiben la recurrencia de los actos suicidas, en los informes utilizados anteriormente sobre las problemáticas que afectan el cantón, el suicidio no es mencionado ni una sola vez, ni es considerado como un problema de salud.

4. ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL SUICIDIO EN FAMILIAS DEL CONTEXTO RURAL DE SAN VITO

En este apartado se exponen los principales hallazgos del proceso de investigación, los cuales son analizados en conjunto con la literatura y aportes teóricos, así como desde las reflexiones de las personas investigadoras.

A partir del compromiso de garantizar la confidencialidad, seguridad y anonimato de todas las personas participantes se optó por la utilización de pseudónimos, estos nombres fueron elegidos por las personas investigadoras.

4.1. Caracterización de la población

Para efectos de este estudio y una mayor comprensión de la población junto a las que se llevó a cabo este proceso, se realizará una caracterización de los aspectos considerados más relevantes, ya que, como sujetos y sujetas participantes en el estudio representan una fuente de información primaria y sustancial para el análisis a desarrollar.

En primera instancia, es importante rescatar que fueron entrevistadas seis familias pertenecientes al Distrito de San Vito de Coto Brus, específicamente de las comunidades de La Isla, La Pintada y San Vito centro, dos familias en cada una de ellas. En este punto cabe recordar que como criterio de selección se excluyó la participación de sujetos que hayan experimentado algún tipo de comportamiento suicida. Respecto a los lugares mencionados, son considerados rurales dadas las características geográficas que presentan.

En lo que refiere al tipo de familia, predomina la extensa repitiéndose esta característica en cinco ocasiones y la nuclear en una. Así mismo, el rango de edad de las personas entrevistadas va desde los 23 a los 88 años. Por otro lado, el nivel de escolaridad que más se repitió fue el de primaria completa y cuatro de las catorce personas entrevistadas presentan estudios universitarios completos e incompletos.

Así mismo, resulta relevante indicar que las personas participantes en las entrevistas tenían entre 10 y 70 años de vivir en sus respectivas comunidades, esto les permitía tener un mayor conocimiento del contexto del lugar que habitan.

En cuanto a los profesionales entrevistados se contó con dos profesionales en Trabajo Social, un profesional en Psiquiatría y un profesional en Psicología del Hospital de San Vito y

el Ministerio de Salud, con el fin de subsanar información correspondiente al comportamiento suicida, la cual no podía ser recopilada en las entrevistas a las diferentes familias debido a los criterios de selección de estas.

4.2. Contexto de las familias en comunidades rurales de San Vito

Se procederá a realizar un análisis sobre el contexto de los sujetos participantes como punto fundamental para la comprensión de las representaciones sociales de estas familias, ya que los factores sociales son inseparables de las representaciones que se tengan, siendo procesos colectivos que generan herramientas de comprensión y control de la realidad, elaboradas socialmente y compartidas.

Para el presente apartado se vuelve indispensable colocarnos desde la ruralidad de San Vito de Coto Brus, en la cual existen características, condiciones, concepciones e imaginarios contruidos en este espacio particular donde se da la organización de las familias que inciden en la construcción de las representaciones sociales sobre un fenómeno como el suicidio.

Además, al ser siempre las representaciones de un sujeto, estas dependen de la posición que ocupa en la sociedad, la economía y la cultura, constituyéndose a partir de sus propias experiencias e involucrando además las informaciones, conocimientos, modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la tradición, educación y comunicación social (Jodelet, 1986).

Puesto que el estudio tiene como sujetos participantes las familias, resulta necesario señalar las características del contexto donde se da la configuración familiar, ya que, tal y como lo menciona Uari (2021) a partir de distintos autores consultados en su artículo:

El estudio de la familia es inseparable del estudio del contexto en el cual una determinada configuración familiar emerge, existe y con él se mantiene en permanente interacción. No puede haber estudio histórico que no se relacione con el contexto, y tampoco puede hacerse una historia de la familia sin que estemos remitiéndonos permanentemente al medio social para comprender los cambios que en ella se operaron (p.38)

Comprendiendo de lo anterior que el contexto es parte inseparable de la forma en que se estructura la vida de las personas, donde se moldean las relaciones sociales, las prácticas y

las representaciones que crean los grupos, se procede a describir las características económicas, geográficas, políticas, sociales y culturales en las que se encuentran las familias participantes de este estudio, siendo estos los espacios y procesos desde donde construyen sus representaciones sociales.

En lo referente al ámbito económico, tanto en las comunidades como en la mayoría de las familias entrevistadas presentaban dos fuentes de ingresos que oscilaban entre trabajos del sector servicios combinados con la producción agrícola de forma ocasional; no obstante, si bien se mencionaba el sector agropecuario como fuente de ingresos, también se resaltaba la disminución que este ha sufrido en el cantón a través de los años.

Esta característica, como se vio en el referente teórico, refleja que se han producido cambios fundamentales en las zonas rurales, las cuales eran consideradas específicamente agrícolas y luego pasaron a ser zonas con una economía diversificada. Estos cambios responden a un expansionismo capitalista que obliga a buscar nuevas formas organizativas transformando profundamente al medio rural, lo cual lleva a la población a crear nuevas estrategias de sustento optando por trabajos fuera del agro para obtener ingresos que permitan la satisfacción de sus necesidades.

Derivado de lo anterior, se logra identificar en las entrevistas con las manifestaciones de los sujetos así como por medio de la observación, que la pobreza es una constante en la mayoría de las familias e influye como limitante para que las personas busquen atención de salud, pues los gastos que requieren para trasladarse al centro de salud y mantenerse en la espera son difíciles de cubrir, esto sucede tanto para la atención pública o en el caso de necesitar otro tipo de servicio como clínicas privadas o farmacias.

Las familias expusieron que su alternativa es recurrir a la farmacia más cercana “comprando medicamentos que se ajusten a su presupuesto”, siendo la automedicación la opción más viable bajo estas circunstancias, dado que optar por el servicio privado sería solamente en caso de una emergencia donde se deben “realizar muchos esfuerzos y sacrificios para poder acceder a ese tipo de atención”, lo que significa el préstamo de dinero por parte de familiares o actividades económicas extras que permitan recolectar el dinero para cubrir los gastos.

Así mismo, los profesionales entrevistados consideran la pobreza como una limitante que afecta la cobertura de la atención a la salud en el cantón, esto porque según la condición económica de las familias, éstas no pueden cubrir los gastos para dirigirse a buscar atención. Además, según lo señala el Psicólogo del Ministerio de Salud, la condición económica es reconocida como un factor de riesgo precipitante en el suicidio, señalando que el fenómeno es multicausal y dicha situación puede tener una influencia importante en este.

De lo anterior se comprende la relación bidireccional existente entre la pobreza y la salud mental y/o fenómenos como el suicidio. Si bien se dice que por limitaciones económicas es más difícil el acceso a la atención de la salud y que ésta es un factor de riesgo y causal de los problemas de salud, el no tener salud mental o física también puede repercutir en la obtención de ingresos, por lo que ambas situaciones se encuentran interrelacionadas.

Esta relación es expresada por uno de los sujetos entrevistados el cual menciona:

Bueno en el caso mío, yo tengo que cuidarme muy despabilado porque a mí sí me da mucha depresión. Como ahorita que estoy ahí, que a ratos estoy levantado, a ratos acostado, al rato medio me levanto y camino ahí. Si uno no se pone las pilas, diay, lo va a joder mucho la depresión y eso viene por parte del cerebro, mental. Y diay, sin trabajo uno, sin dinero y sin nada ¿no cree que lo perjudica a uno? O sea, hay que agarrarse muy firme. [...] Porque si vos estás en una cama y estás que te están manteniendo, que te están ayudando, sabes que no tienes con qué comer, no puede lo que es moverse, dígame usted si no se pone a pensar muchas cosas. Entonces, todo eso le va a haciendo un nudo a uno como en la mente, que si se descuida uno hasta loco puede parar, puede parar en el asilo (López, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022).

El “pensar muchas cosas”, “un nudo como en la mente” o “hasta loco puede parar”, son expresiones utilizadas para explicar el nivel de afectación que pueden tener las situaciones de pobreza, enfermedad, desempleo, dependencia económica, la falta de alimentos y otras necesidades primarias, en la vida de las personas y específicamente en la salud mental, por lo que no son cuestiones superficiales o menores.

Se demuestra que es real que las condiciones socioeconómicas en la cotidianidad de los sujetos incide directamente en la salud mental, y esto lo expresan las familias ya que

impacta muchas áreas en su realidad afectando el bienestar, generando pensamiento recurrentes que pueden llegar a cargar emocional y mentalmente a las personas que los sufren, incidiendo incluso en otras áreas de la vida.

Lo anterior es ampliado por una de las personas profesionales en Trabajo Social entrevistadas, quien refuerza esta situación explicando que, según su criterio, la salud mental no es una prioridad real para la población del cantón, ya que la obtención de ingresos y satisfacción de otras necesidades es considerado más importante; sin embargo, la condición económica se constituye en un detonante en las afecciones de la salud mental.

Me parece que no está en primer lugar, para muchas personas priorizan la parte económica, la salud, su familia, pero todo es un combo, porque hay algunos detonantes que es la parte económica (Comunicación personal, 15 de septiembre de 2022).

Dado lo expuesto, se constituye lo socioeconómico como un ámbito importante, ya que las necesidades a las cuales la población les da una mayor prioridad se encuentran relacionadas con este, donde figuran la alimentación, la vivienda, educación, vestido y calzado por encima de cuestiones como la salud mental.

De manera que, la realidad de muchas familias en zonas rurales es que el cuidado de la salud mental pasa a segundo plano o siquiera puede ser considerado debido a que las familias tienen la necesidad de solventar necesidades primarias por mera supervivencia

Y así como los factores económicos tienen una relación estrecha con el acceso de la población a los servicios relacionados con salud mental, las características geográficas del distrito San Vito de Coto Brus también representan limitaciones, dentro de las cuales se pueden destacar: la existencia de un único hospital en el cantón para atender a 44 293 personas que habitan en este extenso territorio (INEC, 2011), el contar con cuatro unidades de ambulancia para cubrir todos los distritos, lo que evidentemente resulta insuficiente, el hecho de que las personas deben desplazarse largas distancias para ser atendidas y que al contar con distritos en zonas fronterizas la calidad y existencia de servicios básicos es más escasa.

Con relación a esto último y según la información brindada por una de las personas profesionales en Trabajo Social, existen comunidades con difícil acceso debido a cuestiones de distancia y dadas las condiciones de los caminos no pueden circular vehículos, los terrenos son poco accesibles y las personas deben realizar largas caminatas para trasladarse, entre otras condiciones que dificultan la asistencia a espacios de atención.

Esto fue confirmado en el proceso de recolección de información en donde algunas de las personas entrevistadas indicaron:

Para trasladarnos casi siempre es a pie (4 km) ... una hora duramos... o localizar un taxista muy de confianza, pero eso es en casos muy extremos... porque uno a veces no cuenta con ese dinero. (Valverde, A., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Aquí no hay bus, no hay buseta, no hay nada. Para que venga un taxi aquí le cobra 3000. (Espinoza, L., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Por lo que estas condiciones representan para algunas comunidades una dificultad importante en la búsqueda de atención en salud mental.

Estas características geográficas particulares, también provocan que se limite el alcance de instituciones hasta las personas usuarias que han tenido conductas suicidas y requieren de seguimientos, lo que tiene una relación directa con la calidad deficiente de servicios como internet o señal telefónica que dificulta el contacto con ciertas comunidades.

Según la persona profesional, lo anterior fue más evidente en el periodo de pandemia, ya que al restringirse la presencialidad para evitar contagios por COVID-19, se procuró un contacto virtual y telefónico como medio principal de atención en el Hospital de San Vito.

Al realizar abordajes por plataformas como Zoom o Teams se observó el poco o nulo acceso a estos servicios que tiene parte de la población del cantón, ya que, según la persona profesional, quienes requerían de seguimientos no podían recibir atención debido a interrupciones provocadas por el limitado acceso a internet, obstaculizando el acercamiento y evitando el desarrollo del vínculo terapéutico requerido para esos casos.

Estas limitaciones también se ven reflejadas en el aspecto político institucional, por lo cual es importante destacar la existencia de varias instituciones públicas ubicadas principalmente en el centro de San Vito y de las cuales las familias entrevistadas mencionaron hacer uso para atender sus diferentes necesidades o acceder a los distintos servicios.

De éstas se pueden destacar las del sector de educación, seguridad, servicios, seguros, trabajo, vivienda, social, etc., donde el factor geográfico y económico también son un obstáculo para acceder a ellas. Sin embargo, para efectos de este trabajo, interesa enforzar el análisis en el sector salud, ya que es el encargado de atender lo relacionado con salud mental y suicidio en el cantón de Cotos Brus.

Comprender la estructura, conformación y funcionamiento del sector salud del cantón, permite dimensionar el alcance, limitaciones e impacto que tiene sobre las personas usuarias, en este caso, en las familias que viven en las tres comunidades seleccionadas para este trabajo de investigación. Para esto, es necesario contrastar la teoría, las opiniones de profesionales que trabajan dicha área y la información suministrada por las familias las cuales, a través de sus experiencias vividas, permiten un mayor acercamiento a sus diferentes realidades.

Teniendo esto en consideración, resulta importante rescatar que el Hospital de San Vito de Coto Brus cuenta con dos profesionales en Psicología, uno en Psiquiatría y tres profesionales en Trabajo Social que se encargan de atender lo referente a casos de autoeliminación y salud mental. Esto en sí mismo, representa una limitación considerable, ya que estos profesionales deben atender los casos que se presenten en toda la población del cantón la cual, según datos del INEC (2011), es de 44.293.

El número limitado de profesionales, entre otros factores, provoca uno de los mayores inconvenientes que tienen las personas usuarias, el cual consiste en la escasez de cupos para adquirir citas médicas, no solo en lo que refiere a salud mental, sino en general. Esto provoca un aumento en el tiempo de espera, donde las personas pueden pasar días o semanas sin poder recibir el servicio médico.

Respecto a esto, Víctor López mencionó que en ocasiones decide no ir a buscar asistencia médica, dadas las dificultades que conlleva obtener una cita. Incluso adquiriendo una cita pueden tardar meses en atender a las personas, tal y como lo explica Eliza López, la cual indicó que una vez logra un cupo para ser atendida por el médico general, quien “más o

menos la valora”, decide si darle una referencia por la cual debe esperar varios días para saber si le asignaron una fecha, misma que puede establecerse hasta 6 meses después de la primera consulta recibida.

Por otra parte, respecto a las limitantes del servicio que se brinda, una profesional en Trabajo Social perteneciente al Hospital de San Vito mencionó que:

Bueno quizás en lo de las listas de espera, dado que la demanda es mucha, entonces, por ejemplo: una referencia que venga para consulta externa de primera vez más o menos se dura tres meses en atenderlo, sin embargo, si quiero aclarar algo, si es un caso urgente se prioriza y se recarga o se sustituye con un ausente o a veces se canalizan a través de los servicios de emergencias, pero pienso que tal vez en eso (Comunicación personal, 15 de septiembre de 2022).

La profesional entrevistada reafirma las dificultades que tiene el servicio respecto a los cupos y listas de espera, tal y como lo mencionaron las familias. Además, destacó que para que la atención sea lo más inmediata posible dependerá de lo urgente del caso, lo que implica para aquellas personas que sufren alguna enfermedad progresiva degenerativa, correr el riesgo de empeorar significativamente en los meses de espera.

Así mismo, el profesional en Psicología del Ministerio de Salud destacó que los recursos humanos y materiales eran insuficientes, ya que algunos profesionales tenían múltiples labores en las distintas comisiones a nivel cantonal, lo que denota una sobrecarga laboral importante que no solo afecta a las y los profesionales, sino también a la calidad del servicio que se brinda, como lo puede ser el limitado tiempo de atención para cada consulta. Ejemplo de ello es que, solo hay un profesional en Psiquiatría al cual se le refieren la gran mayoría de casos de autolimitación que se dan en todo el cantón, en lo que concierne al servicio público.

