



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD MENTAL**



ANÁLISIS DE DUELO POR EL HOMICIDIO-SUICIDIO, EN EL CONTEXTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO EN UNA COMUNIDAD DEMENOS DE 3000 HABITANTES

Autor:

Lic. Enf. Diego López

Tutor:

Prof. Adga. Mg. Mariela Balbuena
Prof. Agdo. Soc. Mag. Fernando Borgia

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2021

TABLA DE CONTENIDO

1.	RESUMEN.....	4
2.	INTRODUCCIÓN.....	5
1.1	Objetivo General.....	11
1.2	Objetivos Específicos.....	11
2.	ANTECEDENTES.....	12
3.	JUSTIFICACIÓN.....	17
4.	MARCO TEÓRICO.....	18
4.1	Definición de Suicidio.....	18
4.2	La Ideación Suicida.....	19
4.3	El Suicidio desde la Mirada Mundial.....	19
4.4	El Suicidio en el Uruguay.....	22
4.5	Categorías de Suicidios según Durkheim (2008).....	24
4.6	Violencia basada en Género.....	26
4.7	Factores de Riesgo de la Conducta Suicida.....	28
4.8	Atención a la Conducta Suicida.....	36
4.9	Homicidio seguido de suicidio.....	42
4.10	Sentimiento y Emociones de los Familiares.....	48
4.11	El Duelo.....	50
4.12	Trabajo de duelo por muerte en la familia.....	51
4.13	Intervenciones en supervivientes de duelo.....	51
4.2	MARCO REFERENCIAL.....	55
5.	METODOLOGÍA.....	56
5.1	Tipo y Diseño de la Investigación.....	56
5.2	Población y Muestra.....	57
5.3	Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	60
5.4	Procedimiento.....	61
5.4.1	Planificación de la entrevista.....	61
5.4.2	Contexto de la entrevista.....	63
5.5	Plan de Análisis.....	65
6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	66
7.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	67
7.1	Análisis de resultados.....	67

7.1.1 Fase exploratoria.....	67
7.3.1.1. Categoría: Familiares - allegados.....	68
7.3.1.2. Categoría: Actores Claves.....	78
7.4 Análisis por categorías.....	82
7.5 Revisión documental.....	92
8. CONCLUSIONES.....	99
9. BIBLIOGRAFÍA.....	101
APÉNDICE I.....	110
INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE.....	110
APÉNDICE II.....	112
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	112
Familiares y allegados de las víctimas del homicidio-suicidio.....	112
APÉNDICE III.....	113
INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE.....	113
Actores claves.....	113
APÉNDICE IV.....	115
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	115
Actores claves.....	115
APÉNDICE V.....	116
Nota Aval de Comité de Ética de la Investigación.....	116
APENDICE VI.....	117
PAUTAS PARA LA ENTREVISTA:.....	117
Familiares y allegados a las víctimas del homicidio -suicidio.....	117
APÉNDICE F.....	119
PAUTAS PARA LA ENTREVISTA.....	119
Actores claves.....	119
APÉNDICE G.....	120
FICHA HEMEROGRAFICA.....	120
Datos documentales.....	121

Indicé de Cuadros.

CuadroN°1 Sistema de codificación de las entrevistas.....	64
Cuadro N° 2 .Percepción sobre cómo es la comunidad.....	69
Cuadro N °3 Difusión del suceso.....	70
Cuadro N° 4. Impacto de las muertes violentas a nivel individual, familiar y comunitario a corto plazo.....	71
Cuadro N° 5 . Impacto de las muertes violentas a nivel individual, familiar y comunitario a corto plazo.....	71
Cuadro N ° 6 Recuerdos más frecuentes vivenciados.....	72
Cuadro N ° 7 Percepción sobre sus emociones respecto al paso del tiempo.....	73
Cuadro N°8 Percepción sobre si hablar del HS contribuye.....	74
Cuadro N°9. Percepción sobre si ser hombre o mujer como factor influye en afrontar la adversidad.....	75
Cuadro N°10. Respecto a las intervenciones de ayuda post HS y necesidad de atención profesional del sector salud.....	76
Cuadro N° 11 Estrategias propuestas para la intervención en los familiares de las víctimas del HS.....	77

Lista de Siglas

SECPAL	Sociedad Española de Cuidados Paliativos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PNPS	Programa nacional prevención del suicidio
IAE	Intento de auto eliminación
ONU	Organización Naciones Unidas
RUCVDS	Red Uruguay contra la Violencia Doméstica y Sexual
TPA	Trastorno personalidad antisocial
HS	Homicida Suicida

1. RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo el “Análisis de duelo por el homicidio-suicidio, en el contexto de violencia de género en una comunidad de menos de 3000 habitantes”. La metodología utilizada fue cualitativa, exploratoria y de estudio de caso.

Del análisis de los datos surgen cinco categorías: percepción e impacto de las muertes violentas a nivel individual familiar y comunitario; percepción sobre cómo afrontar el suceso; factores de riesgo individual y comunitario en el contexto de violencia de género; intervenciones para la supervivencia del duelo en diferentes ámbitos y difusión del suceso por medios de comunicación.

Los principales resultados de la investigación subrayan el profundo impacto en la comunidad, que aún a tres años del suceso se percibe como divida por diferentes posturas persistentes sobre los hechos. Para algunos locatarios es un suceso de violencia de género, para otros un accidente y para otros un hecho puntual.

La percepción de las muertes violentas en la comunidad presenta matices en la actualidad, respecto a los factores de riesgo individual y colectivo se destaca una minimización y desconocimiento de los mismos, que junto a la percepción del sistema social actual, el cual, tampoco considera la alta potencialidad lesiva del conflicto doméstico, ambos fenómenos conllevan a no visibilizar la detención precoz del suicidio ni del homicidio.

Enfermería centrada en el cuidado humano, individual y colectivo, conforma un pilar fundamental dentro del equipo sanitario para la prevención y la atención a los supervivientes a corto y largo plazo.

Desde los resultados expuestos, se contribuye a comprender un proceso complejo, emergente de una problemática en nuestro país de alta prevalencia como es el suicidio y homicidio en el contexto de violencia doméstica.

2. INTRODUCCIÓN

La pérdida de un ser querido es un acontecimiento muy estresante que casi todas las personas tendrán que afrontar a lo largo de la vida. Por ello el duelo es el proceso de adaptación el cual permite restablecer el equilibrio personal y familiar, el cual fue roto por la muerte de un ser querido. El duelo es un proceso normal y algunas veces ayuda a adaptarse a la pérdida, y poder vivir sin la presencia física de ese ser querido, aunque se mantenga el vínculo afectivo. Si no se logra superar, resultaría conveniente buscar la orientación y guía de los profesionales respectivos. El duelo se caracteriza por la aparición de pensamientos, emociones y comportamientos causados por ese fallecimiento, dura un tiempo determinado.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos, en adelante (SECPAL) (2011) caracteriza el duelo indicando que:

En los primeros momentos, la persona se enfrenta al choque inicial producido por la pérdida. Pueden aparecer manifestaciones tanto físicas como psíquicas, como: temblor o alguna irregularidad en el ritmo cardiaco, tristeza, ansiedad, incredulidad e incluso la negación de la situación (p. 34)

Por otro lado, Worden (2013) expresa:

Como consecuencia del proceso de duelo suelen fluir en las personas conductas como: sentimientos de tristeza manifestados a través del llanto o ira hacia la persona fallecida, sentimientos de culpa y remordimiento, ansiedad, soledad, también pueden experimentar también sensaciones físicas como agitación y confusión, pueden tener la sensación de que la persona fallecida aún está presente, trastornos del sueño, de la alimentación, conducta distraída, retraimiento. (p. 43)

Pero, si la muerte ha sido de una manera inesperada, traumática, ya sea por homicidio, suicidio, accidente, muerte perinatal, entre otros, el malestar psicológico es superior al de una muerte esperada.

Ahora bien, el suicidio lo define la Organización Mundial de la Salud en adelante (OMS), (2016) como un acto que un individuo se causa a sí

mismo, que acarrea una lesión, o un daño, acompañado de la intención de morir.

Entonces, el suicidio es un fenómeno que se deriva de muchas causas, que implica el acto de acabar con la misma de sí mismo; en él intervienen muchos factores que van desde los aspectos políticos, económicos y sociales, inclusive hasta lo biológico, psicológico y sociocultural, preocupando a toda la comunidad, estando presente en lo cotidiano, transformándose generalmente en una tragedia en el plano individual, familiar o social. Las estadísticas que maneja la OMS para el año 2016, son:

Los suicidios son la novena causa de muerte en Uruguay, siendo responsables de 12% a 15% de los fallecimientos en personas entre 25 y 34 años. El suicidio no solo se produce en los países de altos ingresos, sino que es un fenómeno global que afecta a todas las regiones del mundo. De hecho, en 2016, más del 79% de los suicidios en todo el mundo tuvieron lugar en países de ingresos bajos y medianos.

Es importante indicar que, cuando el suicidio ocurre de una forma repentina, inesperada, sin contar con ningún tipo de explicación hacia los sobrevivientes, socialmente representa una conducta inaceptable por el tema cultural. Por ende, es vivido en la familia como un verdadero desequilibrio, que afecta su estructura y su organización. Un suicidio siempre afecta a un grupo de personas y genera sentimientos de abandono que dan lugar a preguntas de reclamo y de recriminación.

Al respecto Eguiluz, (2010) comenta:

Si un individuo intentó suicidarse una vez y no ha resuelto la crisis que está viviendo o no ha recibido apoyo profesional, ello incrementa el riesgo y puede intentarlo de nuevo y por ende existe una mayor posibilidad de que lo logre (p. 57)

Para Pérez y Mosquera (2006), la muerte por suicidio genera sentimientos de culpa, no queriendo hablar sobre la muerte ocurrida y se dan fuertes cuestionamientos sobre lo que se pudo hacer para evitarlo. Por ello, el suicidio genera una respuesta de rechazo, por lo que ello representa en cuanto a las creencias religiosas se refiere dentro de la misma sociedad.

El hecho de que alguien decida terminar con su vida, genera una mirada moral y se juzga en oportunidades al suicida y a su familia. Generando esto como una especie de juicio moral. La recriminación más frecuente está en la culpabilidad por los posibles hechos que se produjeron y que no se logró impedir que ello ocurriera, y no solo involucra a los familiares y allegados del fallecido, sino que tiene implicaciones transgeneracionales, es lo que se puede llamar como la memoria familiar, que se proyectan en el futuro de la vida familiar y en cada una de las existencias individuales de sus integrantes, claro ello no indica que no se puede resolver e inclusive queden excluidas de la conciencia del entorno familiar. Por ello es importante trabajarlo porque pueden cargar con el fantasma del fallecido y ello puede pesar sobre su identidad como la evidencia de un daño compartido en el mismo entorno familiar.

El suicidio, en comparación con otro tipo de muerte, tiene la principal característica de que no solo trae, como toda muerte, el sentimiento de pérdida, sino que, más allá de ello, de por sí es doloroso, incorpora en la vida de las personas sentimientos de vergüenza, miedo, rechazo, enfado y culpa. Porque, en cierta forma, genera en los deudos pensamientos reales o imaginarios por el hecho de haber fracasado en evitar el suicidio, y ello trae como consecuencia que el duelo por suicidio sea más intenso y dure más tiempo.

Los familiares del suicida experimentan múltiples sentimientos al pensar que el suicida haya podido arrepentirse cuando ya era muy tarde, y no haber podido evitar la muerte, a pesar de haberlo deseado. Un aspecto importante en la investigación que llevo a cabo Worden (1997) con familias en las que hubo varios suicidios. Se encontró con que los supervivientes vivían en un estado de ansiedad por miedo a la transmisión genética de la tendencia. Algunos de sus pacientes asistían a consulta desesperados ante la idea de tener descendencia con características suicidas; incluso encontró a personas que se negaban rotundamente a tener hijos, por miedo a que heredaran la fatídica carga familia.

La familia misma se crea un mito respecto a lo que realmente le pasó a la víctima y si alguien lo cuestiona llamando a la muerte por su nombre real, provoca el enfado de los demás, que necesitan verla como una muerte accidental o cualquier otro tipo de fenómeno natural. Sienten remordimientos, y piensan que tienen mayor responsabilidad sobre la muerte y pueden llegar a sufrir períodos largos de depresión y tristeza

Sobre esto último, McMenamy, Jordan y Mitchell (2008) indican que mayormente esos familiares en duelo encuentran que la ayuda profesional resulta beneficiosa, aunque éstos también informaban que el apoyo social es muy importante, porque en la mayoría de los casos no cuentan con ese apoyo.

Andersson, (2012), indica que algunos estudios sugieren que el estigma social sobre el suicidio desaparece a los dos años, mientras que otros autores plantean efectos más duraderos, e inclusive puede ser pasado de generación en generación. (p. 89) Por ello, si los familiares perciben que lo acontecido no está bien visto por la sociedad y por ello no pueden expresar sus sentimientos, ni comentar su experiencia vivida, esto puede convertirse en un duelo complicado.

Adinkrah, (2014), expresa:

Cuando el homicidio viene seguido de la conducta suicida del agresor es un episodio de violencia interpersonal de naturaleza distinta a las conductas homicidas y suicidas por separado y, su incidencia, ello constituye un evento cuyas consecuencias afectan a un mayor número de personas, pues no solamente se ven afectadas las personas cercanas a la víctima, sino que también lo sufren los allegados de los agresores. (43)

Sin duda, suicidio y el homicidio son tratados frecuentemente en los estudios relacionados con el comportamiento violento y la criminalidad.

Los investigadores y profesionales de la salud buscan comprender cuáles son los factores sociales, culturales y hasta mentales que llevan a una persona a quitarse su propia vida o la de otro. Los actos violentos como el homicidio seguido de suicidio, es un tipo impactante de crimen. Aunque el homicidio-suicidio puede suponer la muerte de una o varias personas,

estos actos normalmente son realizados por parte de un autor hacia una única víctima (Bossarte, 2006; 71)

Al respecto, el Sociólogo Émile Durkheim ha sido uno de los pioneros en la investigación y estudio del suicidio, publicando en el año 1897, el célebre libro titulado: “El Suicidio”, y su investigación ha tenido una amplia influencia en ámbitos muy diversos de las Ciencias Humanas, no solo en la Sociología, sino también, el aspecto de las ciencias cognitivas. Esa concepción del suicidio ha influido grandemente en el discurso de los sistemas hospitalarios y de salud, especialmente aquellos que dedican sus esfuerzos a combatir los flagelos de las enfermedades mentales.

Durkheim (2008), llega a la conclusión de que este fenómeno debe ser considerado como un hecho social; ubicando su causa a consecuencia de alteraciones del orden social, donde no existen normas y donde no se ha regulado debidamente con leyes para situaciones concretas. El mismo autor señala:

La anomia es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Anomía es un estado social en que cada individuo o cada grupo buscan por sí solos su camino, sin un orden que lo conecte con los demás (...) es frecuente en las comunidades sociales cuyos valores y normas pierden fuerza. (p. 25)

Por ende, los suicidios dentro de la sociedad, es un hecho que puede ser explicado sociológicamente, pero no por las motivaciones personales que llevaron al suicidio. Siendo la unidad de análisis la sociedad y no el individuo. Y es precisamente por todo lo anteriormente expuesto que esta investigación se enfoca a analizar el duelo por el homicidio-suicidio en el contexto de violencia de género, desde la perspectiva del entorno individual, comunitario y familiar en una comunidad de menos de 3000 habitantes.

La respuesta del porqué investigar y abordar este tema bajo una mirada multidimensional, es porque desde el rol de la Enfermería deben estar ajustadas bajo la perspectiva holística desde la cual se debe tratar de dar

respuestas a todas las necesidades tanto físicas, emocionales como espirituales de los individuos. Y dentro de todas las alternativas de abordaje para una intervención, es importante centrarse en los profesionales que trabajan en contacto directo con la enfermedad y la muerte, con el sufrimiento de pacientes y familiares.

Como profesionales de enfermería, se ejerce un rol clave en el cuidado de las personas con conducta suicida a través de la educación, prevención y el cuidado.

Por todo lo mencionado anteriormente surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las características que presenta el proceso de duelo ante la pérdida por el doble homicidio seguido de suicidio de una comunidad de menos de 3000 habitantes?

¿Cómo ha sido el contexto de violencia de género, acontecido en la comunidad?

¿Cuál ha sido el impacto percibido por los actores como consecuencia de la difusión mediática del caso?

¿Cuáles podrían ser las estrategias de prevención, que sean fundamentales para el reconocimiento del contexto en el cual se genera y ocurre la conducta suicida, con el fin de proporcionar a padres, maestros, profesionales de la salud y líderes comunitarios educación acerca de estas conductas?

1.1 Objetivo General

Analizar el duelo por el homicidio-suicidio en el contexto de violencia de género, desde la perspectiva del entorno individual, comunitario y familiar en una comunidad de menos de 3000 habitantes.

1.2 Objetivos Específicos

- ▢ Analizar las características que presenta el proceso de duelo ante la pérdida por suicidio del doble homicidio de una comunidad de menos de 3000 habitantes.
- ▢ Describir el contexto de violencia de género, acontecido en la comunidad posterior al suceso.
- ▢ Indagar el impacto psicosocial percibido por los actores como consecuencia de la difusión mediática del caso.
- ▢ Proponer estrategias de prevención fundamentales para el reconocimiento del contexto en el cual se genera y ocurre la conducta suicida, con el fin de proporcionar a padres, maestros, profesionales de la salud y líderes comunitarios educación acerca de estas conductas.

2. ANTECEDENTES

La revisión bibliográfica, es la descripción de los elementos teóricos planteados por uno o por diferentes autores y que permiten al investigador fundamentar su proceso de conocimiento. Por ende, los siguientes antecedentes expuestos están basados en trabajos previos expuestos que guardan relación con el tema en estudio con un tiempo no menor a cinco años.

Carmona, Navarro (2014), realizó un artículo para la Revista Latinoamericana de Enfermería titulado: "Actitudes del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida: influencia de la inteligencia emocional". Enfermera, España. PhD, Profesora Titular, Universidad de Granada, España.

La autora evalúa la actitud y la influencia de la inteligencia emocional por parte del profesional de enfermería hacia el comportamiento suicida. Aplicó un cuestionario a los profesionales de enfermería para poder evaluar la actitud hacia el suicidio e inteligencia emocional. Los resultados muestran una actitud general desfavorable hacia el comportamiento suicida. La dimensión moral del suicidio marca las diferencias entre los profesionales de salud mental y urgencias. Concluyendo que poseer un mayor grado de formación en salud mental y un alto nivel de inteligencia emocional se asocia a una actitud más positiva hacia el paciente con comportamiento suicida. Formación y desarrollo de habilidades emocionales son fundamentales para el cuidado de los pacientes con conducta suicida.

Oropeza Geldres (2014), Presentó una tesis de grado titulada: "Factores de Riesgo y Conductas Suicidas en Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencia del Hospital Santa María del Socorro - Ica, junio 2013." Universidad Privada San Juan Bautista, Filial ICA, Escuela Profesional de Enfermería, Perú.

Los casos de suicidios han aumentado considerablemente a nivel nacional, las conductas suicidas en la población peruana son cada vez más comunes por diversos factores de riesgo como decepciones amorosas, problemas económicos o bullying, todos estos factores influyen en los intentos de suicidio, este problema de salud mental es de preocupación ya que al margen de los casos de intento de suicidio también están aumentando los casos de autolesiones en personas con algún tipo de problema psicológico o sujeto a situaciones estresantes.

La siguiente investigación tiene como objetivo determinar los factores de riesgo y conducta suicida en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Santa María del Socorro, Ica junio 2013. La investigación tuvo como razón de ser el brindar información real y actual a las autoridades del Hospital Santa María del Socorro sobre la situación de los pacientes ingresados al servicio de emergencia por autolesiones o intentos de suicidio, así como los factores que conllevan a ella para tener un mayor entendimiento y poder combatir esta situación que altera la salud de las personas que sufran algún evento estresante en sus vidas. Además de servir como punto de partida para la realización de investigaciones similares.

La población - muestra estuvo conformada por un total de 30 pacientes que fueron atendidos por intentos de suicidio. El tipo de investigación es no experimental, descriptiva y de corte transversal.

Los resultados fueron: Con respecto a los pacientes atendidos se encontró que la gran mayoría pertenecían al grupo etéreo comprendido entre 18 y 25 años con un 70% (21); predominó el sexo masculino con un 60% (18); el 90% (27) procedió de la costa y un 10% (3) eran de la sierra; el 50% (15) trabajan, el 30% (9) estudian aun y el 20% (6) restante son amas de casa; con respecto al estado civil el 70% (21) son solteros y el 30% (9) son casados. Con respecto a los factores de riesgo de conductas suicidas se obtuvo que el 63% (19) fue prevalente y el 47% (11) fue no prevalente. En relación a las conductas suicidas se obtuvo que el 67% (20) estuvieron ausentes y que el 33% (10) estuvieron presentes en los

pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Santa María del Socorro de Ica.

Albuixech García (2017), presentó una tesis doctoral titulada: “Perfil, Detección y Seguimiento de la Conducta Suicida Mediante el Diagnóstico Nanda «00150 Riesgo de Suicidio”, en la Universidad de Alicante. España.

La conducta suicida es prevenible y el intento de suicidio previo es la principal variable predictiva individual de muerte por suicidio. Identificar a las personas con alto riesgo y proporcionarles seguimiento y apoyo es un componente esencial de las estrategias de prevención del suicidio.

Se describió la conducta suicida atendida en el Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de dos hospitales de la Comunidad Valenciana: el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) y el Hospital de la Marina Baixa (HMB). Las urgencias hospitalarias son un lugar clave para la atención de la conducta suicida. La enfermera de triage realiza una de las primeras valoraciones de la conducta suicida, momento decisivo para la identificación del riesgo de suicidio. En el Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), la enfermera de triage identifica la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA «00150 riesgo de suicidio», como parte del Circuito Específico de Continuidad Asistencial en Salud Mental.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, descriptivo y analítico. La muestra estuvo formada por 317 personas, 104 pertenecían al HMB y 213 al HGUA. El grupo del HGUA se dividió en 2 grupos. Por un lado, aquellos que tenían asignado el diagnóstico «00150 riesgo de suicidio» por la enfermera de triage; éstas fueron 110 personas que pasaron a formar parte del Circuito de Continuidad Asistencial en Salud Mental (CCASM), y a este grupo se le denominó HGUA-150. Por otro lado, a los 103 restantes que no se les asignó dicho diagnóstico formaron el grupo HGUA.

Se describe la conducta suicida atendida en el SUH de enero a diciembre de 2011 en los distintos grupos. Comparamos el modelo utilizado en el

HGUA con identificación del riesgo de suicidio en el triage, con el modelo tradicional sin identificación de riesgo. Se realiza un seguimiento de dicha conducta y de su contacto con el sistema sanitario hasta enero de 2015.

Resultados principales: La detección precoz e identificación de la conducta suicida mediante el diagnóstico NANDA «00150 riesgo de suicidio» por la enfermera de triage del Servicio de Urgencias Hospitalario, consigue una reducción de 0,621 puntos la probabilidad de repetir la conducta suicida siendo un predictor significativo IC95% 0,317-0,912.

El grupo HGUA-150 tuvo un contacto más regular con el sistema sanitario a lo largo del período de estudio, así como menos atenciones en el Servicio de Urgencias. El grupo HGUA-150 tuvo una menor repetición de la conducta suicida a lo largo del período de estudio, siendo esta diferencia significativa. La repetición para el grupo HGUA-150 fue de 24,1%, frente al 38,1% del HGUA y el 37,5% del HMB ($p=0,05$).

El perfil de conducta suicida atendido en el SUH de los dos hospitales es el de mujer española con una media de edad de 41 años. El método de suicidio más frecuente es la ingesta medicamentosa y el desencadenante una discusión. Los meses del año en los que más conducta suicida se atendió en el SUH fueron julio y agosto.

En relación a los servicios más frecuentados en el sistema sanitario a lo largo del período de seguimiento, fueron el médico de atención primaria, la enfermera de atención primaria y la enfermera de salud mental. El uso del lenguaje enfermero mediante diagnósticos de enfermería NANDA a lo largo del período de estudio fue más prevalente en el 2011 y para el grupo HGUA-150.

El diagnóstico más prevalente fue el diagnóstico «00150 riesgo de suicidio». Los grupos que no pertenecían al CCASM identificaron la conducta suicida con diagnósticos menos específicos, como el «00037 riesgo de intoxicación», y el «00188 tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud».

Los diagnósticos NANDA más prevalentes asociados a la conducta suicida en el período de seguimiento, reflejo de problemas asociados a la conducta suicida, fueron: «00150 riesgo de suicidio» y «00146 ansiedad» en todos los grupos. Otros diagnósticos prevalentes para la conducta suicida fueron: «00079 incumplimiento de tratamiento», «00069 afrontamiento ineficaz», «00099 alteración en el manejo de la salud», «00052 deterioro de la interacción social», «00053 aislamiento social», «00037 riesgo de intoxicación», «00095 Insomnio», «00188 tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud», «00078 manejo inefectivo del régimen terapéutico» y «00120 baja autoestima situacional».

Conclusiones: La identificación de la conducta suicida en el SUH por la enfermera de triage mediante el diagnóstico NANDA «00150 riesgo de suicidio» incide positivamente en la prevención de la conducta suicida y contribuye a disminuir la probabilidad de repetir la conducta suicida en un período de 4 años. Los pacientes que formaron parte del grupo HGUA-150 tuvieron un contacto más regular con el sistema sanitario a nivel ambulatorio y una menor atención urgente.

En la conducta suicida atendida en el SUH de la población de estudio hay un predominio de mujeres con una media de edad de 41 años. La conducta suicida previa estuvo presente en el 87% de las muertes por suicidio, lo que pone de manifiesto el peso de la repetición de la conducta suicida a lo largo del período de estudio. El CCASM favoreció el uso del lenguaje enfermero, contribuyendo a la comunicación entre profesionales sanitarios y a la investigación de la conducta suicida desde el campo de la enfermería.

3. JUSTIFICACIÓN

La violencia de género, es un problema mundial que afecta a mujeres y adolescentes. Sus repercusiones nocivas van desde el ámbito personal y familiar hasta el social, con consecuencias en el deterioro de la salud y de las relaciones sociales.

En el contexto del análisis de un duelo por el homicidio-suicidio, en el contexto de violencia de género en una comunidad se pretende lograr con esta investigación, no la cuantificación de los hechos, sino la descripción del tipo de pensamientos, emociones, conductas y el juicio moral sobre el suicida, pero, especialmente, sobre los afectados de manera directa e indirecta como vivencia de su duelo. También es importante conocer las implicaciones transgeneracionales que puedan proyectarse en el futuro tanto de la vida familiar como colectiva y en cada una de las existencias individuales de esos afectados.

En lo que respecta al suicidio, la agresión va dirigida hacia la propia persona y hacia afuera como en el caso del homicidio. Esto representa un acto intencional. La persona, es incapaz de dominar la situación percibida, y convencida de que no existe salida, planea y ejecuta un desenlace fatal. Este tipo de comportamiento, reviste odio - amor, coraje – cobardía, temor - audacia.

Teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, el diagnóstico enfermero se ha instaurado en los diferentes ámbitos de la práctica clínica, siendo la base para la valoración de la provisión de cuidados por parte de enfermería. Resulta importantísimo determinar la utilidad del diagnóstico enfermero sobre los casos de riesgo suicida, violencia de género, como variable de detección precoz e identificación de dicha conducta dentro del sistema sanitario uruguayo, para poder determinar su impacto en la prevención de esas conductas.

4. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de la investigación, conforma las bases sobre las cuales se va a construir el proyecto y su misión es precisar, organizar las ideas y conceptos contenidos en la sección introductoria, de manera que los mismos puedan ser manejados y convertidos en acciones concretas, para darle sentido al estudio.

4.1 Definición de Suicidio

La OMS (1969) define el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, independientemente de su intención del conocimiento de sus motivos, partiendo de que debe tener como resultado del acto, la muerte.

Resulta importante introducir la definición de Durkheim, el cual define al suicidio como: "todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producir este resultado. La tentativa, es ese mismo acto, pero interrumpido, antes de que sobrevenga la muerte" (Durkheim, 1897, p.3).

Por ende, toda acción de autoeliminación por parte del individuo, que implique una muerte, no importando si es en el Instante o posterior a esta, ya sea por acción u omisión, representa un acto consciente cuyo fin es la generación de la muerte. Por ello la OMS, aconseja que se realice un seguimiento aquellos pacientes que padecen de depresión, trastornos mentales, e inclusive aquellos que han intentaron quitarse la vida; fomentando un tratamiento responsable sobre el tema inclusive a través de los medios de comunicación; y formar a los profesionales para la atención primaria de salud.

4.2 La Ideación Suicida

La ideación suicida es propia del ser humano en el cual un sujeto articula una serie de pensamiento de manera lógica lo que hace la emergencia de la idea constituida. Este grupo de ideas en general no surgen de manera espontánea, sino que son producto de una serie de acontecimientos que el sujeto vivencia durante su vida. La conducta suicida está presente desde que existe el hombre. Se trata de un hecho transcultural y universal que ha sucedido a lo largo de la historia. Ha sido castigado y perseguido en unas épocas, y tolerado en otras.

"La idea suicida surge como tal cuando una persona habla, escribe o piensa sobre suicidio, sin intención o deseo consciente de consumir el acto" (Vignolo, 2004, p. 19). Ideas que se puede considerar como de las primeras etapas, en el entendido se destacan la presencia de un proceso suicida, con una etapa inicial de ideación, luego al paso de los intentos y del suicidio en sí.

4.3 El Suicidio desde la Mirada Mundial

Según la web de Noticias de Organización de las Naciones Unidas en adelante ONU (2016), la tasa más elevada de suicidios durante el año 2016 correspondió a los países de ingresos altos, 11,5 personas por cada 100.000 habitantes, y fue predominantemente masculina, mientras que el 79% de los suicidios sucedieron en naciones de ingresos bajos y medios.

La OMS, (2016) destacó que las bases de las estrategias nacionales para la prevención del suicidio se asientan en la importancia de contar con un registro adecuado y en la vigilancia periódica de las tasas de suicidio de cada país. Pese a ello, solamente 80 de los 183 Estados miembros de la OMS de los que se publicaron estimaciones durante 2016 disponían de registros civiles con datos de buena calidad. La mayoría de los países sin datos de calidad correspondieron a países de ingresos bajos y medianos.

Los datos de mortalidad en América Latina han sido descritos como “irregulares”, especialmente al compararlos con los datos de los países europeos (Bertolote y Fleishman, 2012; 34). El retraso en el reporte de los datos es uno de los problemas. En la región, también existen marcadas disparidades en las tasas de suicidio entre los distintos países, incluso entre algunos con niveles similares de desarrollo (Liu, 2009; 56).

Otra de las dificultades está relacionada con la notificación inicial de los suicidios y posibles clasificaciones erróneas. La validez de los casos denunciados puede verse influenciada por factores culturales y religiosos, así como por la estigmatización de quienes cometen este acto (Wasserman, 2005; 92). También existen diferencias entre las regulaciones legales de los países con respecto a cuáles muertes deben clasificarse como suicidio.

La determinación de la intención en lo que respecta a la categorización de una muerte como suicidio se ve afectada no sólo por cuestiones legales sino también por los aspectos socio-culturales mencionados anteriormente. Investigaciones en el pasado han demostrado que las actitudes culturales hacia el suicidio son una de las razones por las cuales muchos de estos actos se clasifican como "muertes de intención no determinada" (Pritchard y Hean, 2008), (Kohn y Friedman, 2012). Por esta razón, es importante tener en cuenta que las tasas de mortalidad por suicidio reportadas pueden, en muchos países, estar subestimadas (Phillips, 2004). Si bien el número de muertes por suicidio y las tasas siguen siendo el dato más visible, se hace necesario considerar la conducta suicida en sus diferentes expresiones.

La problemática del suicidio ocurre en un continuo, el cual incluye la ideación suicida, la planificación y los intentos, muchos de los cuales no culminan en una defunción. Diversos estudios han reflejado que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos suicidas (OMS, 2013).

La denuncia de los intentos suicidas varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable, por la falta de un apropiado sistema de vigilancia.

A nivel mundial, los hombres tienen una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explican este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales.

La edad también es un factor de riesgo en el suicidio, aunque no en todos los países (Shah, 2007). Por ejemplo, en Estados Unidos hay una muerte por cada 100 o 200 intentos entre las personas de 15 a 24 años de edad, mientras que entre las personas mayores de 65 años hay un suicidio por cada cuatro intentos (Friedman y Kohn, 2008). En cambio, en otros países, las tasas de suicidio se redujeron entre los ancianos y aumentaron entre las personas más jóvenes (Hawton y van Heeringen, 2009), en las personas entre 35 y 45 años e incluso en las personas entre 15 y 25 años de edad.

Según los estudios de carga de enfermedad, las lesiones auto infligidas, los intentos de suicidio y las muertes por suicidio ocuparon en 2010 el 18° lugar, a nivel mundial, según los años de vida ajustados en función de la discapacidad, y constituyen el 1,5% del total de esos años.

En América Latina, las autolesiones ocupan el 18° lugar y corresponden a 1,3% del total de años de vida ajustados a discapacidad (Institute for Metrics and Evaluation, 2013). Cabe destacar que existe una estrecha relación entre el suicidio y las enfermedades mentales, pues están presentes en más del 90% de todos los casos de suicidio (Bertolote y Fleischmann, 2002).

En términos de la prevención del suicidio, es importante examinar los métodos más empleados. La disponibilidad y el fácil acceso a medios letales como las armas de fuego, otro tipo de armas y sustancias venenosas están correlacionados con un mayor riesgo de suicidio (De Leo et al. 2013). El suicidio es una de las principales causas prevenibles de muerte para ambos sexos.

4.4 El Suicidio en el Uruguay

Para el año 2001 Dajas F., analiza las tasas de suicidio en Uruguay durante el siglo XX concluyendo que existe una homogeneidad en las tasas de suicidio desde 1904 a 1984 con una media de $10,75 \pm 1,32$ (tasa /100.000 habitantes), en la revisión desde 1976 al 99 oscila en 10,88 existiendo un incremento significativo en 1998 con una tasa máxima con 16/100.000 habitantes.

En su análisis según grupos de edad reconoce el aumento paulatino con neto predominio en edades avanzadas correspondiente éste a lo observado a nivel mundial; evidencia un aumento en el género masculino, en Montevideo, en edad joven y madura temprana.

En 2002 según referencia de Montalbán A la tasa de suicidio llega a su máximo exponente con cifras de 21,7 / 100.000 habitantes. Para el siglo XX, en Uruguay el comportamiento de las tasas anuales de suicidio por 100.000 habitantes se mantuvo casi constante en 10/100.000, incrementándose en las últimas dos décadas. Comprendido el siglo pasado y hasta el año 2007, la tasa promedio fue de 12.54/100.000, configurando el 1.24 % de todas las defunciones.

En cuanto a poblaciones de riesgo, se destacan los grupos comprendidos entre los 15 y 29 años, y los mayores de 65 años. Según el Programa Nacional de Adolescencia y Juventud, 1 de cada 5 muertes entre los 20 y 24 años la causa es el suicidio. Por otra parte, una de cada tres muertes por suicidio ocurre en los grupos de los mayores de 65 años.

En Uruguay el suicidio consumado es más frecuente en hombres que en mujeres, a diferencia de los intentos, que en su mayoría son realizados por mujeres, aunque esta diferencia tiende a atenuarse hacia edades más avanzadas.

En este sentido, mientras que a nivel internacional las cifras de suicidios tienden a disminuir después de los 65 años, aquí ha sucedido históricamente lo contrario. En el período 2004 -2009 de los suicidios

consumados un 78% correspondían a hombres y un 22% a mujeres. En cuanto a los métodos de suicidio más frecuentemente utilizados, el principal es el ahorcamiento con un 54% y, en segundo lugar, el disparo de arma con un 32%.

En cuanto a la distribución geográfica, los suicidios representan el doble en el interior del país con respecto a la capital, con un porcentaje promedio de 67 % y 33% respectivamente en los años 2004-2009. Según datos aportados por el MS, en el año 2010 las cifras se mantuvieron similares a las del 2009 respecto a: número total de suicidios (539), franjas etarias y los métodos principales utilizados.

En el año 2010 Lavalleja obtuvo la tasa más alta de suicidios del país, con 21 suicidios correspondiendo a una tasa de 34 cada 100.000 habitantes. En cuanto a Rocha, que presentó la tasa más alta en años anteriores, ocupa el segundo lugar en el año 2010, con una tasa de 28 cada 100.000 habitantes. Según una revisión internacional de la OMS los principales factores de riesgo para cometer suicidio son:

- Enfermedades mentales (sobre todo depresión, alcoholismo y esquizofrenia)
- Intentos previos de suicidio
- Pertenecer al género masculino
- Enfermedades físicas, sobre todo las crónicas, discapacidades, dolorosas e incurables.
- Baja tolerancia a la frustración sumada a alta impulsividad.

Las enfermedades psiquiátricas son el factor que más contribuye a los suicidios, teniendo más de un 90% de las personas que se suicidaron una enfermedad psiquiátrica. El 60% de los suicidios están asociados a trastornos del humor, principalmente depresión mayor y trastorno bipolar.

El (PNPS) se constituyó en el año 2010 en uno de los planes quinquenales prioritarios del Departamento de Programación Estratégica en Salud, Área de Promoción de la Salud y Prevención del Ministerio de

Salud. En ese contexto, las autoridades se proponen como meta reducir la mortalidad por suicidio en un 10% para el período 2011-2020.

En cuanto a objetivos más específicos, se plantean, entre otros, el diseño de un manual para la organización de la atención a los Intentos de Autoeliminación (IAE), ampliar la cobertura de las prestaciones de Salud Mental a las personas con IAE -incluyendo al grupo familiar y al entorno inmediato-, crear un marco regulatorio para la atención en los IAE y familiares en todos los niveles de atención del SNIS.

También se propone asesorar en programas de capacitación con especial énfasis en el conocimiento de los factores de riesgo y señales de alarma, promoviendo agentes multiplicadores, para mejorar la prevención y promoción en los siguientes sectores: educativo formal e informal que incluya contenidos tales como fortalecimiento de la autoestima, manejo adecuado de los conflictos, desarrollo de habilidades para la vida, agentes socio-comunitarios, medios masivos de comunicación, policías , bomberos y programas del Banco de Previsión Social.

4.5 Categorías de Suicidios según Durkheim (2008)

1. **Suicidio egoísta:** es aquel que resulta de la alienación del individuo respecto de su medio social. Este tipo es común allí donde factores culturales, como en el protestantismo -lo señala el sociólogo-, subrayan el individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo, factor determinante en esta modalidad de auto sacrificio. Este tipo de suicidio se reduce notablemente en tiempo de crisis, sea política, económica o de estado de guerra.
2. **Suicidio altruista:** es el que se encuentra en sociedades rígidamente estructuradas que ponen por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal y hacen del sacrificio por el grupo una exigencia moral. El comportamiento suicida de los kamikazes en la Segunda Guerra Mundial, o las inmolaciones musulmanas, tendría

que ser catalogado en este tipo. Es el suicidio que se comete animado por una fuerte ideología, o por una extrema vergüenza cuando alguien ha quebrantado las normas de su grupo.

3. **Suicidio anómico:** es el que se da cuando existe una falla o dislocación de los valores sociales, que lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significación de la vida. Eso puede resultar de perturbaciones temporales como la guerra o las crisis económicas; de factores personales como la rápida movilidad social, como lo relacionado con la industrialización de los países subdesarrollados, que socavan la autoridad tradicional y los valores establecidos.

A pesar de esta clasificación, Durkheim (2008), mantendrá la idea de que en las tres categorías antes presentadas, la probabilidad de que un individuo dado sea expuesto a situaciones que conduzcan al suicidio está sobre determinada por la estructura social en la cual el individuo existe.

(pp. 19-50) Para el sociólogo, el que una persona determinada sucumba o no a esas situaciones es un caso particular, y es una cuestión que corresponde a otra disciplina: la psicología.

Sin embargo, según su opinión, el gran enemigo de una ética positiva adecuada era la tradición del utilitarismo inglés que culminara en la sociología de Herbert Spencer. Los utilitaristas creían que la felicidad humana podía ser aumentada con un incremento continuo y constante del volumen y la cantidad de los placeres prodigados al individuo por su sociedad. Para Durkheim en cambio, lejos de ser esto así, la felicidad humana sólo podía estar garantizada si los placeres del individuo quedaban limitados por normas sociales aceptadas, o sea, por una sociedad donde las normas y las leyes sean claras y transparentes, sin contradicciones coyunturales de sus ideas. Por esto es que, bajo circunstancias en las que esas normas se desintegraban, el individuo se sumía en un estado de desorganización personal, aquel que Durkheim (1965), denominaba: anomía.

4.6 Violencia basada en Género

La Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual en adelante (RUCVDS) fue fundada en el año 1992 por organizaciones de la sociedad civil especializadas en la temática, y que desde la década de los años 80 vienen trabajando desde una perspectiva de género y derechos humanos con mujeres, niñas, niños y adolescentes en situación de violencia doméstica. Está integrada por más de 30 organizaciones de todo el país que comparten un espacio de reflexión, discusión, conceptualización teórica e incidencia, con una mirada política y que promueven transformaciones socioculturales en pos de la erradicación del sistema de jerarquías impuesto por la cultura patriarcal.

La violencia de género es el resultado de una organización social machista que mantiene la desigualdad entre hombres y mujeres, manifestándose de formas variadas, en que las mujeres quedan ubicadas en una situación de inferioridad y en desventaja, cuando son excluidas en distintos aspectos de la vida.

Actualmente, la violencia doméstica en Uruguay continúa siendo un grave problema social, enmarcada dentro de la violencia basada en género. Por ello RUCVDS ha sido pionera en visibilizar este tipo de violencia, colocando la problemática en las agendas públicas y políticas, logrando concretar avances significativos junto con el Estado.

A partir de la Ley 17.514, se implementó el Primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. La misma ley, por otra parte, crea el mecanismo interinstitucional responsable del monitoreo y seguimiento de políticas públicas en relación a la temática, que se denomina el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica al cual, la misma RUCVDS está integrada.

Por otro lado, vale destacar que a partir de la declaración de Beijing (1995), la violencia contra la mujer es definida como

“(...) todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada”

En el caso específico de los homicidios a mujeres en base a su sexo son considerados como la forma más extrema de violencia contra la mujer. Se trata de aquellos tipos de homicidios en los que el hecho de que la víctima sea mujer resulta clave para comprender las motivaciones del autor. Existen literaturas que han designado a este tipo de homicidios con el nombre de femicidios o feminicidios, para dar respuesta a una necesidad de contar con herramientas teóricas que permitan especificarlos.

Entonces, los homicidios a mujeres a manos de su (ex)pareja son tomados como un indicador aproximado de los niveles de violencia contra la mujer dentro de la sociedad. Por lo que, este tipo de homicidio es considerado como la consecuencia más radical de las relaciones de poder desiguales entre varones y mujeres dentro de una esfera privada. Asimismo, es el que cobra mayor visibilidad a nivel de opinión pública, transformándose en la actualidad en la cara más visible del fenómeno de la violencia contra la mujer en el Uruguay. Por estos motivos, estudiar las características de los homicidios a mujeres perpetradas por su (ex)pareja constituye el punto de partida para una aproximación más general al fenómeno de la violencia contra la mujer en el país.

Según el Ministerio del Interior - División Estadística del Uruguay, para el año 2016, se contabilizaron en el país dos homicidios a mujeres por cada 100.000 habitantes del mismo sexo, mientras que para los hombres dicho valor se aproxima a los trece puntos. Por ello para el año 2017 se promulga la Ley N° 19.580, Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género. Cuyo objetivo es garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia basada en género, estableciendo medidas y políticas de prevención, protección, sanción y reparación. Declara además como prioritaria la erradicación de la violencia ejercida contra las mujeres, niños, niñas y adolescentes.

4.7 Factores de Riesgo de la Conducta Suicida

Al identificar los factores que contribuyen a aumentar o disminuir la conducta suicida facilita su identificación y prevención, además de optimizar los recursos existentes. Hasta ahora distintos estudios han identificado una gran variedad de factores de riesgo. La importancia de cada uno de ellos depende del contexto, pues no todos los factores de riesgo llevan a la conducta suicida, si no que pueden influir acumulativamente aumentando la vulnerabilidad del individuo al comportamiento suicida.

Es por ello que la estimación del riesgo ha de realizarse mediante un juicio clínico profesional, valorando los factores que pueden estar afectando al individuo dentro de un contexto determinado. Existen distintas clasificaciones de factores de riesgo, una de las más clásica es la que distingue, por una parte, los factores potencialmente modificables, que incluiría aquellos que se pueden mejorar con un adecuado tratamiento, e incluyen la ansiedad, la desesperanza, el acceso a los medios, el aislamiento social, la enfermedad médica y los trastornos psiquiátricos. Por otra parte, distingue los factores no modificables, que incluye los factores hereditarios, el sexo o la edad, así como los antecedentes de violencia e ideación suicida familiar.

La clasificación que a continuación se mencionará está basada en el modelo ecológico de la OMS, e identifica diferentes áreas que podrían incluir factores de riesgo: sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales, e individuales. Cada factor de riesgo se relaciona con otros, no se excluyen, y algunos factores de riesgo pueden ubicarse en más de un área estudio. Este modelo permite contemplar el sistema de salud, el cual se considera un factor relevante para esta investigación.

4.7.1 Factores sociales de riesgo y sistema de salud

- a) Barreras en el acceso a la atención de salud: Los tabúes, el estigma, la vergüenza y la culpa dificultan la búsqueda de ayuda dentro del sistema sanitario y, en consecuencia, el conocimiento de la conducta suicida. La comorbilidad es un factor de riesgo importante para el suicidio, por lo que el acceso oportuno y eficaz a los sistemas de salud pueden reducir el riesgo (Zalsman, Hawton, Wasserman, Van Heeringen, Arensman y Sarchiapone, 2016).

- b) Acceso a medios para suicidarse: Dependiendo del contexto cultural y geográfico, los métodos para cometer el suicidio varían, así como también el acceso a los mismos.