Aunado a lo difícil que es adquirir una cita por falta de cupos, también se debe considerar las dificultades que deben enfrentar algunas personas para intentar acceder a ellos. Respecto a esto, Ana Valverde menciona que:

... a veces a las 7am le dicen que no hay campo, aunque haya llegado a medianoche (Comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Esto significa que deben esperar muchas horas antes para obtener un cupo y, sin embargo, eso no les garantiza que logren.

Además, como ya se mencionó en el ámbito económico y geográfico, las familias que viven en comunidades alejadas del centro de San Vito, como lo es el caso de La Isla, pusieron de manifiesto las dificultades que conlleva desplazarse en busca de un cupo para una cita médica, ya que para esto debían desplazarse a pie hasta 4 kilómetros ante la ausencia de transporte público y la imposibilidad económica de pagar un taxi.

Esto indica que, las condiciones materiales de las familias son fundamentales para poder acceder o no a un servicio, en este caso el de salud, y a esto se le añade las limitaciones que presentan las instituciones públicas para brindar atención de calidad a la población. Esto influye, no solo en la percepción que tienen estas familias sobre fenómenos como la salud mental y el suicidio, sino también como viven y lo tratan.

Por otro lado, resulta importante mencionar que apesar de las limitaciones y dificultades expuestas anteriormente, algunos profesionales que trabajan específicamente en el sector salud y que atienden los casos relacionados con salud mental y suicidio, manifiestan que el servicio a mejorado en cuanto la CCSS a implementado nuevos reglamentos, leyes y lineamientos, además de contar con la coordinación con otras instituciones como Patronato Nacional de la Infancia (PANI), Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM), con la Municipalidad, el MEP, el Ministerio Público, Juzgado, Fuerza Pública, inclusive con ONG.

Destacan también que se brinda un servicio integral en modalidad individual, familiar y grupal, además de contar con el ILAIS. Todo esto relacionado con la atención y prevención del suicidio y salud mental.

Sin embargo, parece que esto sucede solo en papel pues como se mencionó anteriormente, y como lo expusieron estos mismos profesionales, la sobrecarga, la falta de recursos y el poco acceso a la población no cesa, así mismo en los relatos de las familias tampoco se ven reflejados los progresos, por tanto, en la práctica estos avances de proyectos y alianzas no suceden.

Esto podría explicarse con la falta recursos tanto materiales como humanos y de información hacia las personas usuarias, porque a pesar de que existan como proyectos, la población no los conoce y/o no pueden hacer uso de los mismos.

La imposibilidad de acceder al servicio de salud que enfrentan muchas personas dadas sus condiciones materiales, sociales, políticas y culturales, refleja una gran contradicción entre las distintas realidades que viven las personas y lo que se plantea desde lo político-institucional e incluso desde lo constitucional. Dicha contradicción consiste en que, aunque existan leyes, lineamientos, programas, ratificación de tratados internacionales, creación de políticas públicas y sociales, etc., si la población no logra tener acceso a ellas, no están cumpliendo con sus metas y objetivos, en otras palabras, para las diferentes poblaciones no existen dado su nulo impacto en ellas.

Un claro ejemplo de ello es que, a pesar de que Ley General de Salud N°5395 contempla en su artículo 9 que todas las personas tienen derecho a la promoción de la salud física y la salud mental, de acuerdo lo encontrado en las comunidades, esto no se cumple, ya que no se cuenta con los mecanismos y herramientas necesarias para que las personas accedan al servicio ni con las condiciones necesarias para que los y las profesionales puedan brindar un servicio de calidad.

Frente a las dificultades que viven las personas de estas comunidades, resulta importante conocer la existencia de grupos y la conformación de las distintas organizaciones desde un enfoque social, ya que interesa conocer las dinámicas de interacción, las cuales se retomarán más adelante en este documento, y las formas en cómo las y los habitantes de estas comunidades buscan a través de éstas apalear las diferentes necesidades que se presentan en su entorno, al no tener una respuesta de las instituciones estatales competentes.

En relación con estas formas de organización y espacios de interacción se encontró que, en una de las tres comunidades, las familias entrevistadas coincidían en la escasez de grupos y organizaciones, rescatando únicamente las juntas en la escuela y el colegio. Dicha escasez encuentra su explicación en la falta de interés de las y los habitantes de la comunidad.

Respecto a esto último, una de las personas entrevistadas mencionó que:

Sinceramente aquí hay muchos que cada quien jala para su saco y si hacen una reunión salen discutiendo (Rodríguez, I., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Esto haciendo referencia y evidenciando las dificultades que tienen para organizarse, hecho que se ve reflejado en la falta de transporte público en la comunidad que al no recibir soluciones de las instituciones estatales correspondientes, se quedan sin opciones de cambiar esa situación.

En contraposición, se encontró que en las otras dos comunidades las familias entrevistadas destacaron la existencia de grupos y organizaciones varias:

Está el comité de deportes, de desarrollo, de caminos, junta de educación, comité del panteón, comité organizado de policía, comité de la iglesia (Sánchez, S., comunicación personal, 7 de septiembre de 2022).

Juntas comunales que hacen bailes y actividades para buscar medios (alimentación, ropa, vivienda) para personas de bajos recursos, grupos de apoyo de mujeres, casa hogar para personas que habitan en calles no tienen donde quedarse (Aguilar, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022).

Tal y como se hizo mención anteriormente, las organizaciones dentro de las comunidades tienen una incidencia en lo social, como una manera de transformar su entorno y sus distintas realidades, una búsqueda del bien común y que refuerza el sentido de pertenencia y solidaridad entre los y las habitantes. Por otro lado, es importante rescatar que la proximidad con el centro del Distrito San Vito es un factor que puede influir en la existencia de estas organizaciones, dada la centralización y presencia de un mayor número de instituciones estatales.

La existencia de organizaciones también trae consigo una mayor participación de las y los miembros de las familias en ellas, algunas mencionaron el haber trabajado en juntas de educación, comités de caminos e iglesias. También rescatan la participación en grupos de apoyo a mujeres y casas hogar, lo cual denota una mayor cohesión entre las personas que habitan estas comunidades.

La importancia de analizar estos aspectos consiste en visibilizar las formas en cómo se organizan las y los habitantes de las comunidades para brindar soluciones a las diferentes situaciones que se presentan en sus contextos, principalmente cuando las instituciones públicas no brindan dichas soluciones.

Por otro lado, estas organizaciones y su impacto en lo social, también se constituyen en espacios donde se crean procesos culturales y formas de interacción. Sin embargo, al indagar sobre las actividades culturales presentes en las comunidades, las familias manifiestan que estas son pocas:

Aquí no se hace nada. De vez en cuando la iglesia hace un bingo y cosas así nada más (Sandoval, J., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Por lo que la mayoría de las actividades relacionadas a este ámbito son celebraciones patrias y patronales, las otras que fueron mencionadas como actividades recreativas son los domingos de fútbol:

Las actividades de la escuela, caminata hacia San Vito cada año por la piedra, campeonatos de fútbol algunos domingos (Sanchez, S., comunicación personal, 7 de septiembre de 2022).

Esto en las comunidades aparentemente más organizadas y en la más cercana al centro, dicha actividad sería en la que más conviven las familias luego de la de carácter religioso y escolar que son las que predominan.

En relación con esto al momento de indagar y observar sobre la relación entre vecinos se evidencia la poca o nula interacción entre estos, situación que se podría vincular con como consecuencia del aislamiento provocado por la pandemia COVID-19, así como la cultura individualista que ha prevalecido en los últimos años en el sistema capitalista.

Esto contrario al imaginario creado sobre los espacios rurales como lugares donde los lazos de parentesco prevalecen y las relaciones son firmemente entrelazadas, bajo esta perspectiva, se suele pensar en los espacios rurales, con formas de vida en las que media la tradición y cierto sentido de pertenencia o bien común que determinan las relaciones sociales que ahí se crean.

Sin embargo se han generados cambios en dichos espacios, que vienen desde en las dinámicas económicas de los países, influenciados por políticas en el caso de Costa Rica neoliberales que han provocado por ejemplo que estos pasen de ser pequeños productores agrícolas a empleados de las grandes transnacionales, lo que implica cambios no solo en las formas producción o subsistencia, sino que también se da una marcada desigualdad que se agudiza en los espacios rurales y genera cambios en las formas de vida que impactan lo cultural, los valores, creencias y lo político, lo cual constituye un contexto particularizado, que va a influir de manera directa en la vida cotidiana de las personas y en la forma en que se de su interacción.

Ahora bien, de estas características de la zona es importante resaltar el hecho de que en la región predominan las creencias religiosas, lo que explica que las actividades más concurrentes sean aquellas hechas por las iglesias, la gran influencia religiosa en las comunidades visitadas, predominando las religiones católica y la evangélica.

Dicha creencia se vuelve relevante de tener en cuenta por el peso que tienen sobre lo que las familias piensan al respecto de la salud mental y el suicidio, ya que muchos de los comentarios al respecto mencionaban a Dios como figura central, por ejemplo, sobre como creen que se puede evitar el suicidio una de las entrevistados respondió lo siguiente:

Quererse y respetarse uno mucho, uno mismo, especialmente como dice la palabra de Dios, quererse uno mismo. Pero si uno ve que está fregado, busca un profesional y se agarra un poquito, un poquito, no es que va a agarrar uno todo a tática Dios porque no lo va a poder agarrar, pero si agarra un poquito de la palabra de Dios, eso le ayuda demasiado uno a salir de uno y de muchos problemas. Y más si busca ayuda profesional también, por algo Dios los dejó, les dio entendimiento, la enseñanza. (López, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Así mismo, una de las Trabajadoras Sociales del Hospital San Vito comentó que las creencias frecuentes sobre la salud mental en la población, principalmente en la indígena de la cual hay mucha en la zona, se atribuye a alucinaciones visuales y auditivas a temas espirituales, de demonios, posesiones y es tratada por curaciones por medio de rituales y plantas medicinales, es decir al igual que la población no indígena se mantienen ideas y concepciones al respecto del fenómeno que parten de una creencia religiosa.

Lo anterior permite comprender a las y los sujetos dentro de un espacio y características determinadas desde las cuales se dan sus relaciones sociales y se comparten las formas de comprender o percibir un fenómeno social, lo cual además guiará las diferentes respuestas que se tengan frente al mismo.

Considerando todo lo expuesto anteriormente, se entiende que existen condiciones materiales que influyen en la cotidianidad de las personas y en sus proyectos de vida, donde destaca la pobreza como un factor fundamental que obstaculiza el acceso a servicios como la salud, entre otras. Por otro lado, la posición geográfica de las comunidades determina el nivel de accesibilidad que tiene la población a los servicios básicos y, a su vez, incide en el alcance y calidad de los servicios que ofrecen las instituciones públicas.

Así mismo, la organización política e institucional de las instancias públicas que brindan servicios a la población, en este caso de salud, puede constituirse en una limitante por aspectos como la alta demanda producto del gran territorio que deben cubrir y la cantidad de personas que deben atender, la insuficiencia del recurso humano, material y de infraestructura, la falta de mecanismos informativos para la población y falta de capacitación del personal. Todo esto dificulta el acceso al servicio y al servicio como tal.

Ante las dificultades que conlleva este contexto, se presenta que las comunidades más cercanas al centro del Distrito cuentan con un número importante de organizaciones, mientras que por el contrario aquellas que están más alejadas, tienen más problemas para organizarse. Esto va a influir en cómo se enfrentan a las necesidades existentes en las comunidades.

Los espacios culturales y de interacción social son pocos casi de manera general en las comunidades y los existentes están relacionados con instituciones religiosas como la iglesia católica y evangélica, así como espacios producidos en las escuelas y colegios. Ante esto, los espacios familiares se constituyen en los más importantes en cuanto a la interacción social de la población.

Lo anterior nos señala la importancia de la familia en el presente estudio, ya que ésta como institución social, está relacionada directamente con el contexto económico y social que la rodea, donde el individuo se desarrolla emocional y socialmente, construyendo su identidad, así como las representaciones que tiene de la realidad, las formas de contención para enfrentarse a situaciones nuevas y de actuar ante un fenómeno en particular (Weisser, 2003).

Siendo así, un grupo como la familia, tendrá una serie significados los cuales se construyen desde el entorno particular en el que viven su cotidianidad, en este caso desde el contexto de San Vito de Coto Brus el cual como vimos en capítulos anteriores, durante años ha sufrido la desigualdad que provoca la dicotomía centro-periferia, es una zona dependiente de un monocultivo, donde el retraso en materia de educación y salud es evidente, las condiciones de infraestructura vial no son las adecuadas, las instituciones con las que cuenta está concentrado en el centro del cantón, al cual muchas comunidades no tienen fácil acceso, su economía es inestable y cuentan con poco apoyo estatal y gubernamental.

Todos estos aspectos por lo tanto tendrán una gran influencia en el proceso de construcción de representaciones sociales de las personas, lo cual abarca las fuentes de información existentes y más consumidas, cómo se interpreta y se socializa dicha información por medio de la interacción, cómo se adoptan y se crean nuevos significados y cómo se actúa de acuerdo con ellos y el nivel de importancia que se les da frente a fenómenos como el suicidio.

4.3. Representaciones Sociales sobre el suicidio

Se comprende que las representaciones sociales se construyen a partir de diversos elementos que son parte de la realidad de los sujetos. Para ello se expondrán los significados, definiciones y explicaciones sobre el suicidio que brindaron las personas, entendiendo que esta parte simbólica de las representaciones está de acuerdo con un sistema de valores, criterios culturales y normativos que permiten crear una relación con el objeto de estudio.

Así mismo, es necesario reflexionar en aquellos procesos de interacción identificados en las entrevistas, donde, por medio del intercambio de diálogos entre familiares o miembros de la comunidad, informaciones recibidas de instituciones, medios de comunicación, cultura y tradición, ha existido una relación con el fenómeno del suicidio que ha contribuido a la formación de las representaciones sociales de estas familias.

Y finalmente se destacará una de las funciones de las representaciones sociales, la cual corresponde a la orientación de las conductas, distinguiendo aquellas acciones en las familias con respecto al fenómeno del suicidio.

Las familias según el espacio y momento en el que se encuentran suelen enfrentarse con un fenómeno como el suicidio en su cotidianeidad, esto puede ser con experiencias de

comportamientos suicidas dentro de sus grupos familiares, con noticias acerca de miembros de su comunidad que han consumado algún suicidio o a través de medios de comunicación donde se relatan eventos por estas muertes. De manera que, al ser un fenómeno presente en los espacios más inmediatos de las familias, estas han construido una serie de representaciones sociales sobre el suicidio que les han permitido interpretar el fenómeno, comprenderlo, evaluarlo, interactuar alrededor de él y dirigir sus acciones (Ibáñez, 1988).

Así mismo, gran parte de la población participante ha tenido acceso al tema de la salud mental y el suicidio por medio de redes sociales, noticieros, instituciones educativas, organizaciones, o porque directamente han requerido algún tipo de atención por parte de psicología o psiquiatría. Sin embargo, el acceso a estas diversas fuentes no garantiza que haya un vasto conocimiento, tampoco erradica la reproducción de mitos ni de información alejada de desarrollos teóricos y científicos, construidos desde el sentido común por medio de la interacción en espacios como el grupo familiar, la comunidad o la iglesia.

Por lo que es posible observar varios tipos de representaciones sociales sobre el suicidio, incluso en ocasiones con información que parece contradictoria entre sí, pero esto se explica por la cantidad de datos y la diversidad de fuentes de las que provienen, donde las familias intentan integrar y construir una forma de interpretar el suicidio según su propia realidad. De modo que las representaciones sociales no son lineales ni estáticas, sino que se encuentran sujetas al contexto y estarán influenciadas por sus movimientos.