- c) Prácticas inapropiadas de los medios de difusión: Cuando se exaltan los suicidios de celebridades. Pueden copiarse los modelos suicidas aumentando así el riesgo de esos comportamientos en personas vulnerables. El Internet es una fuente accesible con información sobre el suicidio y que puede contribuir a incitar comportamientos suicidas, bien informando sobre métodos infrecuentes de suicidio, o refiriéndose al suicidio como una respuesta aceptable frente a cualquier crisis o adversidad (Zalsman, Hawton, Wasserman, Van Heeringen, Arensman y Sarchiapone, 2016).

- d) Estigma asociado a la búsqueda de ayuda: La estigmatización en cuanto a la búsqueda de ayuda por comportamientos suicidas, problemas de salud mental o cualquier motivo estresante emocional, aún prevalece en la sociedad y ello representa una barrera que impide que las personas reciban la ayuda profesional que necesitan (Zalsman, Hawton, Wasserman, Van Heeringen, Arensman y Sarchiapone. 2016).

4.7.2 Factores de riesgo en la comunidad y las relaciones

Los factores culturales, religiosos, legales e históricos que configuran las distintas comunidades influyen directamente en el suicidio, así como también las relaciones inmediatas de una persona con su familia y otras personas significativas. (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, 2013) Entre estos factores se encuentran:

- a) **Estrés por desplazamiento y aculturación:** El estrés de migrantes y refugiados es un riesgo de suicidio significativo. Los pueblos indígenas de Estados Unidos, los inuit de Canadá, los aborígenes australianos y los maoríes de Nueva Zelanda muestran tasas de suicidio mucho mayores que el resto de la población, especialmente entre hombres jóvenes. (Melrose, Perroy y Careas, 2015). Los grupos indígenas se ven expuestos a violaciones de su autonomía territorial, política y económica, además de a la negación de su cultura y su idioma, lo que puede generar desconfianza respecto a los servicios sociales y de salud
- b) **Discriminación:** Incluyen a las personas encarceladas, personas homosexuales, bisexuales, transexuales o intersexuales, personas víctimas de intimidaciones.
- c) **Traumas psicológicos o abuso:** Factores psicológicos estresantes asociados con el suicidio pueden provenir de diferentes traumas, tales como torturas, problemas financieros, problemas académicos o laborales. Además, aquellos jóvenes que han sufrido violencia familiar en la niñez, tanto física, como abuso sexual o maltrato emocional, aquellos que provienen de familias desestructuradas, o los que han precisado de asistencia social o institucional, tienen un mayor riesgo (Jaiswal, Faye, Gore, Shah y Kamath, 2016).

- d) **Sentido de aislamiento y falta de apoyo social:** El aislamiento suele acompañarse de depresión y sentimientos de soledad. La sensación de aislamiento puede presentarse cuando no se consigue compartir una dificultad con alguien cercano. El comportamiento suicida a menudo ocurre en respuesta al estrés psicológico personal en un contexto social en el que faltan las fuentes de apoyo (Sisask, Värnik, Kõlves, Konstabel, Wasserman y Varnik, 2008).
- e) **Conflicto en las relaciones, disputas o pérdidas:** Los conflictos en las relaciones o las pérdidas pueden causar aflicción y estrés psicológico, aumentando así el riesgo de suicidio. La violencia infligida por el compañero íntimo está asociada con el riesgo de suicidio. (Sisask, Värnik, Kõlves, Konstabel, Wasserman y Varnik, 2008).
- f) **Religión:** La afiliación religiosa no necesariamente protege contra la ideación suicida, aunque sí protege contra los intentos de suicidio. Esta protección depende de la cultura de afiliación con una religión en particular, ya que los grupos religiosos minoritarios pueden sentirse socialmente aislados (Lawrence, Oquendo y Stanley, 2015). Existe asimismo un estudio que investiga el efecto protector de la religión contra el intento de suicidio, tanto de la religiosidad organizacional como de la religiosidad subjetiva (cuando una persona se considera a sí misma religiosa), y según el cual esta última es la que presentó cierta protección contra el comportamiento suicida en determinadas culturas (Sisask, Varnik, Kolves, Bertolote, Bolhari y Botega, 2010).

4.7.3 Factores individuales de riesgo

El riesgo de suicidio puede verse afectado por la vulnerabilidad individual.

El sexo y la edad, son factores individuales que explican diferencias epidemiológicas del comportamiento suicida, y son factores que a su vez muestran importantes diferencias en función del contexto geográfico socioeconómico y cultural.

- a) **Edad:** El suicidio suicido se ha venido correlacionando positivamente con la edad, siendo más bajas las tasas en menores de 15 años, sin embargo, las diferencias principales consisten en una mayor tasa de suicidios en adultos jóvenes y en mujeres ancianas de países con ingresos bajos y medianos, así como en una mayor tasa de hombres de mediana edad en países con ingresos altos (OMS, 2014). Algunos estudios han establecido una media de edad para los suicidas de 47,4 años (42,0 para hombres y 50,4 años para mujeres) (Baxter y Appleby, 2016). Se habla de suicidios consumados más eficaces a partir de los 55-65, para lo que existen diferentes explicaciones: en esta edad los problemas de aislamiento social son mayores, la salud física empeora y existe una mayor determinación a morir, factores que hacen más improbable un potencial rescate. Existe además mayor planificación suicida y disminuyen el número de advertencias a los allegados. Existe una mayor vulnerabilidad ante ciertos eventos vitales, tales como la viudedad. Además, se suelen emplear métodos más letales y hay más antecedentes de trastorno psiquiátrico (Nock, Borges, Bromet, Cha y Kessler, 2018).

- b) **Sexo:** Los hombres realizan un mayor número de suicidios consumados que las mujeres. Los métodos utilizados varían en razón del sexo, y mientras que los hombres utilizan métodos más violentos (armas de fuego, ahorcamiento, precipitación, envenenamientos por gas), las mujeres suelen realizar ingestas de medicación o venenos y cortes. El método elegido puede dar información de la intencionalidad del acto. A su vez la diferencia de roles y recursos de afrontamiento

son diferentes para hombres y mujeres; los hombres experimentan respuestas más agresivas ante frustraciones del entorno, lo que puede conducir a menor búsqueda activa de ayuda. Otro factor que afecta de forma desigual en hombres y mujeres respecto a la conducta suicida es la percepción de razones para vivir es un factor protector en mujeres, pero no en hombres (Walsh, Clayton, Liu y Hodges, 2009).

- c) **Etnia:** Pertenecer a un mismo grupo étnico parece relacionarse con tasas similares de suicidio. Grupos étnicos diferentes, aun viviendo en el mismo lugar, tienen diferentes tasas de suicidio. Aunque, en la actualidad se observa un aumento en las tasas de suicidio de los afroamericanos de EE.UU. En ocasiones, las tasas de poblaciones emigrantes cambian en el tiempo primero son las tasas de suicidio del país de origen y con el paso del tiempo las del país de residencia (American Psychiatric Association, 2013).
- d) **Intento de suicidio previo:** Se trata del indicador más importante de riesgo de suicidio según concluyen muchos estudios. Un año después de un intento de suicidio el riesgo permanece alto (Yoshimasu, Kiyohara y Miyashita, 2008). Entre un 1-6% de los pacientes que ingresan por tentativa de suicidio fallecen por suicidio en el año siguiente, aumentando este riesgo en los pacientes de más edad o con más intentos de repetición (Silverman, 2016). Tras una revisión sistemática de 14 cohortes con 21.385 individuos, se calculó que las personas con antecedentes de conductas autolesivas tenían 25 veces más posibilidades de morir por suicidio que la población general (Neeleman, 2016). Un estudio reciente, considera estas cifras aún son mayores. En dicho estudio un 5,4% de los participantes murieron por suicidio, de estos el 59.3% murieron en el primer intento, el resto murió en intentos repetidos, de los cuales un 81,8% se suicidó dentro de los 12 meses desde el primer intento (Bostwick, Pabbati, Geske y McKean, 2016).

- d) **Trastornos mentales:** En países de ingresos altos hasta el 90% de quienes se suicidan tienen trastornos mentales, mientras que en países asiáticos se estima en un 60% según estudios realizados en India y China (Radhakrishnan y Andrade, 2012). Las personas que se suicidan o lo intentan suelen tener una comorbilidad psiquiátrica significativa. Los trastornos más relacionados con el comportamiento suicida son la depresión y los trastornos relacionados con el consumo de alcohol. En pacientes con trastorno bipolar la falta de adherencia al tratamiento parece estar relacionada con el aumento de riesgo de la conducta suicida. En el caso de la esquizofrenia, se comparten factores de riesgo con la población general en los casos de ser hombre, soltero, desempleado, vivir solo o estar aislado socialmente, y los propios de la enfermedad, como los factores psicopatológicos, la depresión y la desesperanza. En la esquizofrenia también se aumenta el riesgo si se es joven, se han sufrido numerosas recaídas con alto número de ingresos psiquiátricos y se sufre un deterioro social, laboral y sexual. Los trastornos de la personalidad pueden predisponer a trastornos mentales como la depresión o el alcoholismo. Pueden suponer problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, dificultando así la capacidad de afrontar un trastorno mental o físico, y conduciendo a acontecimientos vitales indeseables (Hawton y Heeringen, 2016).
- e) **Consumo nocivo de alcohol y otras sustancias:** Todos los trastornos debidos al consumo de sustancias aumentan el riesgo de suicidio. (Bostwick y Pankratz, 2010).
- e) **Pérdidas de trabajo o financieras:** La pérdida del trabajo, una hipoteca o la incertidumbre financiera aumentan el riesgo de suicidio por comorbilidad junto a otros factores de riesgo, como la depresión, la ansiedad, la violencia y el consumo nocivo de alcohol (Chang, Stuckler, Yip y Gunnell, 2008). En consecuencia, las pérdidas económicas o de trabajo, se relacionan con situaciones personales, y pueden ir asociadas a un riesgo individual de suicidio.

- f) **Estado civil:** Para las mujeres el mayor riesgo sería la viudez mientras que en los varones lo es el divorcio o la separación. Esto se deriva por el aislamiento social. Durkheim (1987) señaló la importancia del núcleo familiar y el estado civil como factor protector de las conductas suicidas.
- g) **Ocupación:** La conducta suicida, tanto referida a intentos como a suicidios consumados, es más frecuente en población desempleada y con menor nivel cultural. El empleo se considera un factor más importante que la situación económica. La pérdida de empleo durante períodos largos supone un mayor riesgo suicida (Morton, 2003). Esta situación se atribuye más a fracasos individuales que sociales, y en el tiempo conduce a pérdida de control, problemas de identidad y depresión.
- h) **Desesperanza e impulsividad:** La desesperanza, como aspecto cognitivo del funcionamiento psíquico, a menudo se ha usado como un indicador del riesgo de suicidio si va asociada a trastornos mentales o intentos de suicidio previos. En casos de depresión puede darse la mejora de ciertos síntomas, como la anhedonia, y persistir simultáneamente la desesperanza, lo que explicaría los intentos de suicidio en personas que han experimentado mejoras en su tratamiento (O'Connor y Nock, 2014).
- i) **Dolor crónico y enfermedades:** El dolor crónico y las enfermedades terminales son importantes factores de riesgo de comportamientos suicidas. Todas las enfermedades acompañadas de dolor, discapacidad física, deficiencia del desarrollo nervioso y angustia aumentan el riesgo de suicidio (Wasserman y Wasserman, 2011).
- f) **Antecedentes familiares de suicidio:** El suicidio de un familiar u otro ser querido puede bajar el umbral de suicidio de quien está de duelo. Por todas estas razones, los familiares del suicida y otros afectados

tienen ellos mismos un mayor riesgo de suicidio o de trastorno mental (Qin, Agerbo y Mortensen, 2002).

- j) **Factores genéticos y biológicos:** Algunas alteraciones genéticas o del desarrollo de varios sistemas neurobiológicos están asociadas con comportamientos suicidas. Los antecedentes familiares de suicidio son un fuerte factor de riesgo de suicidio e intento de suicidio debido a la dotación genética relacionada con la agresividad e impulsividad (Baldessarini y Hennen, 2016). Un meta-análisis comprobó que los familiares de primer grado de sujetos suicidas tienen el triple de riesgo de llevar a cabo conductas suicidas, aun no presentando patología psiquiátrica (Baldessarini y Hennen, 2016).

4.8 Atención a la Conducta Suicida

La disciplina Enfermería es fruto del desarrollo del concepto de cuidado dentro de la sociedad, lo que supone el paso del cuidado basado en el sentido común, al desarrollo de filosofías, paradigmas, meta paradigmas, modelos y teorías del cuidado con fundamento científico. El cuidado humano instintivo existe desde siempre, pero con el desarrollo de la enfermería se profesionaliza como un acto fundamentado en la ciencia y la ética enfermera. La profesionalización y especialización del cuidado se desarrolla en ambientes democráticos y avanzados social y educativamente (Siles, Cibanal, Vizcaya, Solano, García y Gabaldón, 2001).

El avance del conocimiento supone una evolución de los conceptos tanto del cuidado, como del de conducta suicida. El modelo ecológico de salud, permite abarcar parte de la complejidad del concepto actual de conducta suicida, a la que dirigir las intervenciones preventivas. La perspectiva epidemiológica mundial que ofrece la OMS subraya la importancia del factor cultural. Se observan diferencias en la distribución de la conducta suicida, cuando se atiende a factores como la edad, el sexo y el método utilizado. Se encuentra que, en diferentes regiones del mundo, existen

diferencias culturales que explican diferentes patrones de distribución de la conducta suicida. El significado del suicidio también cambia culturalmente, en algunos países, el suicidio sigue siendo considerado como una ofensa criminal, lo que influye en la manera de pensar y comportarse de la gente en estos contextos en relación a la conducta suicida (WFMH, 2010).

El modelo “sunrise” desarrollado por Leininger (1960) ofrece un marco amplio en el que se incluyen una serie de factores que la enfermería debe de valorar para poder ofrecer cuidados culturalmente coherentes. Dicho modelo consta de cuatro niveles de abstracción que se influyen entre sí, los cuales son:

- Nivel 1: incluye la visión del mundo y los sistemas sociales.
- Nivel 2: informa sobre los individuos, familias, grupos y significados relacionados con cuidados de salud.
- Nivel 3: informa sobre los sistemas tradicionales y profesionales, que actúan dentro de una cultura, incluye la enfermería.
- Nivel 4: determina las acciones y decisiones de los cuidados enfermeros, aquí se desarrollan los cuidados coherentes culturalmente.

Este modelo considera que las personas tienen sus referencias culturales, su estructura social, su visión del mundo, historia y contexto ambiental. El sexo, la edad y la clase social se consideran factores integrados dentro de la estructura social. Sin embargo, las dimensiones biológicas y emocionales se contemplan desde un punto de vista holístico y no independiente (González, 2006).

Otro modelo de enfermería que ofrece un marco interesante para la conducta suicida desde la perspectiva enfermera, es el de Betty Neuman y su “modelo de sistemas”. Las bases teóricas del modelo de Betty Neuman se fundamentan en la teoría de sistemas de Ludwig Von Bertalanfly, junto con la teoría del estrés de Seyle y la de la Gestalt, en

donde la persona (sistema) es el eje central del cuidado, y en el que siempre se tendrá en cuenta la interacción con el entorno y sus estresores para implementar medidas de intervención en distintos niveles de prevención (Romero, Flores, Cárdenas y Ostiguín, 2007).

El modelo de Betty Neuman (como se cita en Romero, Flores, Cárdenas y Ostiguín, 2007), ofrece una visión multidimensional de la persona y resalta la interacción constante entre la persona y el entorno, al igual que el modelo ecológico de salud. Desde esta perspectiva se entiende a la persona como un sistema social y dinámico formado por dimensiones fisiológicas, psíquicas y socioculturales del desarrollo, así como espirituales que interactúan constantemente con el entorno. La unidad de atención de la enfermera puede ser un individuo, una familia, un grupo o una comunidad. La autora considera que el entorno se basa en las fuerzas, tanto internas como externas, que rodean a una persona en un momento determinado.

En este entorno y entre estas fuerzas se puede encontrar agentes estresantes que pueden ser intrapersonales, interpersonales y extra personales, y que pueden interferir en la línea de defensa de la persona y afectar a la estabilidad del sistema. El concepto de salud lo entiende como un estado de bienestar o estabilidad del sistema que se establece por la armonía o equilibrio de todas las partes del sistema de la persona. La enfermería es por su parte una profesión que aborda todas las variables que afectan a la persona. Además, realiza actividades que ayudan a personas, familias y grupos a conseguir y mantener un nivel máximo de bienestar, mediante intervenciones primarias, secundarias y terciarias para reducir los agentes estresantes que pueden afectar a la persona.

Estos modelos mencionados, ofrecen un contexto amplio en el que entender el proceso de salud y enfermedad, y a su vez el concepto actual de conducta suicida. Consideran al entorno como un determinante fundamental de la salud de las personas. El modelo ecológico define

factores de riesgo sistémicos, sociales, comunitarios, relacionales (conexión social con los familiares más cercanos y con amigos) e individuales. Dichos factores pueden contribuir directamente en los comportamientos suicidas, pero también pueden contribuir indirectamente al influir en la sensibilidad individual a los trastornos mentales.

Las áreas no se excluyen mutuamente y es útil considerar que van de lo sistémico a lo individual; de hecho, algunos factores de riesgo para la conducta suicida, podrían ubicarse al mismo tiempo en más de una de las áreas. La prevención del suicidio ha pasado de centrarse en el espacio psíquico individual para reducir las ideas suicidas, a actuar también en el medio ambiente externo, donde han demostrado un mayor impacto en salud (Ministerio de Salud Pública, Republica Dominicana, 2014).

El enfoque clásico del modelo de salud, se ha venido centrando en identificar los factores de riesgo de enfermar y la atención a las personas cuando están enfermas. Recientemente, se produce un cambio de paradigma basado en un modelo de salud positiva y de activos en salud, en el que también se identifican los factores protectores, fundamentales para la prevención de la conducta suicida. El desarrollo de la salud resulta de la interacción entre los factores determinantes de la salud individual y ambiental, el cual puede ser analizado desde una perspectiva salutogénica y patogénica, cada cual ofrece diferentes enfoques de intervención, por un lado, la promoción de la salud y por otro la atención a la salud (Bauer, Davies y Pelikan, 2017).

El comportamiento suicida es en la mayoría de los casos es el resultado final de un proceso que está influido por la interacción de factores genéticos, psicológicos, ambientales y situacionales. Este comportamiento, se conceptualiza como un proceso complejo que se desarrolla en el tiempo. Se puede manifestar desde una ideación comunicada verbalmente o no, a un intento de suicidio, hasta un suicidio consumado. Entre los componentes más importantes para modular el riesgo de suicidio y su prevención, se tiene el estado de salud mental y la

autoimagen de la persona. Muchas personas con trastornos mentales y con vidas terribles no deciden suicidarse. Por lo que esta propensión al suicidio ha interesado a muchos investigadores, desarrollando varios modelos explicativos de la etiología del suicidio. El modelo de vulnerabilidad al estrés es ampliamente aceptado como marco teórico para la comprensión del desarrollo del comportamiento suicida (Wasserman, Rihmer, Rujescu, Sarchiapone, Sokolowski y Titelman, 2012).

Desde el punto de vista conceptual, el modelo de Betty Neuman junto con el de Madeleine Leininger ofrece un amplio contexto en el que entender y atender la conducta suicida desde la perspectiva enfermera. Situándose en el modelo de salud positiva se considera que los cuidados de enfermería podrían formar parte de los recursos para la salud, como factores protectores o activos en ella.

Los modelos de enfermería tanto de Leininger como de Neuman, incluyen los conceptos a su vez incluidos en el modelo de salud positiva (individuo, salud, entorno), en este marco se plantea la enfermería y los cuidados, como recursos para promover la salud y prevenir la conducta suicida. Interviniendo sobre los factores de riesgo y promoviendo los factores protectores.

Leininger, también hace referencia a la muerte en su definición de cuidados, estos deben ser coherentes con la cultura para la salud, el bienestar o la muerte. Tal y como señala John Webster, "la muerte tiene diez mil puertas distintas para que cada hombre encuentre su salida" (Nuland, 1993, p.74.).

El suicidio podría ser una de estas salidas. Las actitudes humanas hacia la muerte son negativas de miedo, rechazo y negación, presentes en pacientes, familias y cuidadores. Estas mismas actitudes también presentes en los profesionales de enfermería, los cuales reconocen falta

de formación para tratar con la muerte y ofrecer cuidados de calidad, lo que en ocasiones puede generar distanciamiento con el paciente.

En la cultura occidental no existe educación respecto al hecho de morir. Se niega la existencia de la muerte como si no formara parte de la cotidianidad, se trata con una perspectiva de lejanía. El suicidio y la muerte comparten el tabú de la muerte en sí misma, pero en el caso del suicidio se suman otros tabús adicionales, como el estigma de la enfermedad mental, en frecuentes ocasiones asociada al suicidio (Östman y Kjellin, 2002).

Los modelos anteriormente comentados ofrecen un marco teórico amplio para poder entender el concepto actual de conducta suicida desde la perspectiva de la enfermería. La atención de enfermería para dar respuesta a la complejidad de la conducta suicida y su reconocida multifactorialidad debe realizarse desde un amplio contexto de salud positiva, así como garantizar la continuidad del cuidado en los distintos niveles asistenciales del sistema sanitario.

4.9 Homicidio seguido de suicidio

El homicidio se refiere a la muerte de un ser humano causada por otra persona.

Según Marzuk, Tardiff y Hirsch. (2010):

La motivación homicida es un constructo multidimensional, esto quiere decir que existen varios conceptos clásicos a tener en cuenta vinculados a la motivación de los asesinos en serie, como por ejemplo: el modelado (aprender o mejorar una conducta por imitación), las técnicas de ensayo y error (perfeccionan su modus operandi), el aprendizaje vicario (ver una conducta para aprender de ella), el autoreforzamiento y condicionamiento de la conducta y las propias justificaciones del asesino que perpetúan la comisión de estos asesinatos. (p. 67)

Así, los homicidas pueden llegar a aprender y a modelar sus conductas.

De hecho, uno de los “problemas” que existen en prisiones es que muchos presos penados llegan a aprender a cometer asesinatos de forma más precisa gracias a las explicaciones de otros delincuentes.

Según Adinkrah (2003)

Aunque los procesos motivacionales básicos son parecidos a los de otras personas no homicidas, los asesinos suelen tener unos objetivos determinados, unas atribuciones distintas y, sobre todo, cogniciones erróneas o sesgadas. Digamos que los procesos cognitivos asociados a unos actos son reevaluados mediante los mismos procesos cognitivos distorsionados. (p. 79)

Los homicidas, suelen hacer aquello que satisface sus necesidades, y usan la violencia como medio para alcanzar sus fines. Esta afirmación se encuadra dentro de los procesos básicos motivacionales de cualquier persona, pero en vez de utilizar la violencia como método de actuación, las personas no homicidas emplean otras estrategias.

El foco para conocer la motivación delictiva en homicidios está en el tipo de violencia utilizada. El modo y los medios empleados proporcionarán pistas cruciales sobre su motivación. Por esto el análisis de la escena del crimen es sumamente importante, pues refleja el estado de ánimo del agresor y sus sentimientos, lo que puede dar pistas para saber por qué ha cometido ese crimen.