Por tanto se rescatan las siguientes representaciones sociales sobre el suicidio destacadas por las familias:

4.3.1. Salud mental como algo físico

En primera instancia, es importante destacar que la totalidad de las personas entrevistadas colocaron la salud mental en un lugar de importancia; incluso algunas consideraron que su prioridad está por sobre la salud física. Así mismo, no existe un rechazo o señalización hacia la búsqueda de atención o hacia las personas que acuden a la misma, sino que se reconoce la necesidad o posibilidad de buscar atención de forma regular:

Yo pienso que eso uno debería de utilizarlo más seguido, aunque no esté enfermo, pero sería bueno estar visitándolo. (López, V., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Sin embargo, no es posible concluir lo anterior como un hecho, sin considerar primero cómo entienden algunas de las familias la salud mental. A pesar de que algunas de las personas entrevistadas comprendían la salud mental como un aspecto relacionado a un estado de bienestar emocional, psicológico y social:

Para mí es como me siento yo como persona, como ser humano, como me siento cuando trato a los demás, algo así. (Sandoval, J., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022)

Esto no se dio en todos los casos, ya que el nivel de importancia colocado por las familias no siempre fue motivado por esta representación de la salud mental, tampoco fue visto como el resultado de una realidad caracterizada por la completa satisfacción de necesidades o el cumplimiento de derechos, sino que la salud mental se vinculaba directamente con aspectos biológicos, genéticos, ubicándose en localizaciones cerebrales y relacionándose primordialmente con manifestaciones físicas como se muestra en los relatos siguientes:

Yo entiendo que salud mental es cuando una persona necesita de todas las atenciones, que no tenga una mentalidad buena, o sea que sea una persona enfermita con problemitas. Como cuando padecen de síndrome, ataques epilépticos, invalidez, de esos que salen enfermitos ya, que tengan un problema como debilitamiento en el cuerpo (Rodríguez, I., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Para mí el motor de un ser humana es su cerebro y en el momento que usted ya tenga una afectación en el cerebro, ya sea que pierda la vista, que lo ataque una bacteria, como una persona con Alzheimer que ya pierde su memoria que ya no es coherente con lo que hace. ... Aunque usted está vivo y en físico camina, va y viene, pero si usted tiene problemas mentales está súper afectado, yo siento que es una parte muy importante en el ser humano (Valverde, A., comunicación personal, 6 de septiembre).

De manera que, el considerar la salud mental como un aspecto de importancia y prioridad puede estar motivado por la relación de esta con enfermedades físicas, discapacidades o con la somatización de afecciones o trastornos, es decir, la identificación de la salud mental o su ausencia se da tras el reconocimiento de síntomas físicos.

Además, según la percepción de algunas familias, la ausencia de una adecuada salud mental representa la imposibilidad de realizar diversas actividades cotidianas o al menos la dificultad de llevarlas a cabo de manera eficiente, así como la dependencia hacia otras personas al requerir mayor atención, lo que claramente es representado como un estado que genera malestar y que debe evitarse.

Esta manera de comprender la salud mental dirige el accionar de las familias de varias formas, en primera instancia, las personas tendrán una idea construida de cuándo es importante prestarle atención a la salud mental, lo que sería según la cantidad e intensidad de los síntomas físicos presentes relacionado a la dificultad de realizar actividades o depender de otras personas. Esto a su vez se vincula con la identificación tardía de afecciones en salud mental o solo en el momento en que se presentan síntomas físicos.

Al respecto, una de las personas profesionales en Trabajo Social, explicó que el interés que le dan algunas familias a la salud mental no suele ser prioritario, ya que por lo general se busca una consulta con alguna persona profesional hasta llegar al punto de somatización (pérdida del cabello, problemas alimenticios, insomnio), por lo que la búsqueda de atención no suele darse en etapas tempranas o preventivas. Incluso algunas personas indicaron los momentos en que buscarían atención en salud mental, siendo estos:

Si presento síntomas, si yo veo que se me están olvidando las cosas o si veo que me duele mucho un dolor de cabeza, si yo tengo dolor de cabeza constante es que algo aquí (señala su cabeza) me está afectando (Valverde, A., comunicación personal, 6 de septiembre).

Esto puede relacionarse con la ausencia de información o conocimiento acerca de la relación de la salud mental con aspectos fuera de los síntomas físicos, pero también puede estar vinculado con la falta de identificación y visibilización de procesos emocionales, cognitivos u otras formas igualmente válidas que afectan el bienestar y que tienen consecuencias en las personas:

Cuando se da un problema de salud (mental) es más grave, pero más difícil de detectar, tiene que presentar la persona muchos síntomas. En cambio, físico es muy rápido, usted se corta y ve sangre o se golpea y ve su morete (Valverde, A., comunicación personal, 6 de septiembre).

Según lo anterior, la identificación de afecciones en salud mental puede resultar más confusa y tardía que los síntomas físicos. Esto puede ser resultado de un proceso histórico en que la salud mental ha estado rezagada y cargada de tabúes, lo que ha conducido a la desinformación dificultando el reconocimiento de procesos emocionales, cognitivos y sociales con influencia en la salud mental.

De manera que no siempre existe un sólido conocimiento por parte de las familias sobre el momento en que deberían buscar atención. Por tanto, aún es necesario normalizar que la salud mental va más allá de aspectos biológicos o manifestaciones físicas, así como también que estos procesos previos tienen un carácter de importancia y requieren una adecuada atención ya que esto interviene con la prevención y con la búsqueda de atención temprana.

Esto trastoca el fenómeno del suicidio, ya que al no darse una validación de signos más allá de los físicos, el reconocimiento de este suele darse de forma tardía. Al respecto, una de las personas profesionales en Trabajo Social mencionaba que las personas suelen buscar atención por comportamiento suicida hasta que se expresen directamente frases como “me quiero matar” o que haya intentos suicidas que resultan en heridas graves, intoxicaciones y signos físicos más evidentes.

Esto debido a que manifestaciones precedentes se relacionan con “maneras de llamar la atención” desde un sentido minimizador de la conducta suicida. En algunos casos ni siquiera la expresión oral o escrita del pensamiento suicida se considera relevante, ya que permanece la creencia de que aquella persona que quiere suicidarse no lo expresa de ninguna forma, sino que lo consuma directamente. Formando parte de ese imaginario de coloca la relevancia en lo que se ha hecho visible, lo que se ha entendido como grave o merecedor de atención.

De manera que existe una tendencia a invisibilizar la salud mental y la conducta suicida hasta que son perceptibles las manifestaciones físicas. Esto puede estar relacionado

con el desconocimiento con respecto al tema o a una herencia histórica sobre la vinculación exclusiva de la salud mental con cuestiones biológicas. Así mismo es posible observar una minimización de aspectos emocionales o de carácter más cognitivo relacionados al suicidio como la falta de esperanza, el dolor o sufrimiento, aislamiento, pensamientos y deseos suicidas; lo que se une al mito de “quien en verdad quiere suicidarse no lo dice”.

Esto claramente tiene repercusiones en la forma en que algunas familias se relacionan con el fenómeno del suicidio, ya que puede llegar a ignorarse e incluso señalarse a la persona culpándole de lo vivido. Esto puede relacionarse con otra de las representaciones sociales más destacadas en la recolección de información, como lo es el suicidio visto como debilidad.

4.3.2. Suicidio como debilidad

Uno de los conceptos con los que se relacionó el suicidio en repetidas ocasiones, fue la debilidad o falta de fortaleza mental. Primeramente, se reconoce que el suicidio tiene relación con situaciones que representan problemas para las personas que los sufren:

Una persona que se quita la vida porque debe tener muchos problemas. Tal vez ha sido rechazado o problemas en la niñez, sufre bullying, tiene problemas con los papás... (Rodríguez, I., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

(...) son personas que han vivido tal vez abusos, no sólo abusos sexuales porque están también el abuso verbal, el abuso psicológico, todos esos abusos que igual marcan a una persona (Valverde, A., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

De manera que es reconocido cómo ciertos factores que se desarrollan en la vida cotidiana de las personas tienen un papel fundamental en la conducta suicida. Según lo mencionado por las familias, estos elementos pueden ser diversos; son propios de cada individuo, por lo que a diferentes personas les pueden afectar situaciones distintas; y suelen ser varias situaciones acumuladas que, al representar una carga importante o insostenible para las y los sujetos, los conducen a desarrollar conductas suicidas.

Sin embargo, este reconocimiento que hacen varias familias no significa que se identifiquen como aspectos sociales, pertenecientes a una estructura social o externos al sujeto, sino que en muchas ocasiones estas situaciones se terminan normalizando:

Tal vez es un elemento desencadenante, o alguien que está en negocios y quiebra, entonces llegan y dicen “bueno, hasta aquí llegó la vida”. Por eso es que son decisiones erróneas. El hecho de que usted tenga una empresa y le va mal y quebró, quedó en la ruina, no es un elemento determinante para tomar la decisión, es también poca tolerancia a las frustraciones. Las personas llegan, tienen tan poca tolerancia a la frustración que toman esa decisión equivocada. Esas serían algunas de las causas, sí. El poco manejo emocional/mental de la vida. Está estrictamente ligada a la vida privada de cada ser humano (Aguilar, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

[...] o tal vez también el hecho de que estamos en una era de... una generación, que “papito no me toque porque...” o “no me diga esto porque me quito la vida” o “papito no me haga tal cosa” o “x” persona llega y te dice algo, el tal bullying... “ah, es que a mí me dijeron tal cosa” y se quita la vida. O sea, no hay esa fortaleza, es una fortaleza que usted... o sea, una fortaleza emocional para asumir los problemas que usted tenga en la vida, más que todo es eso. Para mí la salud mental es una fortaleza, la fortaleza que usted tenga para asumir todos los problemas que tenga usted en la vida, más que todo (Aguilar, D., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Según lo mencionado anteriormente, existen situaciones reconocidas por las familias que son derivadas de una complejidad social, no obstante, se da previamente una normalización de la cuestión social, de manera que fenómenos como la pobreza, el endeudamiento, la violencia y los diversos tipos de abuso son cuestiones esperadas como parte de la cotidianidad de las personas. A pesar de que se identifican las consecuencias que puedan tener y la forma en que trastoca la realidad de las y los sujetos, existe una ambientación a estas.

A esta normalización se le suma la carga de responsabilidad atribuida a los individuos por la resolución o superación de estas. Además de las explicaciones anteriores, otras personas mencionaron al respecto:

Creo que son personas débiles de mente, como que todo se les hace un mundo, entonces cualquier problema puede... no saben lidiar con un problema (Sandoval, J., comunicación personal, 6 septiembre de 2022).

Yo siento que ahí es más culpable la mente que uno tiene, porque si tiene la mente muy débil usted empieza a maquinarse eso (el suicidio) y no puede salir de ahí (López, V., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022).

De manera que, desde este imaginario, a las personas que mueren por suicidio se les atribuye la culpa de que estas situaciones les causara un sufrimiento que los condujera a ello. Lo anterior surge de una construcción social sobre el comportamiento esperado por parte de los sujetos, donde el no sufrir y soportar cualquier situación sea material o ideal es lo que se debe hacer, mientras que el sufrimiento, la pérdida del control y la falta de herramientas es condenado por la sociedad.

Quien no cumpla con este tipo de valor o norma social cargará con el estigma de debilidad o falta de fortaleza, lo cual minimiza las realidades de las y los sujetos y por ello permanece una centralización en la persona que sufre como principal o incluso único responsable de gestionar situaciones de origen social; asumiendo a su vez que cada persona debe tener las herramientas materiales, emocionales, el conocimiento, el acceso, y todos los recursos necesarios para ello.

Por lo que esta representación de debilidad o falta de fortaleza es considerada por las familias un factor causal de las conductas suicidas, donde quien carezca de ellas pensará eventualmente en el suicidio o, en su defecto, quien sea fuerte no tendrá conductas suicidas. Por tanto, no existen dentro de esta representación la idea de factores sociales que incidan en la autoeliminación, sino que son las personas las que toman la decisión de morir, lo que se atribuye a la debilidad mental.

Y ya que dentro del imaginario social las decisiones y acciones socialmente aceptadas son el soportar, el “estar bien”, el no quejarse, el no huir sino más bien hacer frente, soportar o cargar con la situación, el suicidio ha llegado a considerarse como una salida fácil o forma de huir, muy relacionado con la noción de cobardía:

***Aguilar M.** -Puede ser que busque eso como última salida y la salida más fácil.*

Aguilar D. *-La salida más fácil a su situación, igual las personas que se drogan, igual que las personas que usan una salida fácil a las situaciones, como le dije a usted ahora, la generación de cristal y la generación "x".*

Aguilar M. *-Generación de cristal es la generación que en la sociedad los padres de familia, generalmente, le han dado todo al chiquito. Entonces el chiquito no se puede mojar porque hay que irlo a traer a la escuela con paraguas, en el carro o traerlo alzado. Y ya chiquitos que se hicieron grandes siguen siendo chiquitos. Nunca saben enfrentar los problemas que tiene la vida.*

(Comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Desde esta perspectiva, las personas que mueren por suicidio o quienes tienen algún comportamiento suicida son apartadas y catalogadas en un grupo específico que carga una serie de características simbólicas rechazadas socialmente. Son entonces el grupo etiquetado como los débiles, los no fuertes, los cobardes o la generación de cristal, y el suicidio es entendido como una decisión o acción llevada a cabo por una otredad que no se comporta como es esperado o no aprendieron a ser fuertes.

Esta forma de interpretar refleja algunos recursos suministrados por el sistema cultural que permiten interpretar el suicidio, imponiendo una carga al individuo e ignorando toda la complejidad que puede predisponer a la autoeliminación. Es notorio que estas representaciones se van construyendo desde la infancia y se reproducen en los grupos familiares, así como también las personas suelen incorporar representaciones de las estructuras de las relaciones sociales y de poder, así como los sistemas de normas y valores (Jodelet, 2008).

En este caso, se ha vuelto responsabilidad de los individuos la resolución de los fenómenos sociales junto con la aceptación sumisa de las manifestaciones de la cuestión social, provocada por la cultura que responde al funcionamiento actual de la estructura social.

Así mismo estas modalidades de pensamiento orientan la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social en lo que corresponde al suicidio, por lo que al pensar en este como una salida fácil, producto de la falta de fortaleza o la debilidad mental,

provoca a su vez una criminalización de las personas que lo consuman, donde se recibe una etiqueta de culpabilidad.

Por consecuencia esto puede guiar las decisiones y comportamientos de las personas que se relacionan con el fenómeno en una dirección de minimización, señalización y discriminación hacia quienes han tenido que enfrentarse a una situación de suicidio ya sea propia o de un familiar. Pero al mismo tiempo, puede interferir en la búsqueda de ayuda o expresión del sufrimiento ante la posibilidad de ser señalado o etiquetado como una persona débil.

4.3.3. Suicidio como un proceso individual

En el estudio del fenómeno del suicidio es innegable que surjan desde el contexto cotidiano de las familias mitos, símbolos, significados y valores que posicionen el fenómeno desde la individualización, dado que es una concepción que se ha mantenido históricamente. Se vuelve relevante posicionarse desde esta representación para poder comprender cómo es creada y a su vez como influye en las acciones frente al fenómeno.

De forma general en los comentarios de las familias se le atribuyen las condiciones del suicidio a las características de la y el sujeto particular, realizando afirmaciones al respecto sobre que las personas que se suicidan son aquellas que no quisieron ayuda y no hay forma de evitarlo:

Las personas que se suicidan son las que no se dejaron ayudar es una persona que por más que le brindaron ayuda no la quiso, como que fue la última salida (Fernández, M., Comunicación personal, 7 de septiembre de 2022)

La persona, uno mismo forja el camino de lo bien o el mal, si usted es una persona normal, que siempre anda bien, que no tiene vicios, anda pensando siempre en lo bueno no es mujeriego, usted no tiene por qué llegar a eso. Uno mismo es el que hace que uno llegue a lo que llega (Mora, R., Comunicación personal, 7 de septiembre de 2022).

Los relatos anteriores individualizan el fenómeno, ignorando aspectos sociales, culturales, económicos, políticos e históricos, limitando así la comprensión del suicidio como un fenómeno multidimensional complejo. Asimismo en varios de los relatos se identificó la

dicotomía entre lo que es considerado normal y anormal, donde uno es utilizado como aprobación y el otro como descalificativo.

Gandolf y Mustaca (1995) mencionan al respecto que cuando se concibe el ser humano como normal, este es visto como aquel capaz de lograr y superar los acontecimientos del medio, que sale triunfante frente a cualquier dificultad que se le ha presentado, se normaliza el lidiar con sufrimientos y circunstancias adversas de manera que quien sea capaz de aguantar más se define como el fuerte y como lo normal. Así, una vez establecidos los criterios de normalidad, se considera como adverso o patológico todo lo que se encuentre fuera de ello.

De esta forma, el suicidio no es sólo individualizado, sino también ignorado, ya que se comprende desde una visión patológica, con un criterio sobre si es sano o no que viene desde la naturalización de la norma, de manera que las personas se vuelven no funcionales “los anormales”, en una sociedad que condena “el no querer seguir viviendo”, por un sistema donde las personas no sólo deben ser productivas, si no también que se deben ser agradecidas, amantes de la vida aun cuando esta sea un tormento cotidiano.

Esto lleva a posicionarse en las interacciones que tienen las familias sobre el fenómeno del suicidio, para comprender desde donde son creados estos significados, dado que según la teoría sobre el suicidio este no puede ser comprendido por sí solo a no ser que sea en relación con otros sujetos.

En relación con esto y siguiendo a Moscovici (1979) las representaciones sociales se encuentran impregnadas en la mayor parte de las relaciones sociales estrechas, los objetos producidos o consumidos y en las comunicaciones intercambiadas. De manera que donde exista interacción entre sujetos, habrá representaciones sociales sobre los objetos.

En cuanto a esta interacción del fenómeno en las personas de las comunidades, predominan los comentarios sobre que esta es casi nula, y que los comentarios al respecto son sobre casos que han sucedido, pero que no se suele hablar más allá del tema. Entre estos comentarios se encuentra el de Laura Espinoza quien expuso la idea de que es incómodo el hablar del tema y que solo se puede hacer un círculo muy conocido:

Es que usted le llaga al vecino “vecino vamos a hablar del suicidio” y en la vida vuelve a ver usted al vecino, cuesta tiene que ser una persona muy abierta

para que diga “ok vamos a ...” porque es que hay personas que son súper raras. Tiene que ser una persona muy conocida (Comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Así mismo, Daniel Aguilar mencionó al respecto de si han reflexionado sobre el suicidio en familia:

No, porque es un tema muy personal, solo se hablaría con familiares de mucha confianza. (Comunicación personal, 8 de septiembre del 2022).

Aquí es donde se entiende la premisa del interaccionismo simbólico que expone que los sujetos transmiten y adoptan significados mediante la interacción, es decir las representaciones sociales que se tengan sobre el suicidio en este caso la individualista resulta precisamente de esa interacción omisa que tiene los sujetos con sus familias, vecinos y grupo de pares.

Lo que quiere decir que el fenómeno del suicidio existe en el imaginario de las personas, familias y la comunidad porque existen otros individuos o grupos que se relacionan con el objeto en este caso las familias de San Vito de Cotor Brus, crean sus interpretaciones en el círculo cerrado de familia puesto que la interacción con los otros es casi nula. Asimismo, estas representaciones individualistas influirán en la forma en que las personas reaccionen ante manifestaciones suicidas, dado que al ser considerado un fenómeno individual las y los sujetos participantes exponen que solo se puede ayudar a quien busca ayuda y quiere ser ayudado.

Se expresó lo siguiente respecto a la prevención del suicidio:

Ocupan mucha ayuda, pero ellos si no buscan es porque no quieren. Sí, porque ya decide, es una decisión que, aunque le rueguen siempre se salen al vacío, quiso no poner atención. (Martinez,R. comunicación personal, 7 de septiembre de 2022).

Por ejemplo las personas que se deja ayudar, la que se pone a escuchar esa sí, la que no escucha es la que llega al suicidio. Hay personas que hacen caso son obedientes, son frágiles, pero hay otras personas que no, que dicen por aquí voy y nadie me saca, y usted no me diga nada, yo sé más que usted, y por más que

usted le digan no hacen caso (Sánchez, S., Comunicación personal, 7 de septiembre del 2022).

Se hace visible en los discursos que responsabilizan y explican el fenómeno como una situación causada exclusivamente por situaciones personales de quien lo vive, ignorando el carácter multicausal del fenómeno, lo que produce la des-información y desconocimiento de la realidad vivida en torno al suicidio.

El creer en estos mitos sobre que la persona que se quiere suicidar no es “obediente”, expresa la orden de seguir vivió a pesar de todo, la señalización de ser débil, invalidando las situaciones que viven las personas suicidas, son situaciones que individualizan el fenómeno y limitan las condiciones para buscar ayuda, ya que en el contexto social en el que se encuentran estas, no se comprende ni sabe lo que le sucede a las persona con manifestaciones suicidas, y suelen juzgar y señalar el acto, influyendo por ende en estas desde la exclusión y fomentado que se den en el silencio, esto refleja la relación que puede existir entre el contexto sociocultural y las manifestaciones suicidas.

En relación con lo anterior es necesario recordar que las representaciones sociales funcionan como un marco de referencia para las acciones de los sujetos, siendo una guía para el comportamiento, esto porque la toma de decisiones de los individuos y grupos se basan en la comprensión que tienen de la realidad (Cruz, 2006).

Por lo tanto, esta individualización sobre las situaciones que conllevan a las personas al suicidio alimenta la reproducción de mitos y estereotipos en torno al fenómeno, así mismo va a influir en cuanto una persona con ideas y/o manifestaciones suicidas decida buscar ayuda, puesto que es culpada y señalada por los otros como cobarde y/o anormal, y por tanto asumirá también la situación que le afecte como individual y creará que no podrá recibir ayuda de nadie responsabilizándose así misma, esta reproducción de mitos sociohistóricos sobre el fenómeno, invisibiliza los espacios de apoyo o factores protectores a los que puedan recurrir los sujetos.

Esto se evidencia en uno de los relatos de un entrevistado el cual manifestó que gestiona sus ideas o pensamientos depresivos apartándose al monte donde puede llorar y así desahogarse. Así mismo, menciona el no haber buscado atención todavía como algo beneficioso:

Yo sí he estado apunto, pero todavía gracias a Dios no he ido. Porque tal vez ya he vuelto otra vez a la normalidad. Yo he sentido, he salido y como que me he despejado un poco entonces ya vuelvo otra vez (López, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022).

Al respecto una de las Trabajadoras Sociales menciona:

A veces se cree que los suicidios se dan de forma repentina, que la persona no había dado señales y no necesariamente, claro que sí. Otro mito que es muy común y lo lee uno en toda parte es que el suicida está decidido a morir y no necesariamente, la persona que quiere suicidarse o que lo piensa lo que quiere es acabar con su problema, con su dolor no necesariamente morir. También hay otro mito, que la gente no quiere hablarlo porque le da miedo porque creen que hablarlo va a estimular la idea y no necesariamente (Comunicación personal, 15 de septiembre de 2022)

En suma, a la individualización, también se reproduce el mito de que la persona que se suicida está decidida a morir, no se reconoce la ambivalencia del suicidio donde el interés real, inconsciente o no es acabar con un sufrimiento y no el de morir, como lo menciona Pérez (2005) la persona está en un estado de ambivalencia y vulnerabilidad psicosocial, en donde prevalecen los deseos de autodestruirse, en dicha circunstancia buscan comunicar mediante el evento suicida la necesidad de acabar con las situaciones que le afectan y ante las cuales ya no tiene herramientas o estrategias para enfrentar y ven como última solución el suicidarse.

La persona con manifestaciones suicidas no suele querer matarse, sino vivir en una situación diferente de la que vive, ya que no cuenta con las herramientas necesarias para enfrentar las situaciones por las que atraviesa. Tal y como lo menciona Rocamora (2013) es la llamada de socorro una de las formas más frecuentes en el objetivo de un evento suicida, este es entendido como un grito de auxilio que anhela sentir la ayuda de otro ser humano, por tanto, se expresa el objetivo de matarse, pero no como el propósito único o primordial, sino que en este también se denota el deseo de vivir de otra manera, de liberarse,

4.3.4. Suicidio como pecado

Como ya se ha mencionado en este análisis, dentro de los rasgos culturales más importantes encontrados en las tres comunidades participantes, tenemos la influencia de la religión católica y evangélica. Las diferentes creencias que éstas promueven enseñan y refuerzan son parte de la vida cotidiana y accionar de las personas, lo que se constituye en un lente fundamental por medio del cual ven ciertos fenómenos y sus distintas realidades, dotándolos de diferentes significados que les permite interpretar y actuar frente a ello.

En este caso el suicidio no es la excepción y dadas las creencias imperantes y reproducidas por la población entrevistada, este concepto se asocia con un acto malo, prohibido y un pecado en sí mismo, por ende, tiene consecuencias espirituales para aquellas personas que recurren a este acto.

Respecto a esto Santiago Sánchez explicó que:

(...) los casos que suceden, que brutos, eso yo nunca lo haría, por qué, porque Dios da la vida y él nos la quita (comunicación personal, 7 de septiembre de 2022).

El fundamento principal para considerar el suicidio como pecado, se basa en la idea de que Dios es el que da la vida a todas las personas, por tanto, sólo él puede quitarla. Esta idea les permite a las personas, tal y como lo expone Fátima Cruz (2006), tener un marco de referencia representado por un conjunto de creencias lo que, a su vez, sentará las bases para evaluar y clasificar el suicidio dando pie a una interpretación determinada, en este caso entendido como un pecado.

Así mismo, otras personas entrevistadas compartieron opiniones como:

El demonio le pone la bravura en esos planes, el negrito siempre se anda metiendo en las personas” (Pérez, M., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Son personas que tal vez están faltas de Dios, son personas faltas de amor... (Valverde, A., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

De acuerdo con lo anterior, desde una perspectiva espiritual el suicidio puede tener sus causas en la presencia de un ente maligno (el diablo) o la usencia de un ser divino (Dios), lo que muestra una búsqueda de explicaciones para darle nombre y comprender un fenómeno que se presenta. Dado esto, la creación de significados y de representaciones sociales va a depender en gran medida de la información a la cual se pueda acceder, a las prácticas culturales y la interacción.

Cuando se presenta una falta o insuficiencia de información acerca de un fenómeno, todo lo anterior se va a constituir en los dispositivos simbólicos con los que cuentan las y los sujetos para tratar de explicar aquello que parece ser inexplicable. Entonces, tenemos que las representaciones sociales tienen una función determinante que permite la interpretación y construcción de las diferentes realidades en que viven las personas.

Por otro lado, al entender el suicidio como un pecado, también trae consigo la idea de un castigo o consecuencias para aquellas personas que toman esta decisión, generando pensamientos como el que expresa Laura Espinoza:

Uno religioso uno se piensa “diay si la peor manera de morir y acabar con usted para irse al infierno es suicidarse, punto y ya” (Comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

La idea de irse al infierno por hacer un acto como éste, ya que es algo prohibido, puede verse desde dos perspectivas: por un lado, puede constituirse en aspecto favorable para las personas, debido a que muchas no contemplan el suicidio como una opción, dado que dentro de sus creencias no lo aprueban; y por otro, puede tener consecuencias adversas, ya que puede convertirse en un tema tabú que crea cierto temor en las personas y no les permita hablar del tema y buscar soluciones a su situación.

Considerando todo lo anterior, se tiene que el acercamiento y una mejor comprensión de un fenómeno y de las distintas realidades que viven las comunidades dependerá, en muchos casos, de los significados y las representaciones sociales que se construyan o adopten, y la presencia e influencia de estos en el colectivo estará relacionado con el nivel de interacción que se tenga.

Respecto a esto último planteado, resulta importante destacar que las personas entrevistadas manifestaron que en las misas o cultos no se solía hablar de suicidio, lo que

indica una escasa interacción en torno a ese tema en estos espacios, ya que se interpreta como algo prohibido e incluso peligroso de comentar. Esto puede indicar que las interpretaciones y percepciones son creadas en torno a ideas preestablecidas y previamente socializadas, lo que significa que ya existe un imaginario colectivo que no precisamente se está reforzando en estos espacios.

Para entender esta dinámica es necesario considerar que, para Jodelet (2008), existen tres esferas de pertenencia de las representaciones sociales, dentro de las cuales se encuentra la trans-subjetividad en la que presentan aquellos aspectos que le son comunes a los miembros de un colectivo y que, además, están determinados por aparatos culturales y un conjunto de normas y valores más amplios.

Esto significa que, aunque dentro de un colectivo o grupo determinado no se refuercen ciertas ideas, pueden venir dadas de estas estructuras de pensamientos, rasgos culturales, normas y valores más extensos, en este caso en particular, de lo que puede representar la visión católica y evangélica sobre el suicidio en términos más generales. Por lo que, si la idea general sobre suicidio es que representa un pecado para la iglesia católica y evangélica, esto va a penetrar en los diferentes colectivos casi de manera inevitable.

Por otro lado, consideraron importante hablar del tema en otros espacios como la familia y la interacción que se tiene sobre el tema va sobre la misma línea de los significados con los que dotaron al fenómeno en cuestión. Referente a esto Ana Valverde mencionaba que:

(...) con mi hijo siempre lo hablamos (sobre el suicidio) “no haga cosas que no tiene que hacer porque diosito se enoja con un niño que haga eso “... entonces lo agarro por el lado bueno, tratando de que no lo haga, o sea previniéndolo (Comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

La interacción gira en torno a las creencias religiosas imperantes en la familia, donde recurrir a la figura de Dios para intentar prevenir y tratar estos temas es algo muy común. Como se mencionó anteriormente, esto puede funcionar e impactar de manera positiva o negativa, lo cual dependerá de cómo se dé la interacción y comunicación en los distintos espacios.

Además, para Jodelet (2008) una de las esferas fundamentales de las representaciones sociales es la intersubjetiva, donde este tipo de diálogos que se

presentan en la familia o grupos cercanos permiten transmitir conocimientos e ideas que influyen en la creación de significados. En este caso, la información que recibe el niño hace que dote al suicidio con ciertos significados (es algo malo, prohibido, pecado, etc.), pero también, marca lo que se debe hacer y lo que no.

Dado esto, se tiene que importancia de la interacción no solo consiste en socializar significados, símbolos o ideas, sino también en que influyen en las acciones que toman las personas una vez los adoptan. En relación con esto Pons (2010) menciona que los seres humanos deciden que hacer o no de acuerdo con los símbolos que han adoptado mediante la interacción y de la importancia que se les da a los significados.

Si la concepción del suicidio se remite a pensarlo como un pecado, entonces las acciones que tomen las personas partirán de dicha concepción. Cuando se les preguntó a las personas participantes sobre qué hacer frente a situaciones relacionadas con el suicidio o intentos de autoeliminación, destacaron la ayuda profesional y la espiritual considerando a las dos importantes.

En concordancia con esto, ante estas situaciones, Ana Valverde mencionó que:

Lo primero es decirle eso “vea agárrese de la mano de Dios, levántese de ahí donde esté” y si yo puedo le acompaño a donde tengamos que ir a buscar ayuda profesional (Comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Así mismo Santiago Sánchez coincidió en:

Llevarlo con alguien que lo puede ayudar como la psicóloga que le ayude y le quite la idea, meterlo también a la iglesia, que busquen a Dios (Comunicación personal, 7 de septiembre de 2022).

Se entiende que la construcción de significados y su fortalecimiento por medio de la interacción social, van a dirigir las acciones de las personas ante las diferentes situaciones que enfrente. El accionar considerado más o menos acertado dependerá de la base sobre la cual se construyan los significados y las representaciones sociales.

En relación con esto, la búsqueda de ayuda espiritual puede influir de manera positiva si las personas encuentran en ella razones para evitar ciertas acciones como la autoeliminación; sin embargo, si se acude con el pastor o el sacerdote, tal y como lo

mencionaron algunas personas entrevistadas, y estos no cuentan con las herramientas necesarias para tratar el tema o manejar la situación, se puede convertir en un aspecto considerado negativo. Por tanto, es importante la existencia de un complemento entre ambas, ya que una no precisamente lleva la exclusión de la otra.

Todo lo expuesto revela la importancia de analizar el contexto en el que viven las personas, sus formas de vida, sus creencias, formas de relacionarse, dinámicas sociales, su interacción, entre otras, ya que permite entender las formas en cómo actúan frente a un fenómeno como el suicidio, partiendo de la base de cómo conciben y socializan mediante la interacción los diferentes significados.