Adinkrah, (2003) describe los tres tipos básicos de motivación homicida. Obviamente, no son mutuamente excluyentes, pero en unos agresores puede ser más intensos una u otra.

1. **Venganza y justificación:** La motivación principal de estos homicidas es vengarse de forma más o menos específica de aquellos que creen que han contribuido a sus desgracias. Estos asesinos justifican sus actos como lícitos y justos; para ellos, el asesinato es una consecuencia natural por el maltrato o el rechazo injustificado que han padecido. Sienten que deben castigar a un perfil de personas por algo que han hecho o por lo que representan (p. ej., un agresor que de joven ha sido rechazado en varias ocasiones por mujeres, años más tarde se vengará por estos hechos asesinando a varias mujeres que no tienen nada que ver con el asunto, pero que se parecen a las que inicialmente le rechazaron).
2. **Control y poder:** Si hay algo que es totalmente reforzante para un asesino es la sensación de poder, aunque esta sea fugaz. Tienen el control y el poder absoluto sobre la víctima, sobre su vida o su muerte. Es común el sentimiento de ser “omnipotente”, es decir, ser como una especie de Dios. Se trata de una experiencia que se puede volver totalmente adictiva para el agresor, convirtiéndose en una fuente muy potente de satisfacción personal. Puede suplir el vacío que sienten en otras esferas de su vida, como por ejemplo el aburrimiento, el pasar desapercibido, el ser “uno más”. Esta sensación de control-poder refuerza y mantiene las conductas agresivas, por lo que es muy probable que si el asesino se mueve por este tipo de motivación vuelva a la acción.
3. **Éxtasis-Alivio:** Ante un estado general de malestar o excitación no aliviada, se intenta buscar una conducta o actividad que los libere de esa tensión. Presentan un estado de ansiedad, nerviosismo e intranquilidad que en muchas ocasiones se manifiesta en alcoholismo o en comportamientos antisociales, y otras veces acaba en un acto

homicida. El momento de expresión de sentimientos y de ira es el asesinato en sí, y es habitual un sentimiento intenso de euforia y éxtasis. Después del acto homicida sobreviene una sensación de calma intensa y placentera, de alivio. Sin embargo, esta sensación de alivio no dura para siempre, y lo más habitual es la aparición al cabo de un tiempo de nuevos sentimientos de intranquilidad, ansiedad, tensión, ira acumulada... Han aprendido que para “aliviar” estas sensaciones una vía infalible es la comisión de un asesinato.

Castillo (2015) afirma:

El homicidio constituye uno de los indicadores más completos, comparables y precisos para medir la violencia. Los datos sobre homicidio constituyen una herramienta importante para monitorear la seguridad y la justicia, ayudan a que la comunidad internacional comprenda mejor la complejidad del homicidio y sus diferentes efectos, permitiendo así que los gobiernos desarrollen estrategias y políticas públicas que protejan a quienes están en mayor riesgo y presten atención a los individuos que tienen más probabilidad de delinquir. (p. 67)

Dar muerte a otro es un acto de agresión que implica un daño irreparable, pues la víctima del mismo deja de existir; considerándose la vida como el primero y más fundamental de los derechos que adquiere el hombre por el solo hecho de serlo, sobre el cual reposan los demás derechos. Su estudio ha proporcionado a muchas ramas del conocimiento elementos explicativos sobre la forma en que ocurre este fenómeno.

La asociación entre homicidio y enfermedad mental ha sido un tema a debate durante décadas. Algunos estudios hablan de una leve asociación entre homicidas y cualquier tipo de psicosis, sin embargo, esta visión ha sido rebatida de manera constante en la literatura.

Existe un consenso en el cual el riesgo de ejecutar un homicidio es mucho mayor en personas con problemas de uso, abuso y dependencia de alcohol y otros tóxicos que en cualquier otro tipo de enfermedad mental; además, de determinados rasgos de personalidad que predisponen a la violencia, especialmente la de tipo predatoria o instrumental.

En consecuencia, con tales planteamientos, se propone como objetivo:
Caracterizar psicopatológicamente a los autores de homicidios acaecidos en La Habana que fueron peritados en el período 2011- 2013.

El pensamiento científico actual incursiona en el desarrollo de los denominados modelos neurocognitivos, que tratan de explicar las bases biológicas del homicidio como forma de expresión de la violencia humana y dentro de ella la neurobiología de un subgrupo homogéneo conformado por los psicópatas, intentando ofrecer una visión global e integradora de los distintos factores que pueden contribuir al desarrollo de la misma.

Gómez (2014):

Así, se habla del modelo de disfunción del lóbulo frontal, donde las regiones implicadas en el mismo son las prefrontales, ventrolaterales y orbitales; el modelo de déficit en la modulación del conjunto de respuesta, que está muy vinculado a los procesos de atención y la disfunción; el modelo de disfunción del miedo, el cual surge un importante rol a la amígdala cerebral y enfatiza el papel del miedo en la socialización; el modelo de inhibición de la violencia, que considera que la amígdala cerebral es la estructura afectada y focaliza en la importancia de la empatía o la capacidad de ser sensible a los sentimientos, pensamientos y experiencias de otra persona. (p. 86)

Estos modelos, de manera general, abordan el vínculo entre los déficits funcionales en el sistema nervioso central y el comportamiento violento humano, puntualizando en el funcionamiento del lóbulo frontal y su papel en la inhibición de la conducta, la memoria operativa y la atención y sus nexos con el incremento del riesgo para la agresión de tipo reactiva. La amígdala cerebral es la otra región sobre la cual se focalizan estas teorías, explicando su disfunción en la pérdida de las habilidades para la formación de asociaciones estímulo-refuerzo y su papel en el desarrollo de la empatía.

López y Nuñez (2009)

Los protagonistas de la violencia social y del homicidio en particular, no suelen ser propiamente enfermos mentales, sino más bien en su mayoría individuos con Trastorno de la Personalidad Antisocial (TPA) y en algunas situaciones constituyen verdaderos psicópatas, ambos manifiestan una clara inadaptación social y agresividad, en el TPA se concede mayor importancia a las conductas delictivas y antisociales, mientras que en la psicopatía la principal alteración está centrada en la personalidad del individuo. (p. 56)

Si bien la sociopatía es más común entre los hombres que en las mujeres, no existen barreras de ninguna clase para padecerlo. Para ser diagnosticado, la persona debe tener al menos 18 años de edad, aunque se estima que los síntomas y características vienen desarrollándose desde la adolescencia con un curso crónico, pero sus manifestaciones pueden atenuarse sobre la cuarta década de la vida (López y Núñez 2009).

Ahora bien, el trastorno disocial, se trata de un trastorno de conducta que conlleva ciertas irregularidades de carácter asocial y en contra de las normas establecidas en el comportamiento del niño, lo cual, en muchos casos, raya en la delincuencia (López y Núñez 2009). En cuanto a los factores que condicionan su aparición, expresa que se debe a una convergencia de influencias socioculturales, socioeconómicas, un entorno familiar desestructurado y violento, así como por disposiciones biológicas. Los niños y jóvenes afectados por la misma se caracterizan por lo que se denomina "hambre de estímulos", que implica ponerse en situaciones de alto riesgo con facilidad sin prever las consecuencias.

Asociados a este trastorno, se han identificado elementos como la destructividad y la desobediencia en el hogar. Por otro lado, la diversidad de sexo es también un factor que influye en las conductas antisociales según la etapa del desarrollo. Otros factores influyentes en el desarrollo de la disocialidad son: el contexto familiar, las condiciones ambientales y los medios tecnológicos.

Entre las características más comunes del TPA que pueden explicar conductas criminales de la gravedad del homicidio, se encuentran la ausencia de empatía y remordimiento, una visión distorsionada de la autoestima, una constante búsqueda de nuevas sensaciones que pueden llegar a extremos insólitos, la falta de preocupación por las consecuencias. El egocentrismo, la megalomanía, la falta de responsabilidad, la extroversión, el exceso de hedonismo, altos niveles de

impulsividad, o la motivación por experimentar sensaciones de control y poder.

Entre las entidades que la literatura relaciona de manera significativa con hechos criminales violentos como el homicidio, encontramos los trastornos asociados al consumo de sustancias, pero, a diferencia de los crímenes cometidos por los psicópatas antisociales, que esencialmente responden a un patrón de respuesta violenta predatoria o instrumental, un medio para un fin, en los alcohólicos y otros toxicómanos, la violencia suele ser reactiva o emocional, por lo general precedida por un altercado, en medio del cual el sujeto bajo influencia del tóxico, carece del control de impulsos necesario para evitar el paso al acto, aún ante situaciones que luego parecen intrascendentes, pues neurobiológicamente funciona a nivel subcortical, con bloqueo de la corteza frontal.

Otros trastornos caracterológicos, de base orgánica, con similar sustento, centrado en la existencia de un daño, en este caso permanente, de la corteza frontal y/o temporal, han sido asociados al comportamiento violento de tipo reactivo, mucho más si se detecta comorbilidad con el consumo de sustancias, y de igual manera comparten un trastorno amnésico o el recuerdo fragmentario de los hechos.

En el caso de las psicosis, han sido la esquizofrenia, en su forma clínica paranoide, el trastorno afectivo bipolar, en su fase maníaca y las psicosis orgánica, especialmente la asociada a epilepsia las más citadas en asociación con crímenes violentos, pero en estos casos el patrón de respuesta violenta puede ser instrumental, pero de base delirante, se planifica cuidadosamente el hecho, sobre la base de la certeza de que la víctima constituye una amenaza para su seguridad, para su vida o la de su familia.

Ahora bien, el comportamiento suicida es comprendido como un resultado biológico del individuo, su historia personal, aspectos

psicológicos/psiquiátricos, hechos circunstanciales y el ambiente tanto familiar como externo que le rodea (Turecki, 1999)

El suicidio y el homicidio son tratados en estudios relacionados con el comportamiento violento y la criminalidad. Los investigadores buscan comprender cuáles son los factores psicológicos, sociales y culturales que llevan a una persona a quitarse su propia vida o la de otro. Es un fenómeno típicamente doméstico, que empieza y termina, la mayor parte de las veces, dentro de casa, lo que puede hacer más difícil la prevención. Llama la atención el hecho de que este suceso ocurra casi exclusivamente entre familiares, ya que, a pesar de que es sabido que al lado de las situaciones amorosas siempre están las agresivas, se cree que la familia debe constituir un ambiente acogedor, de tolerancia, apego, empatía y comprensión.

Pero, al parecer, lo que predomina en las familias en las que tienen lugar estos dramas es la desconfianza, la hostilidad y la agresividad, que acaban contribuyendo a la ruptura y la destrucción de la estructura familiar. Se puede pensar, entonces, que el sistema social actual no considera la alta potencialidad lesiva del conflicto doméstico. En este caso la violencia ocurre en el ámbito privado, aumenta gradualmente y suele ser reiterativa e implica un constante y creciente riesgo para la vida de la víctima.

4.10 Sentimiento y Emociones de los Familiares

Los sentimientos y emociones que experimentan los deudos en una muerte por suicidio, son similares a otros tipos de muerte, pero presentan matices distintos, según (Worden, 2002; p. 59):

- **Vergüenza:** Piensan que nadie les hablará por haber tenido a un familiar que se ha suicidado; esto da lugar a pensamientos distorsionados en algunos casos. Puede desencadenar una presión emocional.

- **Culpa:** La culpa en familiares que asumen la responsabilidad de la acción del fallecido con un pensamiento permanente de que podían o debían haber hecho algo para evitar la pérdida del ser querido, imposibilidad de evitar la muerte, no haber detectado las señales que presagiaban lo ocurrido, no atender las llamadas de atención del sujeto. Si existía algún conflicto entre el fallecido y el superviviente y puede hacer que la persona sienta la necesidad de ser castigada y se autolesione o llegue al suicidio.
- **Enfado:** Los deudos perciben la muerte por suicidio como un rechazo, con rabia que les hace sentirse culpables, sobre todo si hay una baja autoestima.
- **Miedo:** Asociado a los propios impulsos autodestructivos y a una sensación de predestinación si ha habido varios intentos auto léticos en la misma familia.
- **Pensamiento distorsionado:** Los deudos necesitan ver la conducta del suicida como una muerte accidental, más que como un suicidio; puede ser eficaz al principio, pero a largo plazo es totalmente improductivo.

No hay una forma fácil de reconciliarse con la pérdida de un ser querido que ha fallecido por suicidio, por lo que el duelo se hace bastante más doloroso, intenso, prolongado y difícil de soportar. La pérdida por suicidio origina una mayor variedad de respuestas y emociones; son más evidentes los estados de shock e incredulidad tras conocer lo sucedido, el aislamiento social y el sentido de culpa, que influye en cuestionamientos, así como en asumir más conductas de riesgo para la salud como el consumo excesivo de alcohol, tabaco, psicofármacos, etc.

Se recurre más a menudo que en otras pérdidas a imágenes de cómo fue o pudo ser la muerte (aunque no se presenciara la muerte ni se viera el cuerpo del difunto tras el suicidio consumado). Si la persona ha descubierto el cuerpo, se convertirá en un acontecimiento traumático e imborrable, con muchas posibilidades de re experimentación con imágenes aterradoras y dolorosas.

4.11 El Duelo

El proceso de duelo está vinculado con los cuidados paliativos, cuyo objetivo principal es disminuir el dolor tanto del enfermo como de la familia. Varios estudios indican que el duelo representa una de las causas de morbilidad. Lo cual lleva a concluir que es fundamental dar los cuidados específicos a los afectados para protegerlos tanto a nivel físico como psicológico, de una forma individual y familiar. Llevar a cabo un proceso de duelo correcto es complicado y de gran interés para la salud mental. Por ello es necesario detectar y prevenir a tiempo un duelo complicado, ya que esto evita los posibles problemas de muerte por depresión, o por la falta de aceptación del duelo. Lo que sí es importante destacar que no existe una duración concreta para un duelo, el tiempo que dura este proceso depende de cada individuo y de la circunstancia que esté viviendo. Una gran mayoría de artículos citan una durabilidad menor a un año, aunque otros estiman un tiempo de unos dos años.

4.11.1 Fases del Duelo Individual por la muerte de un ser querido

Conocer las fases del duelo por la muerte de un ser querido, ayuda al doliente a comprender su dolor y a adoptar recursos de afrontamiento ante cada una de estas, que son:

- *Fase de entumecimiento o shock*: aparecen reacciones como el aturdimiento, la negación, la ira, y la no aceptación de la pérdida.
- *Fase de anhelo y búsqueda*: la persona siente una añoranza intensa y busca a la persona fallecida. Puede sobrevenir inquietud física y pensamientos permanentes sobre el fallecido.
- *Fase de desorganización y desesperanza*: Similar a la depresión, como es el caso de la apatía, la indiferencia, el insomnio, la pérdida de peso, y la sensación de que la vida ha perdido sentido. Todo ello se acompaña de recuerdos constantes del fallecido.
- *Fase de reorganización*: comienzan a remitir los aspectos más dolorosos del duelo, y el afectado empieza a experimentar la

sensación de retomar su vida. En este momento los recuerdos del fallecido combinan emociones como la alegría y la tristeza.

4.12 Trabajo de duelo por muerte en la familia

El duelo familiar se define como el proceso que surge a raíz de la pérdida de un miembro de la familia. Freud (1917), así como Fuertes y Maya (2006), afirman que el proceso de duelo individual tiene repercusiones en la familia, en sus vivencias y en el aspecto grupal. Esto es así porque se demanda en los integrantes una adaptabilidad progresiva y simultánea a la pérdida y a la nueva estructura familiar, por lo que, al igual que en el duelo individual, en el familiar ocurre un gasto de energía psíquica, en la cual se debe establecer de nuevo el vínculo familiar, teniendo en cuenta la ausencia del desaparecido (Santos, Yáñez y Al-Adib, 2015)

El proceso de duelo familiar se divide en dos momentos principales: (a) desorganización y desestructuración de la dinámica familiar, en donde las reacciones frente a la pérdida suelen ser defensivas y la negación es el mecanismo principal que actúa con el fin de mantener la integridad grupal; y (b) reorganización inconsciente del grupo, donde el sistema familiar logra una nueva estructuración vincular a partir de la establecida antes de la pérdida. En la reorganización, el grupo familiar se adapta a los cambios que se desprenden de la pérdida y cada miembro se adecúa al nuevo rol que asume cada uno de los familiares, logrando que se reconstruya el núcleo familiar.

Plaxats, (2001), afirma:

Al hacer frente a una muerte inesperada, ésta se tiende a percibir como un suceso incomprensible, de carácter irreparable, cargado de fatalidad y vulnerabilidad. Debido a que no se tiene el tiempo suficiente para preparar y enfrentar las circunstancias en las que se enmarca la muerte. (p. 67)

4.13 Intervenciones en supervivientes de duelo

Según Worden (2013) el duelo por suicidio tiene rasgos distintivos a un duelo por cualquier otra causa de muerte, las intervenciones para aliviar el

duelo por un suicidio también deben ser diferentes a las intervenciones en duelos por otras causas de muerte. García y Pérez (2012) añaden que la familia del suicida no habla de esta muerte con los demás debido al estigma que acompaña al suicidio en la sociedad.

Worden (2016) plantea que algunos aspectos a incluir en la intervención serían, comprobar la realidad de la culpa tanto propia como ajena, corregir la negación y las distorsiones, comprobar las fantasías sobre cómo les afectará el suicidio en el futuro, trabajar con la ira, comprobar la realidad de la sensación de abandono y ayudarles a encontrar un significado a la muerte.

Payás (2010), plantea que el efecto de cualquier tipo de intervención en las familias que han perdido un ser querido por suicidio sea desde el modelo terapéutico que sea, si se realiza en ocho horas es prácticamente inapreciable, porque con una terapia realizada en tan poco tiempo a supervivientes de suicidio no se obtendrán muchos beneficios puesto que con estas personas se necesita más tiempo debido a las características del duelo que se produce, por ello se sugiere que la intervención para que sea efectiva la terapia debe ser mínima de nueve meses, y por lo menos una vez a la semana ya sea de manera individual o grupal. En esta misma línea, Jordan (2001) señala que debido a ciertas características del duelo suicida que son cualitativamente diferentes de otras formas de duelo pueden llevar a que se retrase la recuperación de los supervivientes.

Según Bell (2012), las intervenciones deben estar orientadas a ayudar a las personas a comunicar sus temores, culpa y secretos para re-asimilar, racionalizar y poner en perspectiva el papel que desempeñaron en la muerte, que es probable que se haya sobrestimado ampliamente. La intervención debe decir a otros que el dolor es normal y ayudarles a lidiar con el mito de que, si hubieran hecho algo diferente, pudiesen haberlo salvado.

Knieper (1999) explica que debido a que cada persona es única y vive el duelo de forma diferente a los demás, no hay una única terapia que lo solucione, sino que va a depender de las características de la persona,

para unas personas serán más efectivas un tipo de terapias y para otras otro tipo.

Payás (2010) plantea que, si tuvieran en cuenta el momento del duelo de la persona, las tareas específicas y los estilos de afrontamiento utilizados y se aplicara un programa específico y adaptado a esto, probablemente los resultados fueran beneficiosos. Para Knieper (1999), el terapeuta puede elegir la mejor terapia en función de las fortalezas y necesidades del cliente.

En un estudio realizado por Groot (2007) en el cuál examinan la efectividad de la terapia cognitivo-conductual como método de prevención del duelo complicado en familiares de primer grado y cónyuges de una persona fallecida por suicidio encontraron que la terapia cognitivo-conductual no tuvo un efecto beneficioso en reacciones de duelo complicado. Sin embargo, sí se vio que a los que se les había aplicado el tratamiento tenían una percepción menor de culpabilidad sobre el suicidio y presentaban también menores reacciones de duelo desadaptativas que los del grupo control.

En otro estudio realizado por Groot, Van Der y Burger (2010) examinaron la presencia de ideación suicida tras un suicidio para determinar si indica una condición de alto riesgo. Utilizando datos de un ensayo sobre la efectividad de la terapia cognitivo-conductual, se examinó el efecto de la ideación suicida sobre la efectividad de la terapia de duelo a los 13 meses de la pérdida y los resultados muestran que las personas que tienen ideaciones suicidas tienen a menudo un historial de trastornos mentales y conductas suicidas que los que no tienen ideaciones suicidas. La terapia de duelo probablemente reduce el riesgo de reacciones desadaptativas de duelo entre las personas con ideaciones suicidas. Por lo tanto, estas personas pueden beneficiarse de la terapia de duelo tras una pérdida por suicidio.

Mitchell, Kim, Prigerson y Mortimer-Stephens (2004) realizaron también estudios con parientes cercanos a la persona fallecida por suicidio y parientes lejanos, entre los parientes cercanos se encontraban cónyuges,

padres, niños y niñas y hermanos. La muestra de parientes lejanos la formaban tíos y tías, sobrinos y sobrinas, así como amigos y amigas y compañeros y compañeras de trabajo. Los resultados obtenidos ponen en manifiesto que se debe tener en cuenta al llevar a cabo las intervenciones con estos supervivientes, la relación de estos con la persona fallecida por suicidio.

Jordan (2001) destacó las implicaciones clínicas para los supervivientes de suicidio que incluyan los grupos homogéneos de apoyo, servicios psico-educativos e intervenciones familiares y sociales. Debido a los efectos devastadores que provoca una muerte de este tipo, cree que se deberían desarrollar, implementar y probar intervenciones teóricamente sólidas que estén específicamente diseñadas para estos dos grupos de supervivientes, los parientes lejanos y los parientes cercanos.

En un estudio realizado por Constantino, Sekula y Rubinstein (2001) se evaluó el efecto de dos intervenciones grupales en personas cuyo cónyuge había fallecido por suicidio. Había dos grupos, el primer grupo en el que el terapeuta asumió un papel activo para que los miembros alcanzasen unas metas realistas y también se encargó de crear un ambiente propicio para la discusión y el intercambio de información. Por otro lado, en el segundo grupo, el terapeuta alentaba a los participantes a participar en la planificación de actividades semanales.

Se quería determinar si estos dos tipos de intervenciones grupales disminuían significativamente los niveles de depresión, estrés y duelo, así como incrementar el nivel de ajuste social entre los supervivientes. Los análisis revelaron que no había diferencias significativas entre los dos grupos de intervención. Sin embargo, cuando esos dos grupos se combinaron, sí se encontró que los niveles de depresión, de estrés y duelo disminuyeron significativamente. Por tanto, estos resultados sugieren que las combinaciones de ambas intervenciones disminuyen los niveles de depresión, estrés y duelo e incrementan el ajuste social.

4.2 MARCO REFERENCIAL

La localidad de estudio, tienen una población menor a 3000 habitantes, según censo del año 2011. Es una ciudad uruguaya de un departamento del interior del país.

A fin de contextualizarlo socio económicamente la población se reporta que la proporción de personas con al menos una NBI es de casi un 50 %. Sobre la educación, la tasa neta de asistencia (TNA) a educación primaria es similar a la tasa departamental y a la nacional. La TNA a educación media, en cambio, es inferior al promedio departamental y al promedio nacional.

Para el caso en particular de esta investigación se escogió esta localidad porque presenta los casos que precisamente se quieren analizar como lo son el homicidio-suicidio y la violencia de género.

5. METODOLOGÍA

En este apartado se exponen el conjunto de técnicas, métodos y procedimientos que se seguirán durante el desarrollo del proceso de la investigación para la producción del conocimiento.

5.1 Tipo y Diseño de la Investigación

La presente investigación es cualitativa, exploratoria, y de estudio de caso porque ofrecen un primer acercamiento al problema que se pretende estudiar y conocer; de manera de poder analizar el duelo por el homicidio-suicidio dentro del contexto de violencia de género, desde la perspectiva del entorno individual, comunitario y familiar en una comunidad de menos de 3000 habitantes.

Ragin (1992) la define el estudio de caso como el abordaje de lo particular, priorizando el caso único, donde la efectividad de la particularización reemplaza la validez de la generalización. En este estudio de caso, se utilizará un razonamiento inductivo, con análisis e interpretación de los datos. De manera de poder dar respuesta a los objetivos específicos planteados en esta investigación.

Este estudio se considera exploratorio, porque ofrecen un primer acercamiento al problema que se pretende estudiar. Con este tipo de investigación se obtendrá la información inicial para continuar con una investigación más rigurosa, o bien se deja planteada y formulada una hipótesis que se podrá retomar para nuevas investigaciones.

Según Arias, (2012), “su objetivo es encontrar todas las pruebas relacionadas con el fenómeno del que no se tiene ningún conocimiento y aumentar la posibilidad de realizar una investigación completa” (p. 45). La investigación exploratoria se encarga de generar hipótesis que impulsen el desarrollo de un estudio más profundo del cual se extraigan resultados y una conclusión.

5.2 Población y Muestra

La población la constituye las unidades de análisis que permiten el logro de los objetivos de estudio. De acuerdo con Balestrini (2006), *“...la población o universo puede estar referido a cualquier conjunto de elementos de los cuales se pretenden indagar y conocer sus características, o una de ellas, y para el cual serán válidas las conclusiones obtenidas en la investigación”* (p.89).

La unidad de análisis para esta investigación está constituida por los habitantes de la comunidad en la cual residían los involucrados en el suceso.

Es importante mencionar que se contemplará en este estudio la anonimización y la confidencialidad de todo lo que pueda implicar la identificación del lugar exacto donde acontecieron los hechos y de los involucrados; aun cuando se maneje información de prensa y Televisión.

De ese universo se considera a la población adulta, de la cual se establecen dos categorías de análisis conformadas por:

1. familiares y allegados (considerando “allegados” a quienes tenían un vínculo cercano con las víctimas del homicidio - suicidio).
2. los actores claves.

Para cada una de las poblaciones se construye una muestra independiente por bola de nieve.

También es una investigación social la cual permitirá la recolección de información usando técnicas tradicionales de investigación social como lo es el análisis de bases de datos de Internet y la recolección de material bibliográfico.

La muestra, representa una parte de la población objeto de estudio. De allí es importante asegurarse que los elementos de la muestra sean lo suficientemente representativos de la población que permitan hacer generalizaciones. Para Arias (2006): “la muestra es un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible” (p.83). De acuerdo al universo descrito la muestra estará conformada por un total de veintidós (22).

Se utilizará la bola de nieve como técnica de muestreo no probabilístico utilizada por los investigadores para identificar a los sujetos potenciales en estudios en donde los sujetos son difíciles de encontrar” (Aloatti; 2014; p. 89). Dicha técnica estará basada en la idea de red social y así poder ampliar progresivamente los sujetos del campo de estudio partiendo de los contactos facilitados por otros sujetos.

Los muestreos de bola de nieve, también llamados en cadena, se emplean generalmente en poblaciones especiales o de difícil acceso. Para efectuar el muestreo, se pide a una serie de informantes iniciales que suministren los nombres de otros miembros potenciales de la muestra y que formen parte de la población especial (Bertaux, 1997).

Este tipo de muestras es, en definitiva, un sistema de aproximación para localizar informantes, a partir de las tramas de interrelaciones internas de todo grupo. Es importante indicar que los modelos de bola de nieve pueden saturarse antes de llegar al N. Por ello de acuerdo a Miller (2000), “el éxito de este muestreo es asegurar un rango de individuos que representen todos los tipos o grupos significativos para el fenómeno o tópico bajo estudio” (p.76).

Se tomarán en cuenta los siguientes aspectos:

1. Se identificarán colectivos que pudiesen facilitar el acceso a unos individuos iniciales que cumplieran con el rasgo característico del estudio.
2. Se solicitará a los participantes, una vez finalizada la entrevista, el acceso a otros contactos; y se asegurará la diversidad de

contactos mediante una correcta selección de los individuos promoviendo que la recomendación no se limite a contactos muy cercanos.

Una vez identificadas las primeras personas que serán entrevistadas, se conseguirán otros contactos, y así, hasta completar la muestra o representatividad y la cantidad de informantes necesaria

Adicional a ello, se tendrán informantes claves que fueron entrevistados en medios de comunicación (prensa, TV, revistas, radio), recién acontecidos estos sucesos, y de esta manera poder obtener los grupos de la población más reseñados para poder incluirlos en el estudio.

Los criterios tomados en cuenta para esta investigación son:

- **Inclusión:** Aquellos habitantes que viven en la comunidad vivieron de cerca la experiencia de lo sucedido de manera directa e indirecta y que brinden su consentimiento informado para participar de la investigación.
- **Exclusión:** Aquellos habitantes nuevos en la comunidad que llegaron a partir del mes de mayo 2018, después del suceso.

A la muestra seleccionada se le dará un documento denominado consentimiento informado el cual es un documento que debe ser firmado por el investigador y por el investigado, para ratificar el proceso de información, y por el probando para confirmar que otorga consentimiento para participar en el estudio. (Ver Anexo B)

5.3 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Las técnicas son los medios empleados para recolectar la información a los que acude el investigador y que le permite obtener información a través de fuentes, hechos o documentos que han sido recopiladas y transcritas por personas que han recibido tal información por medio de otras fuentes escritas o por un participante en un suceso o acontecimiento. Dentro de las técnicas utilizadas:

- **Análisis documental:** es una interpretación intelectual propia del individuo sobre un documento determinado que da lugar a un nuevo documento secundario, con un fin científico e informativo. Siendo fuentes confiables, como bibliografías, documentos web, folletos y boletines, publicaciones periódicas: tanto en periódicos, como revistas, artículos.
- **Registro de datos en entornos virtuales:** El registro de datos consiste en almacenar y asegurar la información obtenida de las personas investigadas. En los entornos virtuales los datos obtenidos se caracterizan por su formato digital, lo que proporciona al investigador la facilidad y comodidad de su registro en forma casi instantánea y automática mientras los datos van surgiendo, pues basta con hacer un par de “clic” para lograrlo.

Smith (2003) señala que:

Uno de los rasgos característicos de la comunicación mediada por ordenador es que casi todas las interacciones van dejando un rastro duradero, es decir, una pista electrónica que puede aportar información detallada sobre la actividad que unos grupos enormes de personas llevan a cabo on-line. (p. 229)

El instrumento de recolección de datos, se basó en:

- **La Entrevista.**

Las entrevistas cualitativas a profundidad o en profundidad no son meras conversaciones cotidianas, aunque se aproximan a ellas en tanto

interacción cara a cara producida en condiciones históricas y sociobiográficas determinadas. Se trata de conversaciones profesionales con un propósito y un diseño orientados a la investigación social, que exige del entrevistador con una gran preparación, y habilidad conversacional y capacidad analítica (Wenuraf, 2001, como se cita en Valles, 2002).

Para la realización de entrevista se pautan las siguientes tres etapas, siendo previamente consensuado con el participante siendo una de ellas grabar la misma.

5.4 Procedimiento

5.4.1 Planificación de la entrevista

Para la planificación de la entrevista se estableció una guía con pautas de las preguntas a modo de orientación y así abordar las variables de la investigación para cada categoría.

De este proceso resultaron dos pautas que se adjuntan en Apéndice E y F.

A posteriori de obtener la aprobación del protocolo de investigación por parte del Comité de ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería el cual se adjunta en Apéndice G, se procede a contactar con las personas definidas como referentes para cada una de las categorías del estudio conformadas por los familiares y allegados de las víctimas del homicidio-suicidio y por otra parte de los actores claves.

La selección de los participantes siguió los criterios expuestos en metodología. Para dar inicio al muestreo en cadena se partió de líderes reconocidos por la comunidad lo cual facilitó el contacto con los posteriores participantes.

Se seleccionó a un referente para las categorías de familiares y allegados de las víctimas del Homicidio-Suicidio en adelante HS y un referente deportivo para iniciar la recolección de datos de los actores claves. Este comienzo por separado aseguró la independencia de las muestras. El instrumento para recolectar la información fueron las pautas de entrevistas diseñadas en forma específica para cada categoría. Las preguntas abordan las dimensiones del objeto de estudio para conocer el proceso del duelo en el entorno individual, familiar y comunitario de los sucesos acontecidos en el marco de muertes violentas en el contexto de violencia de género.

Previo a la realización de las entrevistas, se realizó una prueba piloto para ajustar las preguntas en función del lenguaje, en particular para ser entendible y no generar rechazo de parte del entrevistado en consideración de la temática y evaluar que las preguntas puedan obtener información relevante para el estudio. La misma comienza con indagaciones generales a fin de crear un clima cordial y poder profundizar en el tema de estudio.

Junto a lo anterior, se tuvo en cuenta el ambiente donde se operativizó y en particular la privacidad y confort de los participantes, se evaluó la calidad de la grabación (claridad, sonido, ausencia de ruidos o interferencias) así como también que se cumplan con los requisitos de espacio y ventilación de la emergencia sanitaria.

El contacto con los participantes, se realizó por llamada telefónica derivada del proceso de muestro explicitado. Con quienes confirmaron su disposición a participar se agendo lugar, fecha y horario de las entrevistas.

5.4.2 Contexto de la entrevista

Una vez que se concretó vía telefónica la realización de la entrevista, por su parte el entrevistador se presenta a explicitando los objetivos de la investigación e invitándolos a participar. A quienes manifestaron su voluntad de participar, se concretó lugar, fecha y horario.

Previo a cada entrevista, el investigador, lee la hoja informativa y el consentimiento informado el cual luego de firmado y confirmar que no existen dudas se inicia aclarando que se comienza la grabación con el dispositivo celular.

Como forma de asegurar la calidad de los datos, se considera tanto al registro de los datos por medio de la grabación de voz que permite obtener transcripciones textuales, así como también los silencios y su duración, el investigador realiza las notas a través del diario de campo.

Se realizaron 10 entrevista en la categoría familiares y allegados a las diferentes víctimas del suceso de H-S y 3 entrevistas a actores claves de la comunidad.

Para resguardar la confidencialidad, previo a la desgrabación se construyó un sistema codificado que se detalla en cuadro N°1 considerando los siguientes criterios: categoría de la entrevista en calidad de allegado o actor clave, vínculo con las víctimas definidas en cuatro categorías; sexo, y edad.

CuadroN°1 Sistema de codificación de las entrevistas.			
Letra	Significado	Categorías	Observaciones
E	Entrevistado	EA entrevistado allegado EF entrevistado familiar AC actores claves	
V	Vínculo con la Víctima	1 femenina fallecida 2 masculino fallecido	Se identifican según sexo y

		3 femenina sobreviviente 4 homicida suicida	supervivencia
S	Sexo	F femenino M masculino	
Edad	Años de edad del entrevistado		

A modo de ejemplo: el código EAV2SF48: alude a un entrevistado allegado de la víctima masculina fallecida, sexo del entrevistado femenino, edad 48 años; el código EACSM55 alude a un entrevistado actor clave masculino de 55 años.

5.5 Plan de Análisis.

Dos aspectos clave en el proceso de esta investigación cualitativa serán el registro y la sistematización de la información; estas tareas se cumplen en el lapso entre la recolección y generación de información y la comprensión o interpretación de ella.

Según Mieles (2012):

La labor de registro y sistematización se hace difícil no sólo por el tiempo que requiere, sino por la incipiente utilización por parte de los investigadores de sistemas uniformes para la descripción de documentos y de información generada en el trabajo de campo y para su consignación adecuada. Los archivos de las investigaciones, por lo general, son diseñados para uso personal del investigador, lo cual conduce a que estudios futuros sobre temas afines, deban partir de revisar documentación ya analizada o de recoger nuevamente información que ya existe. Estos sistemas personales no sólo limitan el intercambio de información, aun entre los miembros del equipo de investigación, sino que pueden conducir a la pérdida por errores u omisiones de registro, dificultando su recuperación e interpretación (p. 1).

Para el análisis de los datos, se procedió a analizar el contenido de las entrevistas individuales.

Luego se con la realizó de revisión hemerográfica a través de una matriz (Anexo G), donde inicialmente se han identificado algunas fuentes basadas en artículos, periódicos y revistas; que contienen respaldo fidedigno de la información.

Se cumplieron las siguientes etapas de trabajo:

1. Triangulación de la información. Surge de las entrevistas y de la revisión documental y hemerográfica.
2. Análisis de las narrativas y datos de las fuentes documentales con el marco teórico.
3. Informe de resultados de la investigación según los objetivos propuestos.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la participación en la investigación se plantean el cumplimiento de las consideraciones éticas para lo cual se diseñó una hoja con información al participante explicitando el título de la investigación y sus objetivos, los riesgos y beneficios los cuales serán explicitados en un lenguaje acorde a ser interpretado por el participante.

En la hoja de información se hizo referencia a la metodología utilizada, siendo para la investigación a través de entrevistas, donde se utilizará la grabación, con un tiempo determinado de 30 minutos cada una. La cual será resguardada bajo secreto profesional y la confidencialidad de los datos aportados.

En todo momento se garantizó la privacidad del participante, y su participación en carácter voluntaria.

Se recabó el consentimiento informado de los participantes, de acuerdo con la Declaración de Helsinki y Decreto 158/19 de la normativa vigente.

En Apéndice A, B C, D se adjuntan los consentimientos informados e información a los participantes diseñados para cada categoría de la investigación.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

7.1 Análisis de resultados

En este capítulo, se presenta el análisis de datos relevados de las entrevistas y fuentes documentales.

En análisis de las entrevistas se divide en dos ítems:

1. fase exploratoria, se organiza y comparan a través de una la matriz las respuestas a las entrevistas de allegados - familiares los actores claves.
2. fase analítica propiamente dicha, en la cual se contrastan las dimensiones del estudio con el marco teórico que sustenta la investigación.

La matriz será entregada como evidencia en la defensa de la tesis.

7.1.1 Fase exploratoria.

La muestra se conformó por 13 entrevistas presentando la siguiente distribución según las siguientes características:

- Por categoría de análisis definidas en el marco teórico:
10 pertenecen a la categoría familiares allegados de las víctimas del HS y 3 son actores claves de la comunidad

Distribución de los entrevistados según el vínculo con las víctimas del suceso.

victima 1 (femenina fallecida): 1 entrevistado;

victima 2 (masculino fallecido): 5 entrevistados;

victima 3 (mujer sobreviviente) :1 entrevistado,

victima 4 H-S (masculino fallecido): 3 entrevistados

- Según sexo del entrevistado: 8 son femeninos y 5 masculinos

□ La edad de los entrevistados oscilo entre 21 a 60 años.

7.3.1.1. Categoría: Familiares - allegados

La conformación de la muestra según la vinculación con las victimas fue:

Victima 1 Femenina Fallecida	Victima 2 Masculino Fallecido	Victima 3 Femenina Sobreviviente	Victima 4 Homicida Suicida
EAV1FSF42	EAV2FSF58	EAV3SSF60	EAVHFSF41.
	EAV2FSM42		EAVHFSF21
	EAV2FSF38.		EAVHFSM40.
	EAV2FSM46		
	EAV2FSF41		

A continuación, se describen las narrativas extraídas a los entrevistados de la aplicación de la entrevista disponible en Anexo E.

Percepción sobre cómo es su comunidad.

Una de las preguntas introductorias, indaga sobre la percepción de los consultados respecto a ¿cómo es su comunidad?

El sentimiento mayoritario, se nuclea en primera instancia a destacar la tranquilidad como la cualidad más relevante, no obstante, el segundo atributo, es muy disímil de la primera apreciación, oscilando desde cualidades de cerrada, hasta connotaciones negativas que aluden en torno a vincularse con comentarios en la vida de otros habitantes. En cuadro N ° 2 se expone la síntesis de los relatos.

Cuadro N° 2 .Percepción sobre cómo es la comunidad.

“Mi comunidad es chica, media un poco cerrada pero bien” (EAHFSF41).
“Tranquila, muy tranquila” (EAHFSF21).
“Es tranquila, solidaria pero también hay mucha envidia.” (EAV2SF38).
“Cizalluda [se pregunta el significado, se ríe ..] chismosa, quiere decir chismosa “ (EAV3SSF60).
“Tranquila y chusma” [Frunce el ceño, se interpreta como gesto de desagrado] (EAHFSF58).
“Formada por personas que se dedican a hablar de los demás sin mirar su propia vida” (EAV2FSF41).
“Bueno, bueno, a mí me gusta, nuestra comunidad, que es una comunidad social, es una comunidad tranquila, es una comunidad bastante tranquila” (EAVHFSM40).

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

Respecto a antecedentes de Suicidio o IAE en familiares o allegados.

La mitad de la muestra, reportar tener un familiar o un amigo con antecedentes de intento de auto eliminación o suicidio.

Sobre la difusión del suceso.

La difusión de las noticias sobre los eventos suicidas, constituyen un reconocido factor de riesgo comunitario. Por ello, al indagar sobre cómo se enteró del HS y el acceso a la información; esto, nos aproxima a la manera en la que se difundió la noticia y a través de que vías de comunicación

De las entrevistas se recaba los extensos reportes, la rápida repercusión y la diversidad de miedos que informaron sobre el HS. Las redes sociales en y los medios televisivos fueron mayoritariamente las vías por las cuales se difundió el suceso, en otros la comunicación la recibió por parte de los vecinos. En el cuadro N°3 se resumen los relatos más significativos.

Cuadro N °3 Difusión del suceso

“Me entere por la gente, en la noche cuando veía todo el revuelo, y la gente alborotada. Fue un episodio realmente mortificador” (EAV2FSM42).
“Me entere por la gente y por los medios” (EAVHFSM40).
“(…) por las noticias” (EAVHFS41).
“Bueno, sí, vulgarmente, como se dice, por el boca a boca, también tenía información por medios televisivos y a través de los medios del servicio de la policía de la comunidad en nuestra comunidad” (EAVHFSF2).
“(…) la noticia me la dio un vecino” (EAV2FSF38).
“Me avisaron...el pueblo estaba revuelto” (EAV2FSM46).
“Por las noticias” (EAVHFS41).
“me enteré por la televisión, prendías la tele y en todos lados salía la noticia” (EAVHFSF21).

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

Sobre el Impacto de las muertes violentas a nivel individual y comunitario

Para contextualizar la repercusión de las muertes violentas a nivel individual y comunitario, se diferencian dos periodos según el transcurso del tiempo respecto al HS, siendo a corto plazo cuando se refiere a días inmediatos y largo plazo cuando se consideran meses o años posteriores. de esta manera es posible aproximarnos a sus vivencias, sus procesos de duelo y la configuración de la huella psicosocial.

En el cuadro N°4 y N°5 se reportan las respuestas sobre la pregunta ¿Qué hizo los días inmediatos al homicidio/suicidio? evaluando la dimensión a corto plazo y si ¿recuerda cómo vivió a las semanas y meses más tarde? correspondiente al largo plazo.

Cuadro N° 4. Impacto de las muertes violentas a nivel individual, familiar y comunitario a corto plazo.

“No podía creer lo que hizo [nombra a la V4], todos horribles” (EV1FFSF42).
“Realmente sólo rezaba, considero que eso ayudaba” (EAV3SSF60).
“Siguió la vida común, pero a su vez uno estaba más pendiente de lo que había pasado (...), vivía paranoico por lo que me volví por un tiempo más sobre protector de lo normal, hasta que comprendí que ya todo había pasado y que ya no había de que preocuparse” (EAV2FSM42).
“Estaba pendiente de las redes, para saber más sobre el hecho” (EAVHFSM40).
“No podía creerlo, aún sorprendida por lo acontecido [se asoman con lágrimas en sus ojos] Cuando todo paso, yo me tranquilice, (...) había mucho silencio en todo el pueblo. ¡Imagínese! Parecía un pueblo fantasma, prácticamente nadie confiaba en nadie. Tuvo que pasar semanas para que hubiera una normalidad”.
Se continuó la vida con un poco de nostalgia, y (...) Y me llenaba de rabia y tristeza saber que todo terminó de esa forma” (EAV2FSF38).
“ay, un shock, todos impactados, si bien de [nombra a la V4] se sabia una versión de los hechos, nunca pensamos que pasaría así” (EAV2SF38)

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

Cuadro N° 5 . Impacto de las muertes violentas a nivel individual, familiar y comunitario a corto plazo

“No respondió” (EAVHFSF21).
“Si, con el recuerdo [refleja cierta sorpresa...], es decir, de lo que había pasado porque en el pueblo chico como que queda, lo notamos más que como en ciudades grandes” (EAVHFS41).
“Era un recuerdo constante, ya que la comunidad sólo se hablaba de eso. A donde quiera que uno fuera, se escuchaba a las personas comentarlo” (EAV2FSF41).
“Re hice mi vida, y no tenía digo vínculo alguno directo con las personas involucradas, si , pensando mucho en lo que dejo las vivencias durante esas semanas, diez días que se estuvo en la vuelta y bueno estar pendiente de las personas” (EAV2FSM42).
“Triste porque [nombra a V4]era un muchacho muy querido en la villa. Buena persona” [Su rostro refleja tristeza] (EAVHFSM40).
“una sociedad que sin duda nunca estuvo preparada para una muerte tan inminente y como se dieron los hechos no fue solamente que fue un homicidio, obviamente el asesino se escondió, hubo mucha policía (cosa que un pueblo pequeño no se ve” (EAV2SF38).

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

Los sentimientos a largo plazo remarcan la tristeza, el silencio, o en otros entrevistados la presencia constante de los sucesos.

Sobre las repercusiones a nivel físico

Al indagar sobre si recuerda haber padecido una enfermedad física o una consulta luego del HS; los participantes no reconocen afecciones sufridas o consultas específicas a profesionales del sector salud motivadas por el impacto del suceso.

Respecto a los recuerdos que vivencia con mayor frecuencia

Fue una de los momentos de la entrevista que generó mayor emotividad en los entrevistados y en el entrevistador.

Las expresiones, los gestos, las palabras, las lágrimas, los suspiros y silencios, acompañan a las respuestas verbales. Se presentan los relatos más significativos en el siguiente cuadro N°6.