4.3.5. Salud mental y suicidio como locura

Finalmente, una de las representaciones sociales sobre el suicidio que más se resaltó en el proceso de recolección de información, fue la relación de la salud mental con la locura. Esta representación de la ausencia de salud mental es una herencia histórica que ha colocado un estigma en las personas cuyo comportamiento o pensamiento no se ajusta a lo que la sociedad determina como aceptable en un espacio y momento específico.

Algunas de las personas entrevistadas, al escuchar las palabras “salud mental” mencionaron:

Hay que tirada, eso no es así como para locos o qué es la cosa, si lo he escuchado, pero no se pa' que funciona (Sánchez, S., comunicación personal, 7 de septiembre del 2022).

Siendo la primera vinculación con el concepto de locura, o específicamente, con aquellas personas que son consideradas locas.

Cabe aclarar que durante las entrevistas la mayoría de las familias colocaron la relación de la salud mental y la locura, es decir, el llamar a una persona “loca”, como una expresión que no debería de usarse, reconociendo que ese concepto tiene una connotación negativa. También se resaltaba que el uso de esa palabra como un calificativo hacia otras personas, se encontraba presente mayormente en la comunidad o personas externas a la familia, sin embargo, la idea de la locura permanecía implícita en las explicaciones que brindaban las personas, colocado como un punto de pérdida o ausencia de salud mental:

Bueno, si la persona lo detecta, pues... si está creyendo que lo requiere. Ejemplo, usted es una muchacha que en algún momento usted siente nostalgia, tristeza, depresiva, llora como...llora como una loca digamos, que dicen, entonces usted puede analizar, autoanalizarse y decir “bueno, qué me está pasando” es un estado como anómalo de la salud mental, entonces es el momento de pedir ayuda (Aguilar, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Yo pienso que tanto el psicólogo como el psiquiatra son dos profesionales, si saben lo que están haciendo, si es malito diay, el loco se vuelve más loco dicen (Aguilar, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

La idea de la locura se encuentra integrado dentro de la comprensión de las familias sobre la salud mental, relacionado con profesionales en psicología o psiquiatría, así como también con cierta clase de comportamientos que se consideran exagerados o “anormales”, por lo que expresiones tales como “llorar como loca” indican comportamientos que son cuestionados por ser excesivos o estar fuera de lo esperado.

Es importante reflexionar sobre la concepción de locura como un estigma presente en la sociedad colocada sobre grupos de personas o individuos que se apartan negativamente de las categorías o atributos sociales que son considerados “normales” o esperados en la sociedad. Es así como una persona loca es aquella que sus comportamientos, acciones, pensamientos, no están de acuerdo con los valores y normas sociales previamente establecidas.

Según Goffman (2006), el estigma es una diferencia no prevista socialmente que se coloca sobre una persona o grupo, quienes dejan de ser consideradas totalmente humanas, lo que abre paso a ejercer diversas formas de discriminación. Aquí entra la locura como una ideología que explica la inferioridad de una persona, así como el potencial de peligro que representa. Y esto se manifiesta en el discurso cotidiano con el concepto de salud mental, donde existen una serie de metáforas, imágenes y términos tales como loco, raro, peligroso, descarriado; y a esto se le atribuye un elevado número de imperfecciones y/o atributos que dan paso a la señalización, exclusión, aislamiento y prácticas de injusticia.

Estas representaciones se encuentran presentes en procesos de interacción en los grupos familiares y comunitarios compartiéndose entre los miembros, pero claramente

proviene desde un nivel más amplio, ya que se repite constantemente en diferentes espacios y momentos. Lo anterior es afirmado por parte de las personas profesionales entrevistadas, que han reconocido durante el desarrollo de sus labores la creencia extendida de que quien visite o requiera atención por parte de psicología o psiquiatría está loco.

Algunas familias reconocen que la idea compartida de la locura interfiere con la búsqueda de atención en la salud mental, por lo tanto, si una persona necesita consultar con algún o alguna profesional o requiere un seguimiento en su atención, existe el riesgo de enfrentarse con señalizaciones por parte de miembros de su comunidad.

Diay, la mayoría de veces son valientes, porque dicen que los psicólogos solamente son para locos (Espinoza, L., comunicación personal, 6 de septiembre de 2022).

Para mí hay dos cosas, el servicio, el sistema de salud y el miedo o el qué dirán... si yo voy a un médico que examina que locos, van a decir “puta, van a decir que yo estoy loco o alguna cosa (López, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

(...) porque hay otro elemento que yo veo en ese aspecto, que mucha gente cree que si consulta con un psicólogo o un psiquiatra están locos, o sea hay un elemento que para que no le hagan bullying entonces se aguantan. (Aguilar, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Porque yo conozco mucha gente que a veces dicen que ellos no van a hacerse un examen de la mente porque ellos no están locos y que eso solo para locos, y la verdad que yo, a mi criterio, eso es para todo el mundo, siempre y cuando uno tenga una debilidad en el cerebro, esos exámenes son muy buenos (López, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

De manera que, en los espacios de interacción relacionados con la comunidad es común encontrar esta representación sobre la salud mental, lo que figura una limitación en la prevención considerando el carácter simbólico que tiene el concepto de locura y como esto dirige posteriormente las acciones de las personas.

Si la persona loca es aquella que se comporta de manera indeseada, aquella que se sale de lo buscado y esperado, ésta termina apartándose en el grupo de “las/los otros”, provocando rechazo, señalización y exclusión social. Como se mencionó en uno de los comentarios anteriores, muchas personas se abstienen de buscar atención en salud mental debido a la exposición a situaciones de discriminación que esto podría provocar.

Esto se observa con fenómeno del suicidio, donde se considera a la persona considera la autoeliminación en un debido a la locura.

Para mí, es la persona que tiene un problema mental. (López, V., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022).

Lo anterior demuestra la comprensión del fenómeno como un signo consecuente de un “problema mental”, como un factor causal del suicidio donde se ignoran o minimizan aquellas cuestiones sociales implicadas y que pueden causar en las personas un estado de sufrimiento donde se contemple la autoeliminación.

Incluso desde el desarrollo institucional (OMS) y la información divulgada a través de medios de comunicación, se ha declarado que los casos de suicidio guardan relación con trastornos y enfermedades mentales; información que al no profundizarse puede llegar a reducirse a la comprensión del suicidio como un acto que hacen las personas con “problemas mentales”, idea que, según las familias, se entiende como locura en miembros de la comunidad:

Diay, cuando sucede un caso lo mucho que dicen es “diay quien sabe que depresión o qué loquera tenía ese hombre o esa mujer” o “estaba mal de la mente”. Sí, eso es lo más que uno oye aquí (López, E., Comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Claramente esta relación no puede alejarse de la misma noción de locura, ya que igualmente se encierra en una serie de conceptos que intentan explicar la diferencia, lo anormal, lo raro, lo que no debe de ser, lo que debe ser controlado. Y el suicidio termina siendo como el último destino de los individuos que no cumplen con las categorías de normalidad y fuerza, de aquellas personas que se separan o quedan como una otredad.

Por otra parte, es importante retomar cómo el estigma de la locura se relaciona con lo peligroso, ya que fue destacado en algunas de las personas entrevistadas. Como parte de ese proceso de diferenciación hacia un grupo, cuando una persona no se comporta de acuerdo con el sistema ambiente de valores se relaciona la locura con una cuestión de riesgo y peligrosidad tanto para los demás como para sí mismo en el caso específico del suicidio.

Bajo este imaginario, una adecuada salud mental es necesaria para algunas familias debido a que se evitarían comportamientos agresivos o peligrosos que perjudiquen a terceras personas o a la propia persona que los comete:

López E.-Si es necesario. Diay, porque si uno tiene salud mental está bien, si está un poco descarriado no está muy bien.

López M.-Diay mientras uno esté bien no anda haciendo loqueras ahí.

López V.-No anda haciendo daños.

López M.-Si anda un poco descarriado... yo he visto más de uno que andan haciendo daños y cosas que no es debidas, que los meten en problemas.

(Comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Esta idea ha sido heredada desde la psiquiatría del siglo XIX cuando funcionaba como un aparato de saber y poder dentro de lo conocido como higiene pública, donde procuraba tener un papel de protección del cuerpo social relacionando la locura con la criminalidad. Según Foucault (2007), se persistía en la idea de que los crímenes amenazan habitar cualquier locura y el núcleo de la locura se encontraba en los individuos que pueden ser peligrosos para la sociedad.

Y a veces ha encontrado uno mucha gente que hace muchos problemas, que tienen muchos problemas con eso, que ha pasado que tal vez vienen y le dan una cita para dentro de dos años, y aquella persona anda bastante mal de la cabeza, ¿qué pasa? que después vienen, los encuentran, los agarran [...] y los meten a la cárcel y en la cárcel los llevan ¿cómo ahí sí los atienden rapidito, ah? después de que ya andan en el problema. Porque, ¿no cree que sea mejor un poquito antes? (López, M., comunicación personal, 8 de septiembre de 2022)

Por tanto, el hecho de no recibir atención en salud mental vinculada con la idea de locura cabe dentro de “lo que no está bien” y puede resultar peligroso, ya que existe una forma de pensamiento y comportamiento aceptado socialmente y aquellas personas que no se ajustan a este ideal pueden ser criminalizadas.

Esto es una connotación negativa que se ha reproducido y mantenido a través de estos desarrollos científicos, y que se han transformado hasta ser parte de la realidad cotidiana. Existe un orden social sobre lo que debe ser, una serie de normas y valores donde las personas con afecciones en su salud mental o con conductas suicidas no pertenecen según este imaginario.

Este pensamiento está tan arraigado que puede orientar las decisiones de las personas ante la posibilidad de buscar atención para sí mismo o para los propios miembros de la familia, ya que, al tener este tipo de representaciones, las personas intentan alejarse de ser catalogadas como locas o peligrosas. Como se logra apreciar en la información brindada por las familias, es reconocido el pensamiento popular sobre quienes requieren atención en salud mental, y que esto provoca que las personas se resistan a buscarla, lo que termina reproduciendo estas representaciones.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

En el presente apartado se exponen los hallazgos que el proceso investigativo y analítico arrojaron para la comprensión del objeto de estudio y de las interrogantes planteadas al inicio del documento, por lo tanto, se procede a seguir el orden lógico de dichas interrogantes:

En relación con las condiciones culturales, socioeconómicas y políticas de las familias que viven en el contexto comunitario rural de San Vito

Por medio del acercamiento de las personas investigadoras a tres comunidades pertenecientes al distrito de San Vito, se encontró que las zonas determinadas como rurales sufren graves consecuencias de la división urbano-rural reproducida históricamente, se da una exclusión social que tiene que ver con limitantes en cuanto a condiciones materiales, acceso a servicios básicos y, en este caso en específico, el acceso a la salud.

Este enfoque urbano-centrista sanciona las zonas rurales respecto a temas de inversiones, gastos públicos, coberturas y alcance de políticas públicas, accesos a servicios públicos básicos, salud, educación y por lo tanto influye en las personas que viven en estos espacios, repercutiendo en la creación de representaciones sobre el suicidio.

El cantón de Coto Brus no cuenta con las instituciones y profesionales de salud suficientes para dar abasto con la atención a la salud mental y el comportamiento suicida de toda esa región, lo que tiene por consecuencia un sistema de salud público saturado. De igual manera padece del abandono por parte del Estado, sumado a la falta de cristalización de Políticas Públicas de salud, ya que no se alcanza la garantización del acceso a este derecho para todas aquellas personas que lo requieran.

Debido a estas limitaciones las familias han configurado estrategias de afrontamiento o diferentes formas de abordar y sobrellevar las distintas problemáticas sociales que presentan, creando una escala de prioridades donde la salud mental no puede ocupar un lugar de verdadera importancia ya que deben solventar ante todo las necesidades primarias de las familias.

Es así como la salud mental suele ganar importancia en la medida en que interfiere con la cotidianidad de las familias y la posibilidad de supervivencia. Como ocurre ante la imposibilidad de trabajar, trasladarse, relacionarse con las y los demás y cualquier actividad que afecte la obtención de recursos materiales.

Ahora bien, aunque se encontraron esfuerzos por parte de los pocos profesionales encargados de la atención y prevención del suicidio utilizando la concientización y divulgación de información respecto al tema, los mismos no pueden luchar contra las condiciones económicas, políticas, sociales y culturales que caracterizan al cantón.

En caso de que se pudiera dar una socialización del tema que llegara a la mayoría de las personas, cosa que no sucede, esto no garantizaría que los usuarios del sistema salud sean atendidos. Esto se debe no sólo al desconocimiento y la poca información presente, sino también a las condiciones económicas, geográficas y a la escasez de ciertos servicios que hacen que aquellas personas que requieran de atención en salud mental tengan que pasar una “odisea” para poder ser atendidos.

Entonces para poder tratar fenómenos como el suicidio y salud mental primeramente se debe trabajar el trasfondo de estos, como lo son las repercusiones de la exclusión social que padece este cantón, correspondiente al sistema capitalista en el que se encuentra inmerso.

Así mismo, se pudo constatar la gran influencia que tiene este contexto en la construcción de representaciones sociales, donde aspectos como los medios de comunicación, el acceso a la información, rasgos culturales, acceso a servicios, las condiciones materiales, etc., determinan en gran medida cómo se da ese proceso de construcción y su influencia en las familias.

Ejemplo de ello es que, la información a la que las personas puedan acceder y su grado de veracidad, sentarán las bases de los significados y representaciones que se crean entorno a un fenómeno como el suicidio y determinará un acercamiento más o menos acertado a este, lo que se verá reflejado en las acciones.

Respecto a la influencia de los elementos del contexto en el proceso de comprensión e interpretación del fenómeno del suicidio en las familias

En el proceso de análisis de las representaciones sociales sobre el suicidio, se resaltaron mayormente aquellas representaciones que pueden incidir en la prevención y búsqueda de atención, así como la reproducción de mitos, estigmas y discriminación hacia las personas con conductas suicidas.

Sin embargo, es importante aclarar que durante el proceso de recolección de información fue notoria una gran diversidad de significados otorgados a la salud mental y el suicidio. Esto debido a que muchas familias han tenido acceso a información por medio de organizaciones, profesionales que se desempeñan con los temas, instituciones educativas o lugares de trabajo, que han significado una fuente de información importante, así como un medio de sensibilización.

El hecho de que varias de las personas entrevistadas hayan requerido atención por su salud mental en algún momento de su vida, ha logrado una mayor comprensión y la disminución de prejuicios y discriminación contra grupos que se han visto afectados.

Es así como se considera que los espacios con acceso a información sobre estos temas cumplen un papel fundamental en la construcción de representaciones sociales que puedan dar una respuesta beneficiosa a las familias. Sin embargo, esto no es un hallazgo generalizado, ya que aún permanecen representaciones que limitan el acceso a la salud y existe una relación directa con aspectos referentes al contexto.

El análisis de las representaciones sociales sobre el suicidio permite conocer y reflexionar en cómo las familias de comunidades rurales de San Vito interpretan este fenómeno y construyen su realidad. Cabe aclarar que las representaciones sociales no son ideas lineales o inamovibles, por lo que pueden encontrarse interrelacionadas entre sí y compartir ciertas similitudes, ya que se comportan como sistemas de teorías del sentido común que se construyen por medio de la interacción social.

Entre las principales representaciones sociales destacan la comprensión de la salud mental como una cuestión biológica, genética o ubicándose en localizaciones cerebrales.

En este caso, varias de las familias lograron explicar la salud mental como una serie de manifestaciones físicas, lo que denota un concepto limitado sobre esta, donde no siempre fueron considerados aspectos relacionados con el bienestar emocional, psicológico o social como parte fundamental de la salud mental, sino que se limitaba a enfermedades, trastornos o incluso se confundía con algunas discapacidades (visual).

Lo anterior trastoca el fenómeno del suicidio, ya que de la misma forma no suele darse la validación necesaria a signos o momentos previos a los intentos suicidas, sino hasta que se requiere intervención profesional de carácter urgente. Esto ocurre porque las ideaciones y gestos suicidas son minimizadas como formas de llamar la atención, debido a la poca validación social que suele darse al bienestar emocional, social y la expresión de sufrimiento en la vida cotidiana.

De esta manera se conduce a otra de las representaciones sobre el fenómeno que más destacó, la cual relaciona el suicidio con la debilidad o la carencia de “fortaleza mental”, considerándose como una salida fácil a problemas de carácter personal.