Cuadro N ° 6 Recuerdos más frecuentes vivenciados

<p>“ [llora], de [nombra a su hija] [...]la desesperación. [No puede seguir hablando, [toma agua.... Se seca las lágrimas] [silencio] “(EV1FFSF42).</p> <p>“[nombra por nombre de pila a V4], muy bien” [EAV3SSF60] “Mi comunidad es chica, media un poco cerrada pero bien” (EAHFSF41).</p> <p>“[Con cierta nostalgia en su rostro, indica...]El de él, porque él era mi vecino. Yo lo veía trabajar y estar con su familia. Un hombre joven, amistoso (...)” (EAVHFS41).</p> <p>“Un recuerdo constante (...)” (EAV2FSM46).</p> <p>“Ninguno. [Su mirada se ve perdida]” (EAV2FSM46).</p> <p>“[Con tristeza]... [nombra a V4], lo recuerdo a él y ella (...), no parecía nada fuera de lo normal, que le fuera escapar la chaveta por hacer algo así, pero bueno la situación lo llevo hacer otra cosa diferente. Y luego me puse a pensar: ¿cómo es que alguien que parece tan normal haya sido capaz de hacer algo tan atroz? Por eso... como dicen por ahí: no hay que confiar ni en la mismísima sombra de uno” (EAV3FSSM42).</p>

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

Las respuestas verbales fueron en su mayoría cortas, incluso, contrapuestas con la expresión de la mirada, los silencios prolongados, los recuerdos a través de los cuales transmiten la afectividad hacia las víctimas. El sentimiento de desconfianza nuevamente aparece en el relato, y junto a las respuestas hay muchas preguntas. La frase “no parecía nada fuera de lo normal” será retomada en el análisis.

Sobre como repercutió el tiempo en las emociones.

La pregunta tiene como propósito indagar sobre como percibe observa el transcurso del tiempo en sus emociones; esto, se vincula en el contexto del proceso de duelo. El resumen de los relatos vertidos se expone en el Cuadro N°7.

Cuadro N ° 7 Percepción sobre sus emociones respecto al paso del tiempo.

“Si como que uno demoró, fue como quince o veinte días, pero si, demoró, re acondicionarse y luego a la vida normal de nuevo porque como él era tan familiar. Si, quedó un recuerdo de todo lo que pasó, lo bueno y lo malo. Pero siempre gana lo malo, aunque uno no quiera, siempre la cabeza le da vuelta, pero más que todo con pensamientos no tan buenos, usted sabe” (EAV2FSM42).
“Aprender a valorar a quienes nos rodean” (EAV2FSF38).
“A pensar que lo importante es estar vivió, vió, eso, la vida” (EAV2FSM46).
“Pasa el tiempo y uno lo supera. [Se nota cierto quiebre en su voz]” (EAVHFSM40).
“Las mejoré “(EAVHFSF21).

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

Para la mayoría de los entrevistados, el paso del tiempo contribuyó favorablemente para en superar el suceso, así como también en la reconfiguración de la vivencia desprendiéndose de la pérdida. Esta reorganización permite seguir con su vida.

Respecto a la contribución de verbalizar sobre el HS.

Uno de los dilemas inherentes al tema suicidio, es respecto a si hablar sobre el mismo, contribuye en la prevención y abordaje o por el contrario es un factor de riesgo.

Para indagar sobre la percepción de la muestra, se formularon las siguientes preguntas:

a) considera que “hablar “del suceso con algún, ¿eso ayuda?; y en caso afirmativo, se indaga sobre con que lo hace.

b) desde otra perspectiva, se interroga sobre “evitar” hablar algún tema o emplear alguna palabra especial

Los datos recabados, se resumen en el cuadro N° 8.

Cuadro N°8 Percepción sobre si hablar del HS contribuye.

Respecto a la percepción sobre “hablar” contribuye	Con quien habla / “evita” el tema o palabras especiales
<p>“Si ayuda a reflexionar, a valorar más la vida de uno mismo y la de los demás. Ayuda a ver que, si algún familiar de uno, tiene actitudes extrañas de depresión o algo, se ataque esa situación a tiempo antes de que ocurra una desgracia” (EAVHFS41).</p> <p>“[Voz muy suave] Al principio en los primeros dos años quizás sí, evitaba hablar de una manera directa, le buscaba la vuelta, quizás no nombraba tanto (...)” (EAV2SF38).</p> <p>“No respondí. [Aunque se le notaba la mirada perdida] “(EAVHFSF21).</p> <p>¡Sí, con mi familia nada más, porque me afectaba un poco... [se siente un quiebre en su voz] (...) (EAV2FSM46)!</p> <p>“No, tratamos de no tocar el tema” (EV1FFSF42).</p>	<p>“Si, a veces, con mis hijos para aconsejarlos y que sepan conocer muy bien a las personas con la que se involucran (EAVHFS41).</p> <p>“No, con mis hijos nada más(...)Hablo claro (EAV3SSF60).</p> <p>“No no, palabras especiales no, simplemente intentar explicarle sin herir a nadie. El tema que es, hay gente que era muy del lado de [nombra a la V2] que obviamente agarró un daño colateral que tenía. Fue incluido en una situación en la cual no debería haber estado, tal vez. Pero bueno, le tocó lo que le tocó (con lágrimas en los ojos) y no lo merecía” (EAV3FSSM42).</p> <p>“[No respondió].[Silencio prolongado]”(EAVHFSF21).</p> <p>“No, lo hacemos recordando con tristeza, pero... también con alegría. “Para recordar, el momento en que nos enteramos, de cuanto lo queríamos y los momentos compartidos porque era como un hijo más y tú sabes que la muerte de un hijo, duele... duele mucho [voz entrecortada]” (EAV2FSF38).</p> <p>“No, para nada, no uso ninguna palabra en especial (EAV2SF58).</p>

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

De los relatos se evidencia las diferentes formas de aborda respecto a abordar el tema. Desde quienes hablan porque eso les ayuda, hasta no tocar el tema. Por otra parte, en los que lo abordan, la mayoría lo realiza en su núcleo familiar, y en forma directa.

Aparecen en los relatos, abordar el tema para alertar a los familiares sobre recalcar poder “conocer al otro”, frente al desconocimiento que les genera los sucesos y una visión de poder prevenir los sucesos por medio del conocimiento de situaciones que pueden ser desencadenantes.

Otro aspecto relevado, fue sobre cómo influye para el afrontamiento de la adversidad, el ser hombre o mujer.

El cuadro N° 9 se exponen la síntesis de las narraciones, las cuales en la mayoría no evidencian diferencias en el comportamiento por sexo para enfrentar un evento adverso.

Cuadro N°9. Percepción sobre si ser hombre o mujer como factor influye en afrontar la adversidad.

“no tiene nada que ver si es hombre o mujer, sino la fuerza en que tengamos en afrontar una adversidad” (EAV3FSSM42).
“No, no, para nada, en los dos es igual, se sufre” (EAVHFS41)
“No, da igual (...) (EAV3SSF60).
“Tal vez. [Muestra cierta inseguridad] (EAVHFSF21)
“No, creo que no, solo ayuda y compartir en familia , no influye el sexo” (EAV2FSF38).
“No. [Se nota parco] (EAVHFMS40).
“No, en absoluto, es lo mismo” (EAV2FSM46).
“No, no (...) (EAV2FSF41).
“No, se puede demostrar distinto [silencio] pero no interfiere ser hombre o mujer” (EAV2SF58).
“No, esto fue horrible” (EV1FFSF42).

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

Sobre la percepción de apoyo intra y extra familiar.

Uno de los ejes del estudio, es indagar sobre la ayuda que percibieron a nivel individual familiar y comunitario los integrantes de la comunidad. La importancia de su relevo, es porque las intervenciones de “ayuda” constituye una de las intervenciones de posvección en los procesos de duelo por suicidio.

En cuadro N°10, se sintetizan las respuestas sobre haber recibido ayuda luego del suceso, así como también si el entrevistado solicitó ayuda a la comunidad, la familia o a un profesional del área salud.

Cuadro N°10. Respecto a las intervenciones de ayuda post HS y necesidad de atención profesional del sector salud.

Intervenciones de ayuda	Recurrió a un profesional de la salud
<p>“No. A las semanas ya había superado el shock emocional” (EAV2FSM42).</p> <p>“No me ayudo nadie, no tuve una ayuda psicológica como la tuvo su prometida o como algunos hermanos. [se refiere a vínculos de la comunidad eclesiástica] Pero si tuve un pastor que siempre daba una palabra de consuelo y fue lo que poco a poco me ayudo a superarlo” (EAV2FSM42).</p> <p>“No. Porque no me afectó” (EAVHFS41).</p> <p>“Mi familia” (EAV2FSM46).</p> <p>“La vida continuaba, hay que seguir adelante” (EAV2FSF41).</p> <p>“Nadie me ayudo” (EAV2SF58).</p> <p>“No, no, no recuerdo” (EAV1FFSF42)</p> <p>“No. [Se nota muy parco]” (EAVHFMS40).</p>	<p>“No, para nada” (EAV3FSSM42)</p> <p>“No tenía por qué hacerlo” (EAVHFS41)</p> <p>“No recurrí a ningún profesional” (EAV2SF38)</p> <p>“No, no veía la razón para ir” (EAV3SSF6)</p> <p>“No” EAVHFSF21</p> <p>“No” EAV2FSM46</p> <p>“No” EAV2FSF41</p> <p>“No recurrí a nadie” (EAV2SF58)</p>

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

En conjunto al relevamiento anterior, se indaga sobre cuáles considera a su criterio que son estrategias necesarias de intervención para los familiares de las víctimas del suceso, sus respuestas se exhiben en cuadro N°11.

Cuadro N° 11 Estrategias propuestas para la intervención en los familiares de las víctimas del HS

“Colocándole un psicólogo del Estado o en las escuelas para los niños que quedaron y su familia” (EV1FFSF42).

“Sí, eso sí porque [nombra a la madre de la V1], estaba con un problema de salud y la mitad del tema de la enfermedad fue de la tristeza que tenía, después de ir y que todos en el pueblo te marquen con un dedo e incluso a los familiares” (EAV2FSM42).

“Si, en el caso de [nombre de pila a allegado de V2] y su familia, era necesario una contención en el área de salud” (EAV2SF38).

“El duelo, yo creo que cada uno lo lleva a su manera y lo hace muy particular, no ha sido un duelo fácil como quien ha perdido un abuelo o un tío, un primo, porque esto fue algo que marcó, no era de sangre, pero si era querido y había tantas emociones y ser parte de tantas historias y de tantos sueños” (EAV2SF38).

“Y, opino que sería prudente incorporar chequeos psicológicos en los colegios desde temprana edad e inclusive para la gente de más edad, en los trabajos” (EAVHFS41).

“Terapia (...)” (EAVHFSF21).

“Con ayuda profesional y hablando del tema” (EAVHFSM40).

“Sería bueno contar con ayuda profesional” (EAV2FSM46).

Fuente: Datos extraídos de entrevistas realizadas por el investigador. Setiembre 2021.

A modo de cierre de esta fase exploratoria, se anexan los comentarios finales y aportes que surgen en la instancia finales de la entrevista, al consultar sobre el deseo de agregar, decir, compartir “algo más”, de los cuales dos entrevistados expresan lo siguiente:

“(...) creo que firmemente que más allá de los errores que hubo en todo esto, saquemos las conclusiones que saquemos, hoy en día, no. Se desearía que volviera el tiempo atrás para que todo fuera a la inversa de lo que paso, pero hoy, ya no podemos dar marcha atrás y tenemos que seguir con lo que quedó, con los recuerdos tanto buenos como malos. Se me aguan los ojos, nada más de recordar ese hecho y de hablar de este brutal asesinato” (EAV2FSM42)

“Es importante saber que muchas personas pierden el control de sí mismos y que infelizmente no tienen control de las acciones que llevan, si me preguntan ¿Si me dolió? Sí, me dolió. ¿Si fue difícil? Si, fue difícil. ¿Si fue difícil pasar por la comisaria? Los primeros dos años no podía levantar la cabeza y no podía dejar de sentirme mal, lloraba escondida en mi cuarto y me sentía muy deprimida. ¿Ha marcado una ausencia? Sí. ¿Se extrañan? Si ¿Fue injusto? Sí. Pero mis pensamientos no pueden cambiar el hecho de lo que paso” (EAV2SF38)

7.3.1.2. Categoría: Actores Claves

En esta sub sección, se organizan las unidades de análisis en la matriz relacionando las respuestas de los tres entrevistados de la categoría Actores Claves en adelante AC.

Se puntualizan los siguientes resultados centrados en el suceso del HS, la huella psicosocial y las medidas de prevención que se tomaron desde organizaciones no gubernamentales, civiles y estatales luego del hecho.

Sobre el suceso de HS.

Se aborda la percepción de la comunidad, la cual describen como “tranquila”, “linda”, destacan la baja movilidad territorial, su conformación por residentes en su mayoría adultos mayores, y en la cual la generación de fuentes laborales es escasa.

Entonces es también es una población que pasa el tiempo y aquí se mantiene igual en el número, (...). Entonces, por eso ese es una población bastante mayor, la que realmente vive aquí, eso hace que sea tranquila, bastante tranquila, dentro de todo” (EACSM60)

“Ah es una comunidad muy linda, muy tranquilo para vivir, para criar los niños, la gente muy amable, es lindo” (EACSF32)

No obstante, uno de los AC, a pesar de que concuerda con la tranquilidad, agrega un aspecto que describe como negativo aludiendo a una sobre intromisión en la vida de los otros habitantes.

“[nombra la localidad] mi comunidad es en sí es tranquila, (...) lo que tiene de negativo es que las personas siempre se están fijando en la vida del otro” (EACSM45)

Sobre la forma de enterarse del suceso, destacan los tres sobre la extensa difusión y propagación de la noticia en redes sociales, relatando

“y en aquel momento, como en todas las cosas, por redes, (...) por comunicación vía teléfono o eso, este, sobre todo más por redes, que por otra cosa” (EACSM45).

“Me enteré a través de mis vecinos, (...) y después obviamente fue prender el celular y las redes encendían con la información, así que a través de ambos lugares pude poder saber la información de lo que había sucedido” (EACSF32)

Respecto a los medios periodísticos, que perciben como un “caos” con una diversidad de medios periodísticos televisivos, de prensa escrita, u de radio.

“En ese momento (...), aquello era un caos porque estaba la las emisoras de televisión de la capital persiguiendo después de un tiempo también el pueblo sacando fotos después que pasó todo eso, ¿no? (EACSF32)

Sobre si tiene conocimiento de antecedentes previos o con características similares a este suceso, los tres entrevistados, concuerdan en lo excepcional del suceso, del cual desconocen hechos previos, manifestando:

“No, no, no, ahora no, yo hace 40 años que estoy aquí, y no, no, no, este. que me acuerde, así, con esa ... [silencio, piensa], por decirle, brutalidad o fatalidad así, de esa forma, no, no” (EACSM60).

“No, sinceramente no, es el primer hecho tan grande y triste que sucedió aquí. Mi percepción fue de desastre, calamidad, porque conocía todos en sí y no podía creer lo que estaba pasando (...) yo vine muy jovencita para aquí. Y saber lo que estaba sucediendo, me afectó muchísimo” (EACSF32).

“No, acá, nunca, así, esto fue un hecho que marco la villa, nuestro pueblo” (EACSM45).

Huella psico social.

Sobre la huella social y su persistencia, se evidencian posturas notoriamente disímiles destacando que, mientras que para uno AC, el suceso que denomina “accidente” no tiene repercusión en la actualidad más que como una anécdota; para los otros, genera dolor, tristeza, interrogantes, aún hasta el presente.

A continuación, se sintetizan las narrativas más significativas expuestas por cada actor:

“La percepción en este momento, creo, que ninguna, porque... hoy le vas a preguntar y queda como una anécdota más, como un accidente más que paso, pero, más de eso, este, los primeros tiempos sí, como que, fue más llevadero y más conversada la cosa, pero ahora, ya, hay que preguntar si p aso eso para que alguien venga y te conteste si se acuerdan o no” (EACSM45).

“Ay, (..) para mí hoy me sigue costando, ver a su hijita, me causa dolor, (...) todo lo que paso, porque así, injusto, cruel, duele.” (EACSF32).

“Y yo creo que la huella es de cómo, ¿cómo? ¿cómo pudo cometer un acto tan aberrante porque fallecieron personas, les quitó vida a personas. Él también se quitó la vida...no se puede creer todo lo que paso” (EACSM60)

Sobre la presencia en la actualidad, las perspectivas son heterogéneas, señalando:

“No. no. no. Fue, por decir algo, el primer año, los primeros tiempos, después del accidente, después de lo ocurrido, después paso a ser una anécdota más” (EACSM45).

Sobre aprendizaje y prevención

Al indagar sobre los aprendizajes que dejó el suceso, y las medidas de prevención que a posteriori se implementaron en la comunidad, los AC coinciden en reconocer la creación de una unidad referente en Violencia de género como respuesta de intervención y estrategia de detectar precozmente los sucesos.

Esto es considerado una puerta abierta, un espacio de protección de derechos, donde se puede denunciar la violencia en todas sus manifestaciones.

“Y yo creo que hoy en día y la comisaría [nombra la seccional], que quizás en aquel momento no contaba, con el espacio. mujer, (...) para a denunciar situaciones de violencia doméstica, física y verbal y eso ha ayudado y porque ya hay una puerta abierta”. (EACSF32).

“Después del hecho, Ahora sí, este, después del accidente, si, en, ahí, está en la comisaría, se abrió el espacio de [nombra las siglas] que es de la mujer, y este, pero buen, por ahora, gracias a Dios no ha pasado nada de que haya habido un accidente con alguien, con otra, con otra muchacha o con otra señora como la que pasó y con el tema de Juan no ha pasado, pero, este, y esperemos que no pase tampoco” (EACSM60).

“Ahora que se hagan las denuncias pertinentes, que se haya avanzado. Creo que no se ha avanzado mucho, no porque ha habido otro suceso de no de esta, de este tamaño y de esta calamidad. Pero hay personas que se han quitado la vida por, por, por, por justamente pasar por eso y. Y bueno, y ver que el final era una denuncia. Pero ojalá la comunidad pudiera tener un apoyo estatal psicológico más importante en las escuelas, en los liceos” (EACSM45).

Un relato de los AC, expresa, la necesidad de abordar la temática por personal especializado, enunciando que:

“Uno a veces, [este, tiene la certeza, de que, tal vez, este, se podría hacer más, pero a veces uno queda con eso de que, si vas a meter la cuchara donde no debes y meter la pata, [capaz, empeorar la situación, Eso que tenía que ser para, para gente más especializada que uno]” (EACSM60).

7.4 Análisis por categorías.

En este proceso, se integran la evaluación de los datos, los aportes de las entrevistas según las categorías formuladas para la investigación y se integran los conceptos del marco teórico de la investigación.

Las categorías de análisis emergentes son:

1. Percepción e impacto de las muertes violentas a nivel individual familiar y comunitario.
2. Percepción sobre cómo afrontar el suceso HS
3. Factores de riesgo individual y comentario en el contexto de violencia de género.
4. Intervenciones para la supervivencia del duelo en diferentes ámbitos.
5. Difusión del suceso por medios de comunicación.

1. Percepción e impacto de las muertes violentas a nivel individual /familiar/comunitario.

En este apartado, se analizan las características sobre la percepción e impacto de las muertes violentas.

Se diferencian las vivencias respecto al tiempo de transcurrido el suceso, según correspondan a corto y largo plazo, siendo cada periodo estudiado como una sub categoría de análisis.

A. A Corto Plazo

La vivencia a nivel individual y familiar que se produjo días posteriores del suceso fueron en la mayoría de los entrevistados de incredulidad, tristeza, dolor, desconfianza, incertidumbre y miedo. Las narrativas describen el hecho” como nunca visto”, y al que” no se está preparado”.

Estas emociones, concuerdan con los descriptos por Secpal (2011) quienes caracterizan los sentimientos en los primeros momentos como un

estado de shock inicial, con manifestaciones físicas y psíquicas destacando en las últimas tristeza, ansiedad, incredulidad y negación.

El impacto de las muertes violentas de la muestra, se centra en la esfera emocional, no evidenciándose repercusiones de índole físicas.

Con respecto a las víctimas, los relatos más conmovidos fueron en allegados a la V2, expresando tanto en lo verbal como por sus gestos.

“Si sabemos que la muerte de [nombra a la V2] fue el desperdicio más grande que pudo haber” (EAV1FSM42).

“[Secando las lágrimas] Si me sentí quizás no físicamente pero mentalmente traumada y cansada porque como dije anteriormente , (...) era raro, verla a ella y era raro ir a la [nombra el lugar de trabajo de V2 encontraban ...], porque hay una foto de [nombra a la V2] y me causa dolor aun, verla [llora](EAV2SF38).

” Era un amigo y concurría junto a la [nombra la comunidad eclesiástica] claro que me dolió que fuera [refiere el nombre de pila de V2], obviamente si hubiera sido otra persona me hubiera impactado, me hubiera sorprendido, me hubiera dolido por la parte de [refiere el nombre de pila de V 4] obviamente por la familia que perdía, pero [nombre de la V2] como que marcó un antes y un después inclusive en la comunidad” (EAV2FSM46)

1.B A largo plazo

Respecto al impacto del suicidio en el transcurso del tiempo, se analiza desde dos perspectivas; el suicidio (como suceso único) y el suicidio precedido de homicidio.

En los estudios sobre suicidio, existen diferentes lineamientos; uno de ellos propuesto por Andersson (2012), quien refiere que aproximadamente a los dos años de acontecido el suceso, el estigma sobre el suicidio desaparece; no obstante, otros estudios sostienen que impacto puede permanecer un periodo de tiempo prolongado, e incluso en ocasiones se puede transferir a generaciones posteriores.

Por otra parte, para profundizar sobre el suceso de la comunidad en particular, es oportuno recordar lo expuesto por Adinkrah (2014) sobre los sucesos de suicidio y homicidio los cuales “afecta a un mayor número de

personas, pues no solamente se ven afectadas las personas cercanas a la víctima, sino que también lo sufren los allegados de los agresores” (p43).

La recolección de datos de la investigación dista de un lapso de 3 años sobre el HS, los entrevistados presentan matices sobre la percepción del suceso en la actualidad. Algunos manifiestan un silencio profundo, mientras otros los recuerdos son persistentes acompañados por tristeza y dolor.

Unas características respecto a la percepción del suceso, es que los entrevistados no lo vinculan como un hecho producto de violencia de género, siendo analizado en profundidad en próximos párrafos. El HS es visibilizado, por algunos como un suicidio, para otros como un acto criminal y en una minoría como un accidente.

2. Percepción sobre cómo afrontar el suceso HS

En esta dimensión se considera las vivencias de los participantes respecto a su percepción vinculada a cómo afronta el suceso, esto permite aproximarnos a la percepción sobre el SH dado que cuando la muerte acontece de manera inesperada y en forma traumática pueden generar en los sobrevivientes diferentes reacciones.

Los procesos de duelo, en muertes violentas, puede presentar complejidades, junto con potencialmente generar en la comunidad una mirada moral que recrimina el accionar.

El 50 % de la muestra de la investigación refiere tener un familiar o un amigo con antecedentes de intentos de auto eliminación o suicidio. Si bien no se trata de un trabajo con enfoque cuantitativo, la alta prevalencia debería ser un aspecto a profundizar en un estudio de mayor alcance. Una consecuencia posible de esta prevalencia, al menos dentro de la muestra obtenida, es cierta naturalización de este tipo de conductas y por ende, la incapacidad de la comunidad para incidir en ellas.

En esta dimensión, se indagó como aborda el tema en este suceso de HS en particular si lo habla o no, y en caso que mencione dialogar, conocer sobre el contexto y las características de la misma.

El análisis de esta dimensión se sujeta a los relatos resumidos, destacando las disímiles vivencias de la muestra, que abarca desde no hablar, mientras que otros, expresan que al hablarlo se genera una instancia de reflexión y valoración de la vida.