Esta representación sobre el suicidio denota la naturalización de fenómenos sociales como la pobreza, la violencia, desigualdad, discriminación, entre otras manifestaciones de la cuestión social, viéndose como parte de la vida cotidiana y, por ende, la resolución o superación de estas situaciones dependen exclusivamente del individuo.

Sin embargo, existen formas de comportamiento socialmente aceptadas para esto, donde el suicidio figura como una acción propia de personas débiles, por lo que el sufrimiento y la expresión de este es señalada por la sociedad llegando a causar discriminación y colocando etiquetas en las personas afectadas como incapaces de solucionar problemas “individuales”.

De aquí surge otra de las representaciones sociales destacadas: el suicidio como un proceso individual. Donde son los propios sujetos los únicos que pueden dar solución a aquellas situaciones sociales que afectan su propia salud mental.

Esta representación conduce a considerar que se suicidan aquellas personas que no quisieron recibir o buscar ayuda, relacionado a la idea de que el objetivo del suicidio es la muerte en sí y no el cese del sufrimiento. Lo anterior influye en la forma en que las personas reaccionen ante manifestaciones suicidas, dado que, al ser considerado un fenómeno

individual, se reproduce la idea de que solo se puede ayudar a quien busca ayuda y quiere ser ayudado.

Como otras de las representaciones sociales sobre la salud mental y el suicidio se encontró la relación con la locura como una de las más notorias por parte de las familias. Esta forma de clasificar la ausencia de salud mental coloca un estigma sobre las personas que son diagnosticadas con algún tipo de trastorno mental o quienes requieren atención por parte de psicología o psiquiatría, los que manifiesten ideaciones suicidas o algún tipo de malestar emocional. Así mismo se refleja en el comportamiento suicida, entendiéndose este como una acción derivada de la locura.

Este estigma se traduce en inferioridad, anormalidad y peligrosidad de las personas con afección en su salud mental, lo que genera espacios de señalización y discriminación, mismos que son identificados por los individuos y por ello interviene en la búsqueda de atención profesional.

Finalmente, la concepción del suicidio como pecado fue una de las representaciones sociales encontradas que más descararon, dada la presencia de creencias religiosas arraigadas en la cultura que impera en las comunidades. Es así como el comportamiento suicida representa una acción que llevan a cabo las personas que están “faltas de Dios”, relacionándose con el pecado, lo maligno e incluso lo que será castigado o tiene algún tipo de consecuencia espiritual.

Y por esta misma razón, la búsqueda de apoyo espiritual y de miembros que comparten estas mismas creencias suele ser significativa y forma redes de apoyo importantes para las personas. Esto conlleva a que, dentro de las acciones que llevan a cabo las personas en relación con el suicidio, la ayuda espiritual es una opción válida e importante para ellos y ellas.

Los aspectos anteriormente descritos guardan una relación entre sí, por lo que se identifica que aún predominan explicaciones tradicionales como lo es la individualización del fenómeno que superponen factores biológicos y patológicos por sobre elementos estructurales de la sociedad, ignorando además su carácter multicausal, lo que conlleva a una culpabilización del sujeto.

Ahora bien, es importante aclarar que en la presente investigación no se niega la incidencia de estos factores, empero, se plantea la necesidad de ir más allá de estas y estudiar el suicidio como el fenómeno social en el cual intervienen elementos, políticos, sociales, económicos y culturales.

En relación con la forma en que las representaciones sociales construidas en el contexto rural de San Vito determinan las acciones de las familias frente al suicidio

Según la teoría de las representaciones sociales, las acciones de los sujetos están referenciados por las representaciones que se crean sobre un objeto o en este caso de un fenómeno en concreto, de aquí que el significado y explicación de las familias sean determinantes en cuanto a las formas en que estas actúan frente al fenómeno del suicidio.

Esto se observa al reducir la salud mental y el suicidio a manifestaciones físicas, lo que interviene en la toma de decisiones al momento de buscar atención profesional resultando tardía y enfocándose solamente en la búsqueda de atención (como por ejemplo el consumo de medicamentos) y no de prevención. Esta situación provoca que los aspectos sociales que tienen influencia directa con la salud mental no sean relevantes o no estén reconocidos del todo, lo que conduce a colocar la responsabilidad en el individuo que sufre o es afectado.

Se relaciona lo anterior con la percepción del suicidio como un fenómeno individual, donde las familias deciden actuar frente al comportamiento suicida de formas particulares, esto puede ser el mantenerlo como un secreto, el omitir, o enfrentar el fenómeno de manera aislada. Durante las entrevistas llegó a mencionarse que las ideaciones o gestos suicidas no debían compartirse con miembros de la familia al ser un tema personal; así mismo era común el buscar soluciones individuales como salir a caminar para “despejarse”.

Estas decisiones son consecuencia de los significados sociales que se han construido sobre el suicidio, donde “soy yo el/la única responsable de mi bienestar” es un pensamiento recurrente, sin contemplar que las condiciones socioeconómicas intervienen en un adecuado desarrollo físico, mental y emocional. Dado esto, también se llega a entender el suicidio como una acción que genera o debería generar vergüenza y, por ende, no debe ser compartido.

Además, está asociado a la representación del suicidio como debilidad, que tiene como consecuencia el no hablar del tema, tener miedo a ser señalado o culpabilizado. Esta

representación genera una separación o segregación a las personas afectadas como pertenecientes a una otredad, relacionando el suicidio con un grupo específico y no como un fenómeno que puede desarrollarse en cualquier espacio y momento y del que cualquier personas puede ser víctima.

En términos generales, todo esto genera a nivel colectivo una reacción discriminatoria, de omisión o culpabilización hacia las personas con conducta suicida y, en el plano individual, provoca que las personas decidan llevar esos procesos solos y solas, lo cual dificulta la prevención y aumenta los actos consumados en la población.

Esta reacción de discriminación también tiene relación con visualizar la falta de salud mental y la conducta suicida como situaciones que viven las personas locas, las cuales se constituyen ante el colectivo como seres anormales y peligrosos para la sociedad, por lo cual resulta mejor evitarlos, separarlos o tratar de relacionarse lo menos posible con ellos y ellas.

Así mismo, a partir de la percepción el suicidio como pecado las familias buscan ayuda espiritual y profesional. Sin embargo, dadas las condiciones presentes en el contexto en el que viven, recurrir a la atención profesional les resulta difícil, ya que el acceso al servicio público y privado se ve limitado por las condiciones materiales de las personas y la forma en cómo funcionan las instituciones públicas presentes en las comunidades.

Por su parte, la ayuda espiritual se presenta como una alternativa más viable, en la cual acudir al pastor de la comunidad o sacerdote de la iglesia se constituyen en acciones guiadas por sus creencias religiosas. Esto genera cierto grado de bienestar en las familias de acuerdo con la información y herramientas con las que cuentan las personas a las que acuden, también existiendo la posibilidad de que el tema o situaciones no se aborde de manera acertada.

Este conjunto de acciones se pudo evidenciar en el proceso de trabajo de campo, donde incluso desde una atención clínica se sigue abordando el fenómeno de manera aislada e individual y, por tanto, manteniendo la reproducción de mitos y estereotipos alrededor del fenómeno que obstaculizan la prevención y búsqueda de atención por parte de las personas, así como el avanzar en la socialización y reconstrucción de la concepción retrógrada del suicidio.

Recomendaciones

A partir de la experiencia que se desarrolla en la elaboración de este Trabajo Final de Graduación, tomando en consideración las temáticas emergentes, así como las necesidades de la población con la que se trabajó surgen las siguientes recomendaciones a:

A la carrera de Trabajo Social:

- Considerando que, en nuestra sociedad, la salud mental y el suicidio continúan siendo temas desconocidos, cargados de información errónea y mitos que han permanecido y continúa reproduciéndose en diferentes espacios sociales; es necesario contemplar la formación constante en estos temas, que permitan un adecuado acercamiento y abordaje con las diferentes poblaciones en las que interviene una profesión como Trabajo Social.

El comportamiento suicida no es una cuestión aislada ni extraordinaria, es un fenómeno multicausal que se manifiesta en las realidades inmediatas de las personas muchas veces motivado por cuestiones sociales como la pobreza, las múltiples formas de violencia y la violación de derechos. Además, debe considerarse que, al ser temas que pueden resultar sensibles para algunas personas, es importante la construcción de herramientas en intervención en crisis que permita un abordaje adecuado según las necesidades inmediatas de las personas.

- La salud mental y el suicidio han sido catalogados como temas de carácter individual, esto ha tenido consecuencias en la forma de comprender el fenómeno limitando también su prevención. Desde Trabajo Social es importante un posicionamiento ante el tema de la salud mental como un derecho que debe garantizarse, así como la comprensión de la ausencia de la salud mental como resultado de una estructura social que predispone todo tipo de afecciones.

Se comprende que existen poblaciones específicas en la sociedad que se ven mayormente afectadas, y esto responde a una complejidad social basada en una estructura de poder y desigualdad. Las personas que son víctimas de un sistema patriarcal, adulto centrista, con distribución desigual de la riqueza, son quienes se encuentran en una situación de mayor riesgo. Por eso es primordial resaltar la importancia de que una profesión como Trabajo Social continúe avanzando en el desarrollo teórico de estos temas.

A futuras Investigaciones (estudiantes):

- Para futuras investigaciones es importante que los y las estudiantes elijan de manera cuidadosa la población y lugares donde deseen realizar sus trabajos, ya que la distancia, el acceso a la población, los recursos económicos, el tiempo, etc., son aspectos primordiales para tomar en cuenta y no se constituyan en limitantes. Para evitar esto, es fundamental tener una buena planificación y plantear de manera clara los alcances y limitaciones que conlleva.

- Teniendo en consideración lo anterior, resulta importante trabajar con comunidades alejadas del Valle Central, debido a que muy pocas personas se atreven hacerlo por las razones antes mencionadas, lo que se constituye en una exclusión de estas poblaciones. Así mismo, es menester explorar nuevos temas de investigación que en apariencia no competen a Trabajo Social y buscar nuevas formas de abordaje, esto permite un enriquecimiento de la Carrera y la creación de nuevas áreas de investigación.

A las instituciones de salud del cantón:

- Crear alianzas con las organizaciones y/o grupos de las comunidades para procurar que los procesos de capacitación lleguen a una cobertura más amplia, con juntas de desarrollo, comités de deportes, pastorales juveniles, otras instituciones de salud etc., donde se creen estrategias que permitan llegar de la forma más oportuna a las comunidades según las características de cada una y donde se promueva la prevención del suicidio.

- Promover campañas informativas que socialicen el carácter multicausal del fenómeno del suicidio, y así mismo informar sobre la salud mental a la población.

- Realizar mapeos o sondeos que fijen una mirada en el trastorno de depresión que padece la población para poder trabajar en la atención de esta.

- Trabajar las intervenciones en suicidio desde la interdisciplinariedad reconociendo lo multicausal del este, es decir que no se recargue la mayoría de los casos a un área en específico, si no que cada uno de estos sea intervenido desde las distintas disciplinas competentes.

- Capacitar a las poblaciones sobre herramientas para abordar situaciones en crisis en situaciones suicidas, de manera que las personas puedan actuar de forma oportuna en caso de que se presente alguna situación y asimismo puedan proceder desde la prevención.

- Trabajar con los centros educativos para proveer en las y los niños y jóvenes información sobre salud mental y prevención del suicidio.

Referencias Bibliográficas

- Aguilar, J. (2013) Historia económica de Costa Rica en el siglo XX; la economía rural. En Diálogos, p. 120-130.
- Alarcón, R. (1986). La Salud Mental en América Latina, 1970-1985. Bol of Sanit Panam. 101 (6), 567-585.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16862/v101n6p567.pdf?sequence=1>
- Alarcón, R. (2009). Salud Mental en América Latina: Luces y Sombras. Salus. Universidad de Carabobo, Venezuela. (13), 25-38.
<https://www.redalyc.org/pdf/3759/375939011005.pdf>
- Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. Sapiens. Revista Universitaria de Investigación. 9 (1), 93-107. <https://www.redalyc.org/pdf/410/pdf41011135004>.
- Alvarado, H. (1994). Del otro lado del ajuste. Heredia, Costa Rica: EUNA
- Álzate I., Reyes, E., Muriel, M., Pérez S., & Pérez, M. (2020). Representaciones sociales del suicidio en seis adolescentes de una I. E de Sogamoso.
- Amarante, P. (2016). Salud mental y atención psicosocial. Editorial Grupo 5. Madrid.
http://xpsicopedagogia.com.ar/wp-content/2018/03/Salud_Mental_Y_Atencin_Psicosocial.pdf
- Andrade, K., & Izcara S. (2003), La entrevista en profundidad: Teoría y Práctica. Universidad Autónoma de Tamaulipas, México.
- Aranguren, M. (2009). Modelos teóricos de comprensión del suicidio. I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVI Jornadas de Investigación Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.
- Araya, S. (2002). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica. FLACSO.

- Arcos, D. (2014). Representaciones sociales sobre el suicidio en adolescentes del resguardo indígena de Chiles. Project Report. Universidad de Nariño, San Juan de Pasto.
- Arriagada, I. & Aranda, V. (2004). Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces. CEPAL. Santiago de Chile.
- Arroyave, J., Ceballos, G., Díaz, M. & Del Toro, J. (2007). Percepción social de los familiares de las personas que consumaron suicidio durante los años 2002-2005 en la ciudad de Santa Marta (Colombia). DUAZARY.
- Bahamón, M., & Galindo, C. (2017). Teoría cognitiva y teoría interpersonal psicológica del comportamiento suicida. Leonardo Yunda Perlaza Vicerrector de Desarrollo Regional y Proyección Comunitaria Leonardo Evemeleth Sánchez Torres Vicerrector de Servicios a Aspirantes, Estudiantes y Egresados, 43.
- Ballesteros M, Gutiérrez-Malaver M., Gómez, Á., Herrera N., Izzedin R., & Sánchez, L. (2010). El suicidio en la juventud: una mirada desde la teoría de las representaciones sociales. Universidad Nacional de Colombia. Rev. Colombia. Psiquiat., vol. 39 / No. 3 p. 523-543.
- Barrenechea, C. A. (2016). La dimensión ontológica de la investigación cualitativa en la educación y pedagogía. Horizonte de la Ciencia, 98-104. Recuperado de <https://www.redalyc.org/journal/5709/570960870010/html/>
- Barrio-Martínez S., García-Haro, J., García-Pascual, H., García-Pascual, R., & González, M. (2020). Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria. Papeles del Psicólogo, 41(1), 35-42.
- Biartti, R. (1989) Inmigrantes italianos en Costa Rica: Estudio de su integración mediante fuentes orales. Universidad Nacional.
- Bueno, C. (2019). El tiempo de trabajo y sus efectos en la seguridad y salud de los trabajadores. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-santiago/documents/genericdocument/wcms_718404.pdf

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). Memoria Institucional 2018. Caja Costarricense del Seguro Social. Recuperado de: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/handle/20.500.11764/720>
- Campo-Arias, A. & Herazo, E. (2015). El complejo estigma-discriminación asociado a trastorno mental como factor de riesgo de suicidio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 44(4) 243-250 <https://www.redalyc.org/pdf/806/80643083008.pdf>
- Campos, G. & Martínez, N. (2012). La observación, un método para el estudio de la realidad. *Revista Xihmai* (13), 45-60.
- Campos, M. (2004) Prevención de suicidio y conductas autodestructivas en jóvenes. UCR.
- Carballeda, A. J. M. (2013). La intervención en lo social como proceso. Una aproximación metodológica. Espacio Editorial, Buenos Aires.
- Centro de Investigación y Estudios Políticos. (2021). Informe del Estudio sobre percepciones ideológicas y cultura política en Costa Rica. (2021) <https://ciep.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2021/07/Informe-del-estudio-sobre-percepciones-ideolo%CC%81gicas-y-cultura-poli%CC%81tica-en-Costa-Rica-mayo-2021.pdf>
- Chávez, A. Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. https://www.researchgate.net/publication/50285739_Edwin_S_Shneidman_y_la_suicidologia_moderna
- Chiva, O. & Mallén, D. (2009) La Familia como Agente de Aprendizaje Permanente.
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2021). Salarios de los médicos no sufren cambios ante anulación de acuerdo de Junta de Gobierno que establecía montos de tarifas mínima. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 1. Recuperado de <https://medicos.cr/web2/tarifas-minimas/>
- Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica. (2021). Actualización de las tarifas mínimas para los honorarios profesionales periodo 2021. El Colegio de Profesionales en Psicología de Costa Rica, 1. Recuperado de

<https://psicologiacr.com/actualizacion-de-las-tarifas-minimas-para-los-honorarios-profesionales-para-el-periodo-2021/>

Contraloría General de la República (2019) Decimocuarto Informe. Recuperado de <https://cgrfiles.cgr.go.cr/publico/docsweb/documentos/publicaciones-cgr/igm/2018/igm-2018.pdf>

Corrales, R. (2014). Propuesta de alternativas de prevención de los intentos de autoeliminación en la niñez, a partir de los factores sociofamiliares que se presentaron en los casos de niños y niñas de 7 a 9 años de edad, atendidos en el servicio de Trabajo Social del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, en el periodo del 1 de enero del 2011 al 30 de junio del 2013. (Proyecto de Graduación para optar por el grado de Licenciada en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica. San Ramón, Costa Rica.