Al profundizar sobre, con quien “habla”, las respuestas tienen a ser más homogéneas y nuclearse en el entorno familiar, e incluso, una minoría expresa sólo realizarlo en ese entorno. Quienes dialogan, la mayoría no utiliza frases especiales, sino por el contrario, expresa hablarlo en forma directa

Subcategoría: Afrontamiento según sexo.

Se indaga, en particular, si ser hombre o mujer influye sobre cómo afrontar las adversidades; los entrevistados en la mayoría expresan no identificar diferencias por sexo.

Si bien, la mayoría de las respuestas fue contundente en negar, aluden a distintos comportamientos de afrontar debido a las fuerzas de cada uno, otros expresan que lo que difiere son las demostraciones del sentimiento.

Por lo expuesto, los casos relevados no permitieron evidenciar esas diferencias, que no era un aspecto principal en el relevamiento y que para concluir sería necesario poder ampliar las personas captadas a través de bolas de nieve.

Kriepner (1999) explica, que cada persona es única y vive el proceso de duelo desde las características de la persona, no aludiendo al género como un factor decisivo en el proceso. El autor reconoce que dependiendo de la afectividad de la persona serán la propuesta de intervención que mejor se adapten. Esto, ha sido expresado en algunos

relatos que aluden a la fuerza de cada uno como mecanismo de ayuda o de la forma en que se expresan las vivencias.

A modo de síntesis, sobre el afrontamiento del suceso, la heterogeneidad de respuestas coincide con el amplio espectro en el cual cada individuo o familiar en carácter de deudo experimenta. No obstante, es pertinente señalar, lo expuesto Jourdan (2001) quien plantea diferencias cualitativas en el proceso de duelo que acontece en el suicidio y las mismas se diferencian al proceso por otras causas de muerte.

3. Factores de riesgo individual y comunitario del HS en el contexto de violencia de género

La violencia basada en género, y en casos de homicidios a mujeres en base a su sexo, se considera la forma más extrema de violencia contra la mujer. Cuando, además, la muerte es producida por parte de sus ex pareja como victimario, es uno de los sucesos que cobra mayor visibilidad en la sociedad.

Sobre los factores de riesgo individual, se reconocen en la V4 los siguientes: ser de sexo masculino (mayor prevalencia), su perfil etario de edad joven, respecto a la distribución geográfica residir en el interior, dispone del acceso a medios para cometer el acto dado que se conocía por parte de la comunidad el manejo y posesión de armas, su estado civil en el marco de una separación que conlleva al aislamiento social.

Como factores de riesgo comunitario, se destaca el estigma, el cual puede configurar una barrera para el acceso a búsqueda de ayuda, acrecentado por las características de la comunidad, pequeña, que todos se conocen, y los atributos de “chismosa”.

Los relatos expresados, tienen el común denominador de no percibir los factores de riesgo individual, (o al menos no se expresa en el manifiesto de las entrevistas), lo cual redundante en invisibiliza el riesgo hacia los hechos violentos, tanto el homicidio, como el suicidio.

Respecto a los factores comunitarios, recordando lo expuesto por Turecki (1999) sobre el HS, el cual se da en ámbito doméstico, describiendo que empieza y termina, la mayor parte de las veces dentro de la casa, y por ello, puede hacer más difícil su visibilidad.

Sobre los riesgos expuestos en el HS, se percibe que los entrevistados no vinculan el suceso en el marco de violencia de género, hecho que coincide con las características descritas por Turecki, de inicio en el ámbito doméstico y se extendió a otros actores que fueron víctimas irreparables.

En los reportes de los actores claves, uno de ellos, connota el hecho como “accidente”, en su relato se evidencia, la subestimación y negación de la violencia de género. También, visibiliza cierta naturalización de los roles asociados al género, reforzados por una micro sociedad conservadora y con influencia de la moral religiosa en las conductas públicas y privadas de las parejas.

Se ejemplifica lo expuesto en uno de los relatos:

“Es imposible, nadie lo podía haber pensado. Si bien [nombra V4], que fue el que causó las muertes, ya había estado en la casa después de la burla, amenazando que los iba a matar. No lo creyeron. Siguieron como burlándose, de qué va matar, ¿qué va a hacer?, Y bueno, ¿y cuando volvió sucedió lo que sucedió o no? Que volvió con el arma de su trabajo, y sucedió, lo que sucedió” (EAV2SF38).

“Pero digo, este, si, el hecho, de que, uno tal vez conociendo como era la situación de lo que les estaba pasando a ellos como pareja, este, uno no esperaba que iba a terminar en un suceso de esto, y las personas al no ser abiertas (...), es imposible saber y cuando las personas son muy cerradas, es complicado, porque si no, uno, quedaría de meterete, de meterse en algo, que tal vez, puede tener la intuición de saberlo, y meterse, uno a veces tiene, el, este, la negación al rechazo, este, porque eso es algo que nos puede pasar, (EACSM45).

Al desconocer o minimizan los factores de riesgos individuales o comunitarios sobre el suicidio – homicidio, junto a la percepción del sistema social actual, el cual, tampoco considera la alta potencialidad lesiva del conflicto doméstico, ambos fenómenos conllevan a no visibilizar la detención precoz del suicidio ni del homicidio.

Dentro de la prevención del suicidio, el rol de la enfermería como disciplina que centra en el cuidado humano. En la conducta suicida, es oportuno lo propuesto por Lehninger, cuyo modelo ofrece un marco de cuidados culturales.

Abordar la conducta suicida como un continuo dentro del espectro suicida, permite, identificar en el fenómeno diferentes fases como ideación, planeación, intentos. Esto posibilita, la posibilidad de detectar en forma temprana señales de alarma o factores de riesgo a nivel individual y comunitario. El PNPS, plantea estas estrategias como prioritarias.

4. Intervenciones para la supervivencia del duelo en diferentes ámbitos.

En esta dimensión se aborda la percepción de haber recibido ayuda extra o intrafamiliar, así como también las consultas de atención efectuadas a personal de salud en el marco de los sucesos a posteriori.

Junto a lo anterior, se releva las propuestas de intervención que considera oportunas para los familiares de las víctimas del HS.

4.1 Intervenciones de ayuda post HS

Respecto al apoyo de los servicios comunitarios o familiares luego del suceso, los entrevistados en su mayoría niegan haber recibido ayuda, por diferentes motivos, no necesitar o haberlo superado por sí mismo. Los que manifestaron haber sido ayudados, destacan que la misma provino desde la comunidad religiosa.

4.2. Intervención del sector sanitario.

Respecto a indagar, si luego del suceso requirió una consulta o intervención con un profesional de la salud, ninguno de los entrevistado realizó una consulta. También es oportuno destacar lo escueto de las respuestas, mayoritariamente con monosílabas.

Esto puede tener diversas interpretaciones, por un lado, contextualizar las barreras al acceso a la salud propuestas por Zalsman, Hawton, Wasserman, van Heeringen, Arensman, Sarchiapone,(2016) p. 45. en el marco de estigma y los tabú, incrementado en los sucesos acontecidos en una comunidad pequeña y de las características descriptas.

Por otro lado, sería necesario conocer el acceso, cobertura del sistema de salud en la comunidad, recursos humanos en salud en la comunidad o referencia del sistema de salud en la zona para realizar un análisis más exhaustivo pudiendo se objetó en marco de otra investigación.

4.3 Sugerencias de intervenciones a implementar a familiares del suceso.

En la mayoría de los relatos, se destaca la necesidad de intervenir a los familiares de las víctimas con ayuda profesional.

Las propuestas nuclean las intervenciones para mitigar el impacto del proceso de duelo y realzan la ayuda en el ámbito emocional, a través de diferentes propuestas como terapia y abordajes psicológicos.

Dentro de las propuestas, se sugieren intervenciones preventivas, como chequeos que permitan visibilizar fenómenos

Las ayudas reconocidas por los actores claves, destacan el dispositivo de violencia doméstica en la comunidad que comenzó a funcionar luego de los sucesos como un ámbito de protección de derechos y de prevención de violencia en todos sus términos.

5. Difusión del suceso por medios de comunicación.

La difusión del suceso, ha sido ampliamente expresado por todos los entrevistados de ambas categorías. Los relatos expuestos en cuadro N°3 junto a lo expresado por los actores claves, concuerdan en la amplia difusión del suceso por múltiples medios.

Claramente en un pueblo donde nunca pasa nada, el volverse repentinamente en noticia de interés nacional, impacta sobre la cotidianidad. En este caso también impacta sobre la forma de vivir el duelo y de interpretar las conductas de las personas implicadas en los hechos, sus familiares y allegados.

Es de interés destacar, el rol de los medios de comunicación en la difusión de los eventos suicidas y en particular cuando su manejo es inapropiado, como por ejemplo exaltando información en cuanto a métodos; siendo reconocido como un factor de riesgo social para la conducta suicida.

Las redes sociales, según los autores Zalsman, Hawton, Wasserman, van Heeringen, Arensman, Sarchiapone, 2016; p. (46) pueden contener información o contenidos vinculados a métodos suicidas, y por tanto puede incrementar el riesgo en personas que padecen una situación de vulnerabilidad.

Es por eso que, uno de los lineamientos que abordan las líneas de prevención sobre la difusión es “como” transmitir la información, para disminuir las exposiciones.

Estas acciones, constituyen lineamientos estratégicos claves en el marco de la prevención de los suicidios.

7.5 Revisión documental

Para la revisión documental se parte de la ficha hemerográfica para sustentar la base documental y sus referencias. Se releva prensa escrita, radial y televisa. La ficha se expone como documento de evidencia en la defensa de la tesis.

Los criterios de selección de los documentos fueron: medios de Uruguay, disponibilidad on line, cuya publicación tenga como finalidad abordar el suceso de HS.

Para proteger la identificación de los mismos, se referencian en la ficha los datos de acceso y se codifican en los relatos los nombres de las víctimas y la localidad para mantener el anonimato del suceso.

MEDIOS DE DIFUSIÓN

RADIO

Se realiza la de grabación de la audición radial de Radio Mundo en perspectiva.

La audición comienza relatando en forma pormenorizada los sucesos, luego se entrevista a un referente de la localidad. De la entrevista se extraen relatos que abordan sobre cómo es la comunidad, el impacto por el HS y referencias sobre el suceso enmarcado como violencia de género.

Características de la comunidad

“(…) algunos lo han sintetizado con el término día de furia, pero pocas veces se ve un comportamiento como el que tuvo en el día de ayer (…)” “Si [nosotros en [nombra la localidad] y al ser un pueblo chico, una localidad chica, somos todos conocidos [“por eso” interviene el periodista], como los pueblos y las zonas del interior que nosotros nos conocemos todos””

Fuente: Radio mundo En Perspectiva datos de acceso en ficha hemerográfica.

Impacto del suceso

Los medios periodísticos, indagan sobre conductas previas del HS, preguntando sobre la pre existencia de rasgos la personalidad que pudiera prever una reacción de esta magnitud. El entrevistado responde lo siguiente:

“No, yo no me lo imaginaba. Y algunos que lo conocían más tampoco pensaba en un gurí, digamos, como nos decimos acá gurí sumamente tranquilo y demás. Lo que pasa que una vez se nos sabre la la la forma de vida de la casa para adentro y demás. Nosotros lo que ayer conversamos después de haber hecho este desastre que hizo este muchacho, eh ninguno de los que conversábamos se podía ver el desenlace de este tipo, [nombra la localidad] la verdad es que está y está conmocionado, no (...). Un helicóptero sobrevolando la zona porque se temía que este muchacho podía aparecer con represalia en busca de la de la que había sido su señora” (...) El momento para nosotros la verdad que muy conmocionado no nos salimos de nuestro asombro”

Fuente: Radio mundo En Perspectiva datos de acceso en ficha hemerográfica.

Violencia de Género

Los relatos que aluden al suceso en el contexto de violencia de género son extraídos de difusión radial, y aportan las siguientes perspectivas:

“Y en el caso, en el caso de [nombra a V4], usted decía no tenía antecedentes de violencia. No sé, no se ha conocido por lo menos que tuviera una denuncia por violencia doméstica formalizada, ¿verdad? Hasta ahora no se ha sabido eso. (...) Lo que veo en la prensa es el que tiene un antecedente de receptación ... pero es que, de violencia doméstica, por lo que ayer se hablaba y que comentábamos no tenía”

Fuente: Radio mundo En Perspectiva datos de acceso en ficha hemerográfica.

Difusión del suceso

Sobre la difusión del suceso y la conmoción en la localidad, expresa:

“El ambiente local, el estado de ánimo de ustedes, golpeados por algo tan pero tan fuerte, tan, pero tan contundente e inesperado como esto que ocurrió ayer y que en realidad todavía, todavía no terminó no. Porque hasta que no localicen el matador siempre va a estar el signo de interrogación sobre cuál puede ser su próximo paso. Eso que usted contaba recién de que ayer en el [nombra lugar de la localidad] había terror había pánico, había la posibilidad de que apareciera y siguiera actuando. Eso ya es suficientemente revelador. Y a esta hora todavía sigue esa sensación.

“Ah, sí, sin duda, sin duda. Porque nosotros no salimos de nuestro asombro. Y ese miedo que en las horas te empieza a correr desde (...) en este momento, hay un despliegue importante en la zona de policía, de gente, de gente especializada en eso, de la gente que vino de Montevideo, la gente de [nombra el Departamento]....

Fuente: Radio mundo En Perspectiva. Datos de acceso en ficha hemerográfica.

Radio Departamental

De una emisión de radio departamental, se extrae lo relatado por el un referente de la zona:

“El jefe de Policía de [nombra el departamento], [nombre del jefe policial], pidió que no se estigmatice a [nombra localidad del suceso], lugar donde ocurrió un doble homicidio y posterior suicidio del matador. “Se está estigmatizando [nombra la localidad] y fue un hecho puntual” (...) Enfatizó en que desde el anonimato de las redes se transita por un camino complejo al que llamó “manoseo de las redes sociales”.

Fuente: Emisión radial 20once. Datos de acceso en ficha hemerográfica.

De información recabada, se confirma la repercusión del suceso con relatos pormenorizados, el alto impacto a nivel de la comunidad vivenciado como catastrófico, y la amplia difusión que el mismo tuvo en redes sociales con opiniones personales hacia el mismo que son consideradas como estigmatizantes.

Otro hecho a destacar, es la amplia cobertura mediática por fuentes periodísticas de distintos lugares del país y sobre todo de Montevideo.

De los relatos expuesto, los medios radiales lo encuadran dentro de un hecho de violencia de género,

Programa Televisivo

Al analizar un programa televisivo de alcance nacional, se extraen los siguientes relatos sobre el suceso, la conmoción a nivel de la comunidad.

“(…) comenzó luego de que un hombre asesinara a su exsuegra y a un policía, en el marco de un caso de violencia doméstica [nombre V4] pretendía agredir a su expareja”. “Frente a esta situación, la población de [nombra la localidad] se mostró dividida. En las redes sociales se pueden leer infinitas posiciones y opiniones sobre todo lo que pasó en torno a este caso. La población de [nombra la localidad], que es pequeña, reaccionó de forma dividida frente a los mensajes que dejó [nombra V4] antes de suicidarse. Hay tres familias muy dañadas. Hay una gran herida en esta localidad que va a demorar en sanar.”

Fuente: Teledoce. Programa Desayunos informales. Datos de acceso en ficha hemerográfica.

Los medios televisivos, reproducen en forma detallada la cronología del hecho y abordan el suceso emergente en el marco de violencia doméstica.

Sobre el impacto a la sociedad en los primeros días, describen quiebre, una brecha en los habitantes de la localidad por posturas, visiones, opiniones y vivencias encontradas respecto al HS.

Nuevamente, se alude la difusión en redes sociales, Los medios televisivos, informan del hecho, como un suceso enmarcado en violencia doméstica, sobre la difusión en las redes destacan la diversidad de opiniones vertidas que califican como “infinitas”. La mirada, remarca, la repercusión en la comunidad, con brechas profundas por el suceso dado que parte de los habitantes de la localidad lo consideran victimario, mientras que otros subrayan el aprecio hacia su persona.

Canal de Televisión.

Programa desayunos informales, se realiza una entrevista a la Vocera de la Coordinadora de Feminismo sobre el suceso, la representante del movimiento expresa que:

“Detrás del doble homicidio perpetrado por [Nombra a la HS] [nombra localidad] hay un móvil de femicidio y eso llevó a registrar el [cifra] de violencia doméstica con desenlace fatal en lo que va del año. (...). El problema tiene que ver con nuestra cultura y con la sociedad en la que vivimos. Responde a una sociedad capitalista de carácter patriarcal: parece trillado, pero es eso. En la división de clases se establecen roles para hombres y mujeres. Y la mujer pasa ser como un objeto de propiedad privada. La Coordinadora son diversos colectivos que se juntan para salir a la calle, cada una con su consigna y su cartelito con aquello que considera importante transmitir.

Fuente. Teledoce. Desayunos informales. Nueva alerta feminista ante el homicidio de [nombra la localidad] Datos de acceso en ficha hemerográfica.

□

Los medios televisivos subrayan el suceso, enmarcado a violencia de género. Desde organizaciones especializadas en violencia, se cataloga como “femicidio” y hacen un llamado a la sociedad actual, a abordar el tema como emergente e impostergable, y en la cual es imprescindible implementar estrategias preventivas.

Intervención en comunidad a largo plazo

A menos de un año del suceso, en la localidad se inauguran dispositivos comunitarios especializados en violencia de género.

Se extraen relatos periodísticos que señalan el aumento de casos reportados en la localidad luego del suceso.

“Ocho meses después del doble homicidio, se inauguró en [nombra la localidad] una unidad especializada en violencia doméstica y de género. La unidad que atenderá casos de violencia doméstica y de género en tiene como particularidad ser la primera que cuenta con nombre”

“En ese momento no existía una unidad en [nombra la localidad] que atendiera este tipo de casos, pero el aumento de denuncias por violencia doméstica y el trágico caso que conmocionó a esta localidad hicieron que el Ministerio del Interior instalara una unidad allí”.

“A partir de allí [nombra la localidad] se dividió: vecinos, amigos y comerciantes que conocían al doble homicida mostraron su apoyo a él y su familia. Incluso algunos comercios del lugar cerraron en señal de duelo, algo que no hicieron por la muerte de sus dos víctimas. [nombra la localidad] no estaba preparado para un caso de estas dimensiones. Eso hizo que se articulara de apuro una red de contención de la que participaban Fiscalía, INAU, ASSE y la Intendencia de [nombra el Departamento] para contener a las tres familias que debían convivir a pocas cuadras de distancia en medio de la tragedia.

Fuente Programa informativo de Televisión Teledoce.

La división de la comunidad luego del hecho, emerge aún a casi un año del hecho, por lo cual, se implementa desde organizaciones estatales y municipales redes de contención a las familias damnificadas en forma directa.

Las características de una comunidad pequeña, características influye, dado que la cercanía entre los familiares es considerada como un evento perjudicial.

Artículo de diario digital.

Desde la mirada de organizaciones referentes en violencia domésticas, y posturas feministas, encuadran el suceso con una mirada desde la sociedad actual, destacan el compromiso necesario de todos los actores sociales, para afrontar un tema de política pública para abordar en forma multidimensional una compleja problemática.

Se expone lo difundido:

“Hay un pueblo sorprendido porque [V4] era un buen tipo. No tengan dudas de que[V4] era un tipo absolutamente funcional en sociedad, como son todos los varones que ejercen violencia de género. (...) Pero la noticia es que hay un pueblo que lo llora. (...). Hay un pueblo que le echa la culpa a [V3] por haber terminado la relación. Hay un pueblo que no reconoce que [V3] perdió a su madre (...)
“Y ahí es donde volvemos a entrar nosotros, los que producimos relatos, que hoy en día somos casi todos, porque los canales para hacerlo caben en un celular”.
“La violencia de género merece un abordaje urgente. La ley integral de violencia basada en género es muy completa, pero si no tiene presupuesto, no sirve para nada. Como ya hemos visto, tampoco alcanza con las medidas judiciales ni con la protección de la Policía. El Estado tiene una enorme cuota de responsabilidad en todo esto.”

Fuente. La Diaria. Feminismos. No era tuya. Datos de acceso

A modo de síntesis, los medios de prensa radial, televisivo, escrito efectuaron una amplia cobertura del suceso.

En todo el relato se realizó en forma exhaustiva, describiendo en forma pormenorizada el suceso.

La difusión en redes sociales y la presencia de conflictos por divergencia de opiniones entre los usuarios de las redes, se remarcó en varias fuentes.

Un común denominador, fue catalogar el suceso como violencia de género en el contexto de violencia doméstica.

□

8. CONCLUSIONES

Para concluir, apelamos a responder las preguntas que plantea la investigación; por medio del estudio de caso, nos aproximamos a describir y analizar las particularidades del doble homicidio seguido de suicidio, y su impacto a individual, familiar y comunitario en una localidad de menos de 3000 habitantes.

Del análisis de las entrevistas realizadas junto a las fuentes documentales relevadas, se subraya el profundo impacto en la comunidad, que aún a tres años del suceso se percibe como divida por diferentes posturas persistentes sobre los hechos. Para algunos locatarios es un suceso de violencia de género, para otros un accidente y para otros un hecho puntual; lo cual redundo en que la percepción sigue siendo la de la fatalidad, la tragedia, el evento aislado e imprevisible.

La investigación aborda el suceso del HS como un hecho social, en el cual intervienen factores biológicos, psicológicos y socioculturales y esto posibilita abordar el fenómeno desde su complejidad.

Comprender la conducta suicida como un continuo dentro de un espectro permite identificar diferentes fases como ideación, planeación, intentos y junto a esto detectar en forma temprana señales de alarma o factores de riesgo a nivel individual y colectivo.

La disciplina enfermería centrada en el cuidado humano, individual y colectivo, conforma un pilar fundamental dentro del equipo sanitario para la prevención y la atención en la posvención a los supervivientes a corto y largo plazo.

Dentro de las dimensiones estudiadas, la difusión del suceso por los medios de comunicación y redes explicitan la exposición y nos aproxima a la representación social del suicidio, con matices de estigma, generando debates y cuestionamientos implícitos de moralidad.

Una descripción aparte, es necesario para reseñar a la violencia doméstica, aún negada o invisibilizada, pese a que en nuestro país representa un grave problema. La legislación actual, sustentada por la Ley 17.514 declara de alto interés la prevención y la detección temprana, no obstante, se dificulta su abordaje. Sin duda, es necesario concientizar a la sociedad, dando visibilidad a la violencia de género desde las políticas públicas.

Desde los resultados expuestos, se contribuye a comprender un proceso complejo, emergente de una problemática en nuestro país de alta prevalencia como es el suicidio y homicidio en el contexto de violencia doméstica.

BIBLIOGRAFÍA

Arias, F (2012) El Proyecto de Investigación. Editorial Episteme. Caracas.

Adinkrah, M. (2003). Homicide-Suicides in Fiji: Offense Patterns, Situational Factors and Sociocultural Contexts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (1), 65-73.

Almendro, M.T. (2012). Psicoterapias. Manual CEDE de Preparación PIR, 06. CEDE: Madrid

Andersson, L. (2012). Afrontando la realidad del suicidio. Orientaciones para su prevención. Madrid, España.

Acinas P. (2012). Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia para la Sociedad Española, Vol. 2 (2012) n° 1, denominado: "Duelo en Situaciones Especiales: Suicidio, Desaparecidos, Muerte Traumática".

Álvarez-Gayou, (2005). Como Hacer Investigación Cualitativa. México.

Abagnano, Nicola (1963). Diccionario de Filosofía. México: Fondo de Cultura Económica.

Bruger, Walter (1972). Diccionario de Filosofía. España: Herder.

Echeverri, Martínez (1998). Diccionario de Filosofía. Santa fe de Bogotá: Panamericana

Barreto P, Soler MC (2007). Muerte y Duelo. Madrid: Editorial Síntesis.

Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner C. Nursing Interventions Classification (NIC): Nursing Interventions Classification (NIC). 2013. 608 p

Baldessarini RJ, Hennen J. Genetics of suicide: an overview. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2004 [cited 2016 Dec 7];12(1):1–13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14965851>

Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ. Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. *Am J Psychiatry*. 2016:1094–100. Available from: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>

Bossarte, R. M., Simon, T. R., & Barker, L. (2006). Characteristics of homicide followed by suicide incidents in multiple states, 2003-04. *Injury Prevention*, 12(2), 33-39

Baxter D, Appleby L. Case register study of suicide risk in mental disorders. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2016 Oct. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10789297>

Correa H.; Pérez Barrero (2006).- El suicidio: una muerte evitable. Editora Atheneu. Brasil.

Durkheim, Émile. (2008). *El Suicidio*. Ed. Akal. España.

Dubugras, S. & Guevara, B.S. (2007). Homicidio seguido de Suicidio *Universidad de Psicología de Bogotá*, 6 (51), 231-244

Deane WH, Fain JA. Incorporating Peplau's Theory of Interpersonal Relations to Promote Holistic Communication Between Older Adults and Nursing Students. *J Holist Nurs* [Internet]. 2016 Mar. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25854267>

Eguiluz, Luz de Lourdes, Córdova, Martha y Rosales, José Carlos (2010). *Ante el Suicidio, su Comprensión y Tratamiento*. Editorial Pax México.

Ellenbogen & Gratton, (2001) Do they suffer more? reflections on research comparing suicide survivors to other survivors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.

Friedman y Kohn, (2008). El proceso del Duelo por Suicidio Familiar, Editorial San Jorge. Bogota. Colombia.

García-Viniegras y Pérez-Cernuda, (2012). Duelo ante la muerte por Suicidio. Editorial San Luis. España.

Gómez Sancho M. (2007). La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto. 2ªed. Madrid.

Garciandía Imaz, J. A. (2013). Familia, suicidio y duelo. Revista Colombiana de Psiquiatría.

Gómez C. (2014). Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología.

Gesi C, Carmassi C, Miniati M, Benvenuti A, Massimetti G, Dell'Osso L. Psychotic spectrum symptoms across the lifespan are related to lifetime suicidality among 147 patients with bipolar I or major depressive disorder. *Ann Gen Psychiatry* [Internet]. 2016. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27330540>

Gordon M. Diagnósticos de Enfermería (2015). Definición y formulación. (Nanda 1990):1–4.

González DL. (2006) Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gaz Antropol.* 22:1–14.

Hawton K, van Heeringen K. Suicide 2016. [Internet]. Vol. 373, *The Lancet*. Elsevier; 2009 [cited 2016 Dec 7]. p. 1372–81. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19376453>

Houck, J. A. (2007). A comparison of grief reactions in cancer, HIV/AIDS, and suicide bereavement. *Journal of HIV/AIDS & Social Services*, 6(3), 97-112, doi: 10.1300/J187v06n03_07

Herdman H. NANDA International, Inc. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification 2015-2017. Tenth Edit. T. Heather Herdman, PhD, RN F and, Shigemi Kamitsuru, PhD, RN F, editors. 2014.

Jaiswal S, Faye A, Gore S, Shah H, Kamath R. Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. J Postgrad Med [Internet]. 2016. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27089109>

Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL. Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. Int J Nurs Terminol Classif [Internet]. 2006 Jul; 17(3):129–38. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17117929>

Lacasta Reverte (2010). La Biblioterapia en duelo. Medicina Paliativa.

López, C., Núñez, J. (2009), Trastornos asociados a la criminalidad y al Suicidio. Barcelona, España.

Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B. Religion and suicide risk: a systematic review. Arch suicide Res. 2015 Jan 2 ;ePub(ePub):ePub-ePub. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2015.1004494>

Lee, C. (1995). La muerte de los seres queridos: Cómo afrontarla y superarla. Barcelona.

Mieles, Barrera (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social.

Morton MJ. Prediction of repetition of parasuicide: with special reference to unemployment. Int J Soc Psychiatry [Internet]. 2003 [cited 2016 Dec 8];39(2):87–99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8340216>

Marzuk, P. M., Tardiff, K., & Hirsch, C. S. (2010). The Epidemiology of Murder-Suicide. *Journal of the American Medical Association*, 267(23), 3179–3183.

McMenamy, Jordan y Mitchell (2008). Suicide And Life-Threatening Behavior. Volume 38, Number 4.

Montoya, J. (2003). *Guía para el Duelo*. Medellín: Editorial Piloto.

Méndez Álvarez (2000) *Paradigmas y Métodos de la Investigación*. Editorial Episteme.

Melorose J, Perroy R, Careas S. Textbook of Cultural Psychiatry. *Statew Agric L Use Baseline 2015* [Internet]. 2015 [cited 2016 Dec 6];1:179–90. Available from: www.cambridge.org

Ministerio de Salud Pública. Programa de prevención de la conducta suicida en República Dominicana. 2014; 2014:17

Moorhead S. *Nursing outcomes classification (NOC) : measurement of health outcomes*. Elsevier/Mosby; 2013. 751 p.

Neimeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Barcelona: Paidós.

NANDA Internacional I. Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación [Internet]. NANDA-NOC-NIC. 2015 [cited 2016 Nov 12]. 53-55 p. Available from: http://www.educa.es/pdf/CONCEPTOS_TEORICOS_NANDA_2015

O'Connor RC, Nock MK. The psychology of suicidal behaviour [Internet]. Vol. 1, *The Lancet Psychiatry*. 2014 [cited 2016 Dec 6]. p. 73–85. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26360404>

OMS Organización Mundial de la Salud (1969) *Prevención del suicidio*. Ginebra.

OMS Organización Mundial de la Salud (1976) El suicidio y los intentos de suicidio.

OMS. Organización Mundial de la Salud. (2000). Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf

OMS. Prevención del suicidio: un imperativo global 2014: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/136083/1/9789275318508_spa.pdf?ua=1

OECD. Suicides. In: OECD Factbook [Internet]. Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD); 2013 [cited 2017 Mar 3]. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/oecd-factbook-2013/suicides_factbook-2013-97

Östman M, Kjellin L. Stigma by association. Psychological factors in relatives of people with mental illness. *Br J Psychiatry*. 2002;181(DEC.):494–8

Pérez y Mosquera (2006). El suicidio. Prevención y Manejo. Ediciones Pléyades. España.

Pérez Barrero (2010). El duelo por un suicida. Características y manejo. Conferencia Sección de Suicidiología de la Sociedad Cubana de Psiquiatría. La Habana: Consejo Nacional de Sociedades Científicas. Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Prado, M.L., Souza, M.L., Monticelli, M., Cometto, M.C. & Gómez, P.F. (2013). Investigación cualitativa en enfermería: metodología y didáctica. Washington: OPS.

Puntill C, York J, Limandri B, Greene P, Arauz E, Hobbs D. Competency-based training for PMH nurse generalists: inpatient intervention and prevention of suicide. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2013 Jul; 19(4):205–10. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1078390313496275>

Pritchard y Hean, (2008). Aspectos conductuales de la intervención en crisis. En *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*.

Payás, A. (2010). *Las tareas del duelo: psicoterapia de duelo desde un modelo integrativo-relacional*. Barcelona, España: Paidós.

Pimienta y de la Orden (2017), *Metodología de la Investigación*. Pearson Educación. México.

Ramos, M. (2013), Tesis doctoral: “El Duelo por Suicidio. Análisis del Discurso de Familiares y de Profesionales de Salud Mental“, en la Universidad de Granada.

Romero G, Flores E, Cárdenas P, Ostiguin R. Análisis de las bases teóricas del modelo de sistemas de Betty Neuman. *Rev Enfermería Univ* [Internet]. 2007 [cited 2017 Jan. Available from: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/viewFile/30301/28146>

Rincón (2016), Tesis de grado: “Duelo de Muerte por Suicidio Analizado desde una Perspectiva Antropológica”, en la Universidad de México.

Reynolds W. Peplau’s theory in practice. *Nurs Sci Q* [Internet]. 2017;10(4):168–70. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9416117>

Sisask M, Värnik A, Kõlves K, Konstabel K, Wasserman D, Varnik A, et al. Subjective psychological well-being (WHO-5) in assessment of the severity of suicide attempt. *Nord J Psychiatry*. 2008. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18846444>

Sisask M, Varnik A, Kolves K, Bertolote JM, Bolhari J, Botega NJ, et al. Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. Arch Suicide Res [Internet]. 2010. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13811110903479052>

Siles González J, Cibanal Juan L, Vizcaya Moreno MF, Solano Ruiz MDC, García Hernández E, Gabaldón Bravo EM. De la custodia a los cuidados: una perspectiva histórica de la enfermería en salud mental. 2001;27–33. Available from: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/5050>

Santa Paella y Feliberto Martins (2010), Metodologías de la Investigación.

SECPAL (2011). Atención al Duelo en Cuidados Paliativos: Guía Clínica y Protocolos de Actuación.

Soler Sáiz y Jordá Carreres. (2006). El Duelo: Manejo y Prevención de Complicaciones. Medicina Paliativa.

Sabino C. (2009). El proceso de la Investigación. Editorial Panapo.

Silverman MM. The Language of Suicidology. Suicide Life-Threatening Behav [Internet]. 2016 Oct [cited 2016 Nov 23];36(5):519–32. Available from: <http://www.atypon-link.com/GPI/doi/abs/10.1521/suli.2006.36.5.519>

Sherwin B.Nuland. Como morimos: Reflexiones sobre el último capítulo de la vida. Madrid: Alianza Editorial; 1993. 260 p.

Turecki, G. (1999). O Suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo agressivo. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21 (2), 34-43.

Valles, Miguel (2002), Entrevistas Cualitativas. Primera Edición. CIS.

Vasilachis De Gialdino, Irene. (2006). Estrategias de investigación Cualitativa. Primera Edición. Gedisa Editorial.

Vignolo, Julio (2004). Estudio del suicidio en Uruguay. Período 1887 - 2000 y Análisis epidemiológico del año 2000. (Mimeo). Montevideo.

Worden, J. William. (2002) El tratamiento del duelo: asesoramiento y terapia. Barcelona: Paidós.

Worden, J. William (2013) El Tratamiento del Duelo, Editorial Paidós Ibérica.

Worden, J. William (2013) El Tratamiento del Duelo: Asesoramiento Psicológico y Terapia. Editorial Paidós Ibérica.

Wasserman, S. (2005). Superación del duelo en víctimas de delitos violentos. En L Nomen (coord.) Tratando el proceso de duelo y de morir. Madrid: Pirámide.

Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, et al. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. Vol. 27, European Psychiatry. 2012. p. 129–41

Wasserman D, Wasserman C. Oxford Medicine Online Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. Wasserman D, Wasserman C, editors. 2011. Available from: <http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198570059.001.0001/med-9780198570059>

Walsh S, Clayton R, Liu L, Hodges S. Divergence in contributing factors for suicide among men and women in Kentucky: recommendations to raise public awareness. Public Health Rep [Internet]. 2009. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19894429>

WFMH. A Family Guide to Facing and Reducing the Risks Mental Illness and suicide [Internet]. 2010. Available from: https://www.academia.edu/11245516/A_Family_Guide_to_Facing_and_Reducing_the_Risks

Watkins M. Virginia Henderson's contribution to nursing. J Clin Nurs [Internet]. 1996 Jul. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8718051>

Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies [Internet]. Vol. 13, Environmental Health and Preventive Medicine. Springer; 2008 Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19568911>

Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. The Lancet Psychiatry. 2016;3(7):646–59

APÉNDICE I



Universidad de la República.
Facultad de Enfermería



INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE.

Familiares y allegados de las víctimas del homicidio-suicidio

Quien suscribe, Licenciado en Enfermería Diego López, estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República Centro de Posgrado Plan Maestría-Departamento de Enfermería en Salud Mental invita a usted a participar de la investigación que pretende conocer el impacto emocional a nivel individual, familiar y comunitario frente al proceso de duelo en las situaciones ocasionadas por los homicidios y posterior suicidio.

La finalidad de la investigación es contribuir a la elaboración de estrategias de prevención a nivel comunitario y de política pública.

Si usted accede a participar voluntariamente, se le realizará una entrevista grabada de aproximadamente 40 minutos. La participación en la entrevista no conlleva riesgos para su salud, pero puede implicar revivir situaciones con una fuerte carga emocional, por lo cual si usted lo requiere se le derivará a un profesional.

Su participación no le genera un beneficio directo o derecho a remuneración, pero estará contribuyendo al desarrollo de estrategias de prevención beneficiando indirectamente a su comunidad y otras.

La información que usted brinde será confidencial y tratada de manera anónima apareciendo en todo registro de manera codificada.

El/la entrevistado/a responderá preguntas en forma espontánea, y podrá desistir de participar en cualquier momento, sin prejuicio alguno. Los resultados estarán a disposición de los participantes una vez completado el

Fecha

Participante:

Investigador

Firma _____

Firma _____

Aclaración _____

Aclaración _____

Teléfono celular _____

1. Vía para el participante
2. Vía para el investigador

APÉNDICE II



Universidad de la República.
Facultad de Enfermería.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Familiares y allegados de las víctimas del homicidio-suicidio

Yo _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Diego López, C.I. No. 2.627.108-9.

Manifiesto que he recibido información sobre los objetivos de la investigación, hice todas las preguntas y me han sido respondidas, conozco mis riesgos y beneficios, así como también que la entrevista será grabada.

Se me informó que la información brindada será confidencial y los datos personales se tratarán anónimamente y que no percibiré retribución económica por la participación.

También he sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio para mi persona.

Fecha

Participante:

Investigador

Firma _____

Firma _____

Aclaración _____

Aclaración _____

Teléfono celular _____

- 1.Vía para el participante
2. Vía para el investigador

APÉNDICE III



Universidad de la República.
Facultad de Enfermería



INFORMACIÓN AL PARTICIPANTE

Actores claves

Quien suscribe, Licenciado en Enfermería Diego López, estudiante de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República Centro de Posgrado Plan Maestría-Departamento de Enfermería en Salud Mental invita a usted a participar de la investigación que pretende conocer el impacto emocional a nivel individual, familiar y comunitario frente al proceso de duelo en las situaciones ocasionadas por los homicidios y posterior suicidio.

Para la investigación se realizarán entrevista a los actores claves con el fin de ubicar la huella psicosocial, de manera que permita trabajar en varios contextos para contribuir en la elaboración de estrategias de prevención a nivel comunitario y de política pública.

Si usted accede a participar voluntariamente, se le realizará una entrevista grabada de aproximadamente 40 minutos. La participación en la entrevista no conlleva riesgos para su salud, pero puede implicar revivir situaciones con una fuerte carga emocional.

Su participación no le genera un beneficio directo o derecho a remuneración a usted ni a la empresa u organización en la que se desempeña, pero estará contribuyendo al desarrollo de estrategias de prevención beneficiando indirectamente a su comunidad y otras.

La información que usted brinde será confidencial y tratada de manera anónima apareciendo en todo registro de manera codificada.

El/la entrevistado/a responderá preguntas en forma espontánea, y podrá desistir de participar en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Los resultados estarán a disposición de los participantes una vez completado el estudio.

Fecha

Participante:

Investigador

Firma _____

Firma _____

Aclaración _____

Aclaración _____

Teléfono celular _____

1. Vía para el participante
2. Vía para el investigador

APÉNDICE IV



Universidad de la República.

Facultad de Enfermería.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Actores claves

Yo _____, acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Diego López, C.I. No. XXXXXXXX. Manifiesto que he recibido información sobre los objetivos de la investigación, hice todas las preguntas y me han sido respondidas, conozco mis riesgos y beneficios, así como también que la entrevista será grabada.

Se me informó que la información brindada será confidencial y los datos personales se tratarán anónimamente y que no percibiré retribución económica por la participación.

También he sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio para mi persona.

Fecha

Participante:

Investigador

Firma _____

Firma _____

Aclaración _____

Aclaración _____

Teléfono celular _____

1. Vía para el participante
2. Vía para el investigador

APÉNDICE V

Nota Aval de Comité de Ética de la Investigación.



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Montevideo, 30 de agosto de 2021

De: Comité de Ética de la Investigación.

A: Lic. Diego López

El Comité de Ética de la investigación ha recibido las enmiendas del Protocolo: “Análisis de duelo por el homicidio-suicidio, en el contexto de violencia de género en una comunidad de menos de 3000 habitantes”.

Este Comité aprueba el Protocolo para su instrumentación.

Por el Comité de ética de la Investigación de la Facultad de Enfermería

Prof. Mg. Inés Umpiérrez

APENDICE VI

PAUTAS PARA LA ENTREVISTA:

Familiares y allegados a las víctimas del homicidio -suicidio.

Si considera, vamos a comenzar con preguntas sobre usted y la comunidad:

- ▯ ¿Dónde nació?
- ▯ ¿a qué se dedica?
- ▯ ¿Cómo es su comunidad?

(a) Percepción sobre el homicidio-suicidio en carácter de según corresponda: familiar o allegado

¿En su familia hay antecedentes de intentos de auto eliminación o suicido?

¿y entre sus amigos o conocidos?

(b) Características de la convivencia familiar y vinculación afectiva

Respeto a su vínculo qué relación tenía y con él/ella (categorías de parentesco o allegado víctimas del homicidio -suicidio)

¿y con el resto de la familia?

(c) Proceso del duelo

Ahora vamos a hablar de aspectos o emociones que pueden resultarle movilizante, nos centraremos en recordar cómo lo vivenció.

Se recuerda que de ser necesario interrumpir la entrevista sólo tiene que expresarlo. Tómese el tiempo que quiera para contestar

¿Cómo se enteró de lo sucedido?

¿Qué hizo los días inmediatos al homicidio/suicidio?

¿Recuerda cómo lo vivió a las semanas y meses más tarde?

¿Tuvo alguna enfermedad física o consulta luego del suceso?

¿Cambiaron sus costumbres habituales? ¿Si fue así, quiere detallarnos situación?

Si el fallecimiento hubiese sido por otra causa, ¿cambiaría en algo su vivencia?

¿Qué recuerdo tiene más frecuente?

¿Cómo contribuyó el tiempo en sus emociones?

¿Hablar de lo que pasó con alguien: con su familia, con algún amigo/a lo/la ayuda?

Evita hablar de algún tema o emplear algunas palabras “especiales” y su familia, ¿lo hace?

Si habla de “su familiar” o “allegado”: ¿lo hace con respecto a situaciones que tengan que ver con su vida o cuando se habla de él/ella es para recordar su fallecimiento?

¿Qué considera que lo ayudado a sobreponerte ante este suceso?

¿El ser hombre /mujer influye en su forma de afrontamiento ante la adversidad?

(d) Apoyo intra y extrafamiliar:

¿Alguien le ayudó a sobrellevar lo sucedido?

¿Recurrió a la atención de un profesional de la salud?

¿Cómo considera que es oportuno intervenir para ayudar a las familias que tengan este tipo de sucesos en el proceso de duelo?

¿Desea expresar algo más? O realizar alguna pregunta

Agradecimiento y Cierre de la Entrevista

APÉNDICE F
PAUTAS PARA LA ENTREVISTA

Actores claves

Si considera, vamos a comenzar con preguntas sobre usted y su rol en la comunidad:

- ▣ ¿Dónde nació?
- ▣ ¿a qué se dedica?
- ▣ ¿Cómo es su comunidad?

Respecto al suceso sobre el homicidio-suicidio

¿Qué participación tuvo en relación a las diferentes víctimas y al suceso?

¿Con que fuentes de información disponía?

¿Usted conoce antecedentes de situaciones similares o experiencias previas en esa comunidad?

Respecto a la huella psicosocial

¿Cuál es su percepción de la situación en ese momento?

Para usted ¿Qué huella psicosocial persiste hasta el momento actual?

Podría describir ¿Como valora su participación en función de su rol como actor clave a nivel comunitario y que aprendizaje del suceso reconoce?

A modo de cierre

¿Qué conocimiento tiene de medidas de prevención que se hayan tomado en la comunidad tanto de organizaciones sociales o estatales?

Desea expresar algo más O realizar alguna pregunta

Agradecimiento y Cierre de la Entrevista

APÉNDICE G

FICHA HEMEROGRAFICA

Los datos sobre revisión documental expuesta en punto 7.5 registrados en ficha hemerográfica será presentados el día de la defensa de la tesis.

Matriz: DATOS DEL REGISTRO								
Ficha Hemerográfica								
	Título Publicación	Director /Editor	Periodicidad	Lugar de edición	Fecha d/m/a	Sección	No. página	Medios en línea: Fuente Sitio/fecha o si es impreso
Revistas	Duelo en Situaciones Especiales: Suicidio, Desaparecidos, Muerte Traumática	Revista Digital para la Sociedad Española, Vol. 2 n° 1,	Semestral	España	2012	Medicina Psicosomática y Psicoterapia	10	Impreso
	Genetics of suicide: an overview	Baldessarini RJ, Hennen J.			2004	Rev Psychiatry [Internet].	8	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14965851
Periódicos	-	-	-	-	-	-	-	-

Datos documentales

Medios en línea	Autor	Fecha	Título	Fuente	Sitio	Fecha consulta
Publicaciones en redes sociales	-	-	-	-	-	-
Páginas web	Bostwick JM, Pabbati C, Geske JR, McKean AJ.	2016	Suicide Attempt as a Risk Factor for Completed Suicide: Even More Lethal Than We Knew. Am J Psychiatry.	Internet	http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2016.15070854	Dic. 2019
	Baxter D, Appleby L.	2016	Case register study of suicide risk in mental disorders. Br J Psychiatry	Internet	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10789297	Nov. 2019
	Gesi C, Carmassi C, Miniati M, Benvenuti A, Massimetti G, Dell'Osso L.	2016	Psychotic spectrum symptoms across the lifespan are related to lifetime suicidality among 147 patients with bipolar I or major depressive disorder.	Internet	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27330540	Oct. 2019
	Hawton K, van Heeringen K	2016	Suicide 2016	Internet	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19376453	Oct. 2019
	Jaiswal S, Faye A, Gore S, Shah H, Kamath R	2016	Stressful life events, hopelessness, and suicidal intent in patients admitted with attempted suicide in a tertiary care general hospital. J Postgrad Med	Internet	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27089109	Dic. 2019
	Kautz DD, Kuiper R, Pesut DJ, Williams RL	2006	Using NANDA, NIC, and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model. Int J Nurs Terminol Classif	Internet	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17117929	Oct 2019
	Lawrence RE, Oquendo MA, Stanley B	2015	Religion and suicide risk: a systematic review	Internet	http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13811118.2015.1004494	Oct. 2019
	NANDA Internacional I	2015	Diagnósticos enfermeros: definición y	Internet	http://www.educsa.es/pdf/	Dic. 2019