Crovetto, M. (2019). Espacios rurales y espacios urbanos en la teoría social clásica. Instituto de investigación Gino Germani: Área de estudios Urbanos, pp. 15-31.

Cruz, F. (2006). Género, psicología y desarrollo rural: La construcción de nuevas identidades. Repercusiones sociales de las mujeres en el medio rural. Madrid, Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. https://www.miteco.gob.es/ministerio/pags/Biblioteca/fondo/pdf/87506_all.pdf

Delgado D., Marín J., Quirós N., & Vargas I. (2010). La construcción pública de las familias en Costa Rica. Seminario de Graduación. Universidad de Costa Rica.

Díaz, R. & Quesada, R. (2019) Impactos ambientales de la colonización agrícola en Coto Brus, Costa Rica (1940-2018). Revista UNA Número 63(2) P, 215 a la 247. URL: www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/

Durkheim, E. (1912) Las formas elementales de la vida religiosa. <http://www.zubiri.net/moodledata/16/Durkheim-Las-Formas-Elementales-de-la-Vida-Religiosa.pdf>

El País. (8 septiembre 2022). Costa Rica registra más de siete mil 300 suicidios en 21 años. <https://www.elpais.cr/2022/09/08/costa-rica-registra-mas-de-siete-mil-300-suicidios-en-21-anos/>

- Ferré Grau, C., Montescó Curto, P., Mulet Valles, M., LLeixá-Fortuño, M., Albacar Riobó, N & Adell Argentó B. (2011). El estigma del suicidio vivencias de pacientes y familiares con intentos de autolisis. *Índex Enferm*, 20, España.
- Foucault, M. (2007). *Los anormales*. Buenos Aires. Fondo de cultura económica. <https://gloriagduran.com/wp-content/uploads/2013/05/los-anormales-m-foucault.pdf>
- Friedrich, E. (1884). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. Progreso, Moscú
- Fuentes, M. (2013). El origen de los EBAIS en Costa Rica. Seminario Universidad, 1. Recuperado de <https://historico.semanariouniversidad.com/opinion/el-origen-los-ebais-en-costarica/>
- Galende, E. (1997). *De un Horizonte Incierto*. Buenos Aires, Lugar Editorial. [http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/musicoterapia/\(316\)%20MUSICOTERAPIA%20EN%20SALUD%20MENTAL/De%20un%20horizonte%20incierto.pdf](http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/musicoterapia/(316)%20MUSICOTERAPIA%20EN%20SALUD%20MENTAL/De%20un%20horizonte%20incierto.pdf)
- Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Amorrortu editores S.A. Buenos Aires. <https://sociologiaycultura.files.wordpress.com/2014/02/goffman-estigma.pdf>
- González, R. (2019). Prevalencia de los factores de riesgo de ideación suicida en adolescentes en Costa Rica, Colombia, Cuba, México, Perú y España, en el último quinquenio, revisión sistemática del 2013 al 2018. (Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería) Universidad Hispanoamericana.
- Guardián, Alicia. (2007) *El paradigma cualitativo en la investigación socioeducativa*. Printcenter: San José, Costa Rica
- Hall, C. (1976). *El café y el desarrollo histórico-geográfico de Costa Rica*. San José, Costa Rica: Editorial Costa Rica. [Links]
- Hausmann-Stabile, C. (2019) Teorías que explican conductas suicidas. Youth Suicide Research Consortium.

<https://www.youthsuicideresearch.org/blog-spanish/teoras-que-explican-conductas-suicidasblog/youthresearchorg>

Ibáñez, J. (1988). Representaciones Sociales. Teoría y Método. En: Ibáñez, T. (Coord.). Ideologías de la Vida Cotidiana, pp.13-90. Barcelona: Sendai.

Instituto de Desarrollo Rural (2014) informe de caracterización del territorio buenos aires – Coto Brus.
<https://www.inder.go.cr/buenos-aires-coto-brus/Caracterizacion-buenosaires-cotobrus.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2022). Poder adquisitivo de los hogares de Costa Rica cae -6,2 en 2022. San José: ENAHO. Recuperado de <https://inec.cr/noticias/poder-adquisitivo-los-hogares-costa-rica-cae-62-2022>

Jodelet, D. (2008). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. En CONNEXION. [En PDF]1(89), 25-46.

López-Muñoz, F. Álamo, C. Cuenca, E. (2000) La "Década de Oro" de la Psicofarmacología (1950- 1960): Trascendencia Histórica de la Introducción Clínica de los Psicofármacos Clásicos. Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000

Malvárez, S. (2011). Salud mental comunitaria: trayectoria y contribuciones de la enfermería. Ridec. 4 (2), 22-30.
<https://www.enfermeria21.com/revistas/ridec/articulo/27040/salud-mental-comunitaria-trayectoria-y-contribuciones-de-la-enfermeria/>

Ministerio de Educación Pública (2018). Protocolo de atención a la población estudiantil que presenta lesiones autoinfligidas y/o en riesgo por tentativa de suicidio. MEP, 5-47. Recuperado de <https://www.mep.go.cr/sites/default/files/protocolo-prevencion-suicidio.pdf>

Ministerio de Salud (2019). Campaña “Aquí estoy” brinda consejos a la sociedad para saber ayudar a posibles personas víctimas de suicidio. Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/noticias/noticias-2019/1501-campa>

na-aqui-estoy-brinda-consejos-a-la-sociedad-para-saber-ayudar-a-posibles-personas-victimas-de-suicidio

Ministerio de Salud (2020). Misión. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/mision-y-vision>

Ministerio de Salud de Chile. (s.f). Modelo Comunitario de Atención a la Salud Mental, Historia. (Consultado el 05/05/2022). <http://sw.ewok.cl/saludmental.cl/modelo-comunitario-de-atencion-en-salud-mental/historia/>

Ministerio de Salud. (2012). Política Nacional de Salud Mental 2012-2021. San José, Costa Rica. www.ministeriodesalud.go.cr

Ministerio de Salud. (2012). Política Nacional de Salud, 2010-2021. San José, Costa Rica: Impresión Documental Ministerio de Salud, 2010.

Ministerio de Salud. (2014). Costa Rica vigila los intentos de suicidio por primera vez desde el 2013. Noticias Ministerio de Salud. Recuperado de: https://www.ministeriodesalud.go.cr/misalud_2017/index.php/noticias-cd/noticias-2014/698-costa-rica-vigila-los-intentos-de-suicidio-por-primera-vez-desde-el-2013

Ministerio de Salud. (2016). Secretaría Técnica de Salud. Sitio web Ministerio de Salud. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/737-salud-mental/1314-secretaria-tecnica-de-salud-mental-stsm#:~:text=La%20Secretar%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud,otras%20instituciones%20p%C3%ABlicas%20y%20privadas%2C>

Moron, P. (1987). El suicidio. Publicaciones Cruz O., S.A. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YkXpHvT9GXcC&oi=fnd&pg=PA1&dq=suicidio+y+religi%C3%B3n&ots=-6-TbJq2lD&sig=dPblPIZDwpwvLxRqTGy0dkUG35o#v=onepage&q=suicidio%20y%20religi%C3%B3n&f=false>

Moscovici, S. (1984) The phenomenon of social representations In: R.M. Farr and S. Moscovici (Ed.) Social representations. Cambridge, University Press, 3-69.

- Moscovici, S. (1999). Conciencia social y su historia. *Revista Polis México*, 1 (1), 17-40.
<https://polismexico.izt.uam.mx/index.php/rp/article/viewFile/362/357>
- Munera, P. (2013). El duelo por suicidio. Análisis del discurso de familiares y profesionales de salud mental: Tesis de doctorado en psicología. Universidad de Granada, Granada España.
- Municipalidad de Coto Brus. (02 de abril de 2019). Historia del Cantón
<http://www.municotobrus.go.cr/>
- Municipalidad de Coto Brus. (2019). Plan de desarrollo cantonal Coto Brus 2019 a 2023. Recuperado de
<http://www.municotobrus.go.cr/files/folder/6137b889-084d-4f70-bbf3-11e8e8d45a29.pdf>
- Núñez, C. (2021). La otredad incómoda: una reflexión sociológica. *Revista Estudios*, (42). ISSN 1659-3316
- Organización Internacional de Trabajo. (2013). Estudio de caso: Karoshi: muerte por exceso de trabajo.
https://www-ilo-org.translate.google.com/safework/info/publications/WCMS_211571/lang--en/index.htm?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es-419&_x_tr_pto=sc
- Organización Internacional del Trabajo. (2016). Estrés en el Trabajo. Un reto Colectivo.
https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1953). Comité de Expertos en Higiene Mental. Informe de la Primera Reunión
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/1294/42152.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (17 de junio de 2022). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos.
<https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

- Organización Mundial de la Salud. (2 de marzo de 2022). La pandemia de COVID-19 desencadena un aumento del 25 % en la prevalencia de la ansiedad y la depresión en todo el mundo. <https://www.who.int/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 – 2020. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). Preventing suicide: a global imperative. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Burnout un "fenómeno ocupacional": Clasificación Internacional de Enfermedades. <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Día Mundial de la Salud Mental: una oportunidad para impulsar un aumento a gran escala de la inversión en salud mental. <https://www.who.int/es/news/item/27-08-2020-world-mental-health-day-an-opportunity-to-kick-start-a-massive-scale-up-in-investment-in-mental-health#:~:text=Con%20ocasi%C3%B3n%20del%20D%C3%ADa%20Mundial,%C3%ADnea%20sobre%20la%20salud%20mental>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021a). Mental Health Atlas 2020. <https://www.siiis.net/documentos/ficha/567706.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2021b). Una de cada 100 muertes es por suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Países. [https://www.who.int/es/countries#:~:text=Los%20Miembros%20de%20la%20OMS,%C3%A1fica%20\(194%20Estados%20Miembros\)](https://www.who.int/es/countries#:~:text=Los%20Miembros%20de%20la%20OMS,%C3%A1fica%20(194%20Estados%20Miembros)).
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. ISBN 978-92-4-005019-8

Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Trastornos mentales. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (8 de octubre de 2021). Un informe de la OMS pone de relieve el déficit mundial de inversión en salud mental. <https://www.who.int/es/news/item/08-10-2021-who-report-highlights-global-shortfall-in-investment-in-mental-health#:~:text=%C2%ABEs%20sumamente%20preocupante%20que%20a,inversiones%20C%20BB%20dijo%20el%20Dr>

Organización Mundial de la Salud. (s.f). Acerca de la OMS. <https://www.who.int/es/about>

Organización Mundial de la Salud. (Septiembre 2022). La salud mental en el trabajo. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

Organización Panamericana de la Salud. (1990). Declaración de Caracas. https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53027/9789275323014_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la salud. (2021). La OPS insta a priorizar la prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por COVID-19.

<https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). La OPS insta a priorizar la prevención del suicidio tras 18 meses de pandemia por COVID-19. <https://www.paho.org/es/noticias/9-9-2021-ops-insta-priorizar-prevencion-suicidio-tras-18-meses-pandemia-por-covid-19>

Organización Panamericana de la Salud. (2022). Quienes Somos. <https://www.paho.org/es/quienes-somos#:~:text=Brinda%20cooperaci%C3%B3n%20t%C3%A9cnica%20en%20salud,situaciones%20de%20emergencia%20y%20de%20sastres>.

Organización Panamericana de Salud. (2022). Costa Rica. <https://www.paho.org/es/costa-rica>

Perera, M, (2003). A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. CIPS - Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas. https://www.academia.edu/19112216/REPRESENTACIONES_SOCIALES_TOMAS_IBANEZ

Pérez, S. (2005). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría, 34(3), 386-394. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/806/80634305.pdf>

Poder Ejecutivo. (4 de junio de 2018). Decreto N° 34582. Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo. La Gaceta. Http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?Param1=NRTC&nvalor1=1&nvalor2=63450&nvalor3=97733&strtipm=TC

Pons, X. (2010). La Aportación a la Psicología Social del Interaccionismo Simbólico: Una revisión histórica. Psicología y Educación, pp. 24-39.

Posada, J. (2014). Ontología y Lenguaje de la Realidad Social. Universidad del Quindío. Colombia. pp.70-78.

Pujal, M & Valesco, M. (2005). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. En Athenea Digital. (7). 133-146.

- Quesada, A. (2013) Condiciones de uso de la tierra del distrito San Vito Coto Brus, Puntarenas. Revista Reflexiones, p. 1021-1209
- Retana, L. & Rubí, M. (2006). La influencia de las relaciones familiares en el rendimiento académico de los estudiantes de segundo grado (C y E) de la escuela Rafael Moya Murillo. Tesis de Maestría. Universidad Estatal a Distancia.
- Rimolo-Bariatt, A. (2021) El carácter fundacional y origen de San Vito de Java, Coto Brus (Costa Rica: 1952-2020) a sesenta y ocho años de su fundación
- Rozas, M. (1998). Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social. Espacio Editorial.1998. Pag.45.
- Shneidman, E. (1985). Definición de suicidio. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Solano, D. (2008). Factores de la historia personal, familiar y vínculos que contribuyen en la génesis de la idea suicida de hombres adultos del Valle Central de Costa Rica. (Tesis de Licenciatura en Psicología), Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Sundholm, M. (Septiembre 2013). OMS: Organización Mundial de la Salud. Naciones Unidas Office of the Secretary-General's Envoy on Youth. <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>
- Trejos, M. (1994). Lo aparente y lo oculto del ajuste estructural. En: Alvarado, Hernán et al. (1994). Del otro lado del ajuste. Heredia, Costa Rica: EUNA
- Umaña, V. (2009). Factores personales, familiares y sociales que predisponen y protegen la presentación de conductas suicidas, en las mujeres y los hombres atendidos en el Programa de Atención Psicológica de la Universidad Nacional durante el año 2007. (Tesis para Maestría en Estudio de la Violencia Social y Familiar). Universidad Estatal a Distancia. San José, Costa Rica.
- Valencia, L. (2021). Las reformas de la salud mental en el siglo XX. Psicoactiva. <https://www.psicoactiva.com/blog/las-reformas-de-la-salud-mental-en-el-siglo-xx/>
- Vega, M. (1996). Cambios en la sociedad costarricense en la década de los ochenta y noventa. Universidad de Costa Rica, 2-8.

Weisser B. (2003). Representaciones sociales de familias en mujeres urbanas populares.
Chile: Universidad de la Fronter.

Anexos

Anexo #1: Guía de Entrevista Grupal

Universidad de Costa Rica

Sede de Occidente

Escuela de Trabajo Social

Presentación: La siguiente guía de entrevista surge como un instrumento de recolección de información de la investigación “Representaciones sociales sobre el suicidio en grupo de familias de comunidades rurales del distrito de San Vito de Coto Brus”, esta es dirigida a un grupo de familias como sujetos claves del presente estudio.

Objetivo: Profundizar en los elementos culturales, socioeconómicos y políticos que influyen en la construcción de las representaciones sociales sobre el suicidio de un grupo de familias que residen en comunidades rurales de San Vito de Coto Brus.

Es importante mencionar que toda la información que sea suministrada tiene un carácter estricto de confidencialidad, en el cual solo las personas investigadoras y la directora de este trabajo tendrán acceso a la misma, esto con la finalidad de salvaguardar el uso adecuado de lo expresado en cada una de las entrevistas.

Datos Generales:

Nombre de la comunidad: _____

Años de vivir en la comunidad: _____

Tipo de familia(observación): _____

Parentesco: _____

Edades: _____

Nivel de escolaridad: _____

Miembros que conforman el grupo familiar: _____

Sobre el contexto:

Político

¿Cuáles son las instituciones estatales presentes en la comunidad?

¿Cómo describiría la influencia de las anteriores instituciones en la comunidad?

De los servicios que brindan estas instituciones ¿Cuáles son los que más suele usar/recurrir la familia?

¿Podrían mencionar algunas organizaciones existentes en la comunidad?

¿Cuál es la función de estas organizaciones?

Económico

¿Cuál es la principal fuente de ingresos? Principal proveedor/a. Actividad laboral.

Social

¿Podrían nombrar los servicios públicos con los que cuenta la comunidad?

¿Cuáles de los anteriores servicios mencionados hace más uso la familia?

Dadas las condiciones socioeconómicas de la familia ¿Cuáles son las principales dificultades que tienen para acceder a estos servicios?

¿Cómo describirían la calidad de cada uno de los servicios que han recibido?

¿Poseen acceso a servicios de salud, con qué regularidad?

¿Qué entiende por salud mental?

¿Conoce sobre algún servicio o lugar donde se atienda la salud mental?

¿Consideran la salud mental como una necesidad?

¿Qué nivel de importancia tiene la atención a la salud mental frente a otras necesidades? (alimentación, salud física, educación, vivienda, etc.)

Cultural

¿Tienen alguna creencia religiosa? ¿Se consideran practicantes?

¿Podrían mencionar algunas de las actividades culturales más frecuentes en la comunidad?

De las actividades mencionadas ¿En cuáles de ellas participan?

¿Cuáles son los principales medios de comunicación que suelen consumir? (radio, televisión, internet).

¿Con qué fines suelen utilizar estos medios de comunicación? (entretenimiento, fines académicos, trabajo, informativos, etc.)

Representaciones Sociales

Significados

¿Qué entienden por suicidio?

¿Suelen reflexionar/pensar sobre el concepto de suicidio en su vida cotidiana?

¿Quiénes son las personas que se suicidan?

*¿Qué busca una persona con conductas suicidas?

¿Cuáles pueden ser las causas del suicidio? (¿Por qué una persona llega a pensar, hablar sobre el suicidio?)

¿Cuáles pueden ser las consecuencias del suicidio?

¿Qué piensan del suicidio como una respuesta a los problemas?

¿Existe alguna diferencia si se trata de la conducta suicida de un hombre o de una mujer?

¿Existe alguna diferencia si se trata de la conducta suicida de una persona adulta, adulta mayor, adolescente o en el caso de la niñez?

¿Se puede evitar el suicidio?

¿El suicidio es un tema importante?

Interacción

¿En qué momentos han escuchado hablar del suicidio?

¿En qué espacios es posible hablar de suicidio?

¿En qué espacios es necesario hablar de suicidio?

¿Se debe hablar de suicidio en la familia?

¿Cómo se debe hablar de suicidio en la familia?

¿Cuándo se debe hablar de suicidio en la familia?

Acciones

¿Cuáles son las reacciones frecuentes ante una noticia de suicidio?

¿Cómo sería una respuesta adecuada al suicidio, por qué?

¿Cómo sería una respuesta inadecuada al suicidio?

¿Qué se debería hacer (o qué no) cuando alguien dice que quiere morir? ¿Qué aconsejaría?

¿Qué se debería hacer cuando alguien dice/escribe que se va a suicidar?

¿Qué se debería hacer cuando alguien intentó suicidarse y no lo consiguió?

¿Cuál debe ser el papel de la familia ante la conducta suicida?

¿Qué se debería hacer si un miembro de la familia tiene pensamientos sobre el suicidio?

¿Qué se debería hacer si un miembro de la familia expresa de forma oral o escrita que tiene intención de suicidarse?

¿Qué se debería hacer si un miembro de la familia intenta suicidarse?

¿Bajo qué circunstancias buscaría un servicio de salud mental?

Anexo #2: Guía de Entrevista semi-estructurada

Universidad de Costa Rica

Sede de Occidente

Escuela de Trabajo Social

Presentación: La presente entrevista es parte de las técnicas de recolección de información utilizadas para la investigación titulada Representaciones sociales sobre el suicidio en grupo de familias de comunidades rurales del distrito de San Vito de Coto Brus; esta es dirigida para

profesionales de Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, encargados de dar atención a los eventos de autoeliminación en el distrito de San vito.

Objetivo: Conocer la percepción de las y los profesionales sobre la situación del suicidio en el cantón, así como la forma en que se interviene de acuerdo con el contexto en el que vive la población.

Es importante mencionar que toda la información que sea suministrada tiene un carácter estricto de confidencialidad, en el cual solo las personas investigadoras y la directora de este trabajo tendrán acceso a la misma, esto con la finalidad de salvaguardar el uso adecuado de lo expresado en cada una de las entrevistas.

Datos Generales:

Profesión: _____

Institución para la cual labora: _____

Años de trabajar en el Cantón o Distrito: _____

Intentos de autoeliminación atendidos: _____

Sobre contexto

Económico

¿Cuáles limitaciones existen desde la institución que dificultan la atención al suicidio?

¿Considera que el financiamiento que recibe la institución influye en los servicios que brindan? ¿por qué?

¿Considera que los recursos materiales y humanos con los que cuenta la institución son suficiente para atender las demandas de la población del Cantón/Distrito? ¿por qué?

Políticas

¿Qué servicios relacionados con salud mental brinda la institución para la cual labora?

¿Cómo se aborda el tema de salud mental desde la institución?

¿En qué momento se presenta la intervención de su profesión (Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría) en los casos de intento de autoeliminación?

Dentro de la atención a la salud mental ¿Qué tanta importancia se le da al suicidio?

¿Cuáles son los programas que se ejecutan en la institución destinados a la prevención y atención del suicidio?

¿Cómo describiría el impacto que tienen estos programas sobre el suicidio y la población?

¿Cuáles son los cambios más significativos en la atención y prevención del suicidio que ha podido notar a lo largo del tiempo?

¿El abordaje al suicidio se da de manera interdisciplinaria?

¿Qué nivel de importancia tienen las causas sociales del suicidio en su atención desde la institución? ¿Considera que influye?

¿Cómo se abordan los casos de autoeliminación? (individual/familiar)

¿Qué medidas de prevención del suicidio se brindan desde la institución (educación, información, regulación en la adquisición de métodos de suicidio)

¿Ha cambiado la forma de atención post-pandemia?

Sociales

¿Creé que las condiciones socioeconómicas de la población influyen en la atención y acceso a los servicios que se brindan? (nivel educativo)

¿Cuáles son las principales limitaciones que afectan la cobertura de la atención relacionada con salud mental en las comunidades?

Desde la institución ¿Se considera la salud mental cómo una necesidad de la población?

¿Cuál es el papel de la familia ante un intento de autoeliminación?

¿Considera que el contexto de pandemia ha tenido influencia en los intentos de autoeliminación?

¿Bajo qué medidas las familias buscan atención en su salud mental, específicamente la atención a la conducta suicida?

Cultural:

¿Cuáles son los rasgos o prácticas culturales que pueden incidir en la percepción que tiene la población sobre el suicidio? ¿De qué manera influyen?

Representaciones sociales:

¿Cómo describiría la percepción que tienen las personas del Catón/Distrito sobre el suicidio?

¿De qué manera considera que influye la percepción que tiene la población sobre el suicidio en su atención, prevención y abordaje?

¿Cuál es la reacción/acción más frecuente en las familias ante la conducta suicida?

¿Qué aspectos influyen en la búsqueda de atención a la salud mental por parte de la población?

Basado en su experiencia ¿Considera que la población ve en la prevención y atención del suicidio una necesidad?

¿Qué nivel de prioridad tiene la atención de la salud mental de la población frente a otras necesidades?

Anexo #3: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

Representaciones Sociales sobre el suicidio en un grupo de familias de comunidades rurales de San Vito de Coto Brus.

Código (o número) de proyecto: N/A

Nombre de el/la investigador/a principal: Eloísa Sequeira Arias, Karen Dalissa Corrales Núñez y José Antonio Romero Hernández

Nombre del/la participante:

Medios para contactar a la/al participante: números de teléfono

Correo electrónico

Contacto a través de otra persona

A. PROPÓSITO DEL PROYECTO

El consentimiento informado se presenta como parte del trabajo de investigación para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica, llevada a cabo por tres estudiantes bachilleres en Trabajo Social: Eloísa Sequeira Arias, Karen Dalissa Corrales Núñez, José Antonio Romero Hernández.

Dicha investigación tiene como objetivo analizar los principales elementos presentes en la construcción de las representaciones sociales sobre el suicidio desarrollados por las familias y sus respuestas ante un evento de autoeliminación desde un contexto rural. Con el propósito de identificar qué representa el suicidio para las familias de zonas rurales a fin de utilizar la información recolectada en la prevención y reflexión sobre el suicidio desde el

Trabajo Social, considerando que estas zonas han sufrido exclusión en muchos ámbitos como lo es el acceso a la salud mental y su adecuada atención. Para esto se pretende elegir nueve familias, contemplando tres comunidades del distrito de San Vito de Coto Brus.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

La participación en este proceso consistirá en responder una entrevista aplicada por las investigadoras, a través de la cual usted brindará la información necesaria para llevar a cabo el estudio. Al aceptar ser parte del proceso investigativo se compromete a cooperar con las personas investigadoras en dar respuesta a las preguntas que se le realicen, siempre y cuando se sienta cómoda y con la apertura para hacerlo. Con esto cabe aclarar que la entrevista puede finalizar de ser solicitado por la persona.

Para participar en ella será necesario en primera instancia contar con su disposición, pertenecer a una de las tres comunidades seleccionadas para efectos de este trabajo, tener una edad superior a los 15 años y, en caso de ser menor de edad, se debe firmar un asentimiento informado por parte de la persona responsable o encargada, además, la entrevista no será realizada de haber tenido alguna experiencia personal o de algún cercano con un evento de autoeliminación.

Se estima que la entrevista tenga una duración aproximada de treinta minutos por persona y aquellas que se realizarán de manera grupal demoren en un promedio una hora. Cabe aclarar que, este periodo de tiempo será variable según la dinámica de la entrevista, por tanto, esta podrá ser mayor o menor de lo previamente establecido.

La entrevista será realizada en un espacio de total comodidad para su persona, respetando su privacidad al responder las preguntas. Asimismo, para efectos de recolección de la información, él y las investigadoras responsables utilizarán instrumentos como hojas de registro y la grabación del proceso de ser aceptada. Cabe aclarar, que dicha información será utilizada únicamente para fines académicos y la facilitación en el aporte al tema de investigación propuesto.

Se estima que el periodo establecido para la participación en el proceso de investigación es de 6 meses. Sin embargo, las personas investigadoras tendrían contacto en dos ocasiones durante este periodo, el primero al establecer las comunidades y familias anuentes a participar, así como la fecha y hora más adecuada, y el segundo, para la aplicación de esta entrevista.

Finalmente, para la devolución de resultados de esta investigación a las personas que participaron, esperando que no existiera ninguna situación o evento que lo impidiera, se pretende dar una exposición del informe final del estudio, en un espacio de confianza en las comunidades seleccionadas, donde se pueda reunir a las familias participantes.

C. RIESGOS

Debe de ser de su conocimiento que, este proceso investigativo puede generar en usted algunas situaciones de riesgo para la salud física y mental:

En cuanto al **riesgo físico**, puede existir el contagio del COVID-19, por lo cual se tomarán las medidas necesarias que se establecen en los protocolos del Ministerio de Salud y en caso de no estar anuente a cumplir dicho protocolo, no se realizará la entrevista. Así mismo, es importante que tenga en cuenta que, aun tomándose las medidas prudentes, el riesgo existirá.

En el caso de **riesgo mental** se pueden presentar:

- Sentimiento de incomodidad durante la realización de la entrevista, que pueden generar cuadros de ansiedad antes y durante el proceso.
- Sentimientos de angustia o enojo al referirse al tema de suicidio.
- Incomodidad o ansiedad al ser grabados o fotografiados durante el proceso.
- Pérdida de la confidencialidad en caso de alguna manifestación de intento suicida.

Con la finalidad de atender estos posibles riesgos, se le asegura la atención psicológica en caso de necesitarla. Así mismo, debe ser de su conocimiento que, en caso de ser necesario, se pospondrá la entrevista para otra ocasión, o bien, usted podrá renunciar a ser partícipe del proceso si así lo desea.

D. BENEFICIOS

Para la persona participante, la realización de esta investigación no supone un beneficio directo, pero sí indirecto, ya que, este corresponde a un aporte social a nivel general por parte de las investigadoras desde la carrera de Trabajo Social, a partir del cual se estarían indagando temáticas como el suicidio en familias que viven en espacios rurales. Además, se estaría aportando la creación de conocimiento que permita evidenciar, prevenir y mejorar la

atención a problemáticas de gran relevancia como la salud mental en estas comunidades y similares.

Debe ser de su conocimiento que, una vez terminado el proceso de investigación, como participante tendrá acceso al producto final, por medio de una exposición presencial por parte de él y las investigadoras, así como el documento que contiene los resultados arrojados de dicho trabajo.

E. VOLUNTARIEDAD

La participación en esta investigación es completamente voluntaria y puede negarse a realizarla o retirarse en cualquier momento de este proceso sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho, sin ningún tipo de consecuencia por su retiro o falta de participación.

F. CONFIDENCIALIDAD

Se debe aclarar que la información brindada tendrá un manejo confidencial al momento de publicar los resultados de la investigación, de manera que no aparecerá ni el nombre ni ningún rasgo que pueda identificar a las personas participantes. Además, estos podrán ser utilizados a futuro siempre y cuando se mantenga el anonimato de las y los participantes.

Es importante mencionar que en este proceso de investigación se cuenta con una directora y dos personas lectoras, por lo cual estas tendrán acceso a la transcripción de las respuestas brindadas, sin embargo, se mantendrá el anonimato de las y los participantes, lo que impedirá que dichas personas sepan de quién es la respuesta que están leyendo.

Así mismo en caso de que así lo requiera, se le hará entrega, en forma digital o física, de una copia exacta del trabajo de investigación del cual fue partícipe.

***Se recuerda que** la confidencialidad de la información está limitada por lo dispuesto en la legislación costarricense. Por ejemplo, cuando la ley obliga a informar sobre ciertas enfermedades o sobre cualquier indicio de maltrato o abandono infantil. Estas limitaciones y otras deben preverse y ser señaladas a los presuntos participantes.

H. INFORMACIÓN

Debe tener en cuenta que, antes de dar su autorización debe hablar con el y las profesionales responsables de la investigación, las cuales contestarán satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos.

Si quisiera información más adelante, puede obtenerla llamando a Eloísa Sequeira Arias, Karen Dalissa Corrales Núñez o José Antonio Romero Hernández, a los teléfonos: 83302608, 83287134, 86339855 respectivamente, en el horario 8.00am a 8:00pm.

Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica *a los teléfonos 2511-4201, 2511-1398*, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

Debe reconocer que al firmar este consentimiento no perderá ningún derecho, además recibirá una copia firmada de este para su uso personal.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, declaro que entiendo de qué trata el proyecto, las condiciones de mi participación y accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

***Este documento debe de ser autorizado en todas las hojas mediante la firma, (o en su defecto con la huella digital), de la persona que será participante o de su representante legal.**

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

Lugar,
fecha y hora

Nombre, firma y cédula del padre/madre/representante legal (menores de edad)

Lugar, fecha y hora

Nombre, firma y cédula del/la investigador/a que solicita el consentimiento

Lugar,
fecha y hora

Nombre,
firma y cédula del/la testigo

Lugar, fecha y hora

Versión junio 2017

Formulario aprobado en sesión ordinaria N.º 63 del Comité Ético Científico, realizada el 07 de junio del 2017. |