



San José
JUNTA DEPARTAMENTAL

CUARTO PERÍODO ORDINARIO

XLVIII LEGISLATURA

ACTA 155

17 de julio de 2018

SESIÓN EXTRAORDINARIA

◆ **ASISTENCIA**

En la ciudad de San José de Mayo, el diecisiete de julio de dos mil dieciocho, a las veinte horas y cincuenta minutos, se reúne la Junta Departamental de San José, en sesión **EXTRAORDINARIA**, bajo la presidencia del señor Edil

Pablo García
Primer Vicepresidente

Ediles titulares: Juan Martín Álvarez, Danilo Del Curti, Héctor Silvera, Alejandro Diansi, Diego Mariño, Adriana Etchegoimberry, Mario Guerra, Reinaldo Díaz, Javier Páez, Alghero Giroldi, José María Reyes, Carlos Rodríguez, Susana Gásperi, Juan Carlos Acosta, Manuel Larrea, Matías Laca, Luis Senattore, Efraín Soto, Mariana De Los Santos, Pablo García, Florencia Arias, Daniel Jara y Mirta Serena.

Faltan los señores Ediles: con aviso, Danilo Vassallo, Lilián Zepa, Alfredo D'Andrea, Angelo Panzardi, Gastón Camy, Javier Gutiérrez, y Ana Gabriela Fernández; **sin aviso,** Germán González; **con licencia,** Carlos Amonte, Raúl Andiarena, Bettina Cerdeña, Luisiana Peraza, Juan Carlos Alfaro y Gonzalo Travieso.

Asisten como invitadas: las señoras Silvia Peláez, María José Di Agosto, Viviana Bula y Lía Matos.

Actúan en Secretaría el Secretario General Andrés Pinaluba y la Secretaria Sofía Belsterli.

Taquígrafos en Sala: Imanol Pereira y Martín Rodríguez. **Jefa Subrogante del Cuerpo de Taquígrafos:** Ana María Valerio Bergamaschi.

Esta convocatoria corresponde al Repartido n.º 155/2018.

◆ **COMIENZA LA SESIÓN**

SEÑOR PRESIDENTE. Habiendo número en Sala, comienza la sesión.

(Es la hora 20:50).

◆ **ASUNTOS A TRATAR**

SEÑOR PRESIDENTE. Pasamos al único capítulo del orden del día: **Asuntos a tratar.**

Léase por Secretaria el orden del día.

(Se lee).

Reconocimiento a la Doctora Silvia Peláez por su compromiso en la prevención del suicidio.

SEÑOR PRESIDENTE. Por Secretaría se dará lectura a una adhesión que se ha hecho llegar a la Mesa.

(Se lee).

San José de Mayo, 17 de julio de 2018

*Señor Presidente de la Junta Departamental
Edil Gastón Camy*

De mi mayor consideración:

En el marco del Día Nacional para la Prevención del Suicidio el Edil abajo firmante excusa su asistencia a la sesión extraordinaria a celebrarse en el día de la fecha por haber contraído compromisos con anterioridad y le envía un saludo especial a la doctora Silvia Peláez por su loable tarea en una temática tan importante para nuestro departamento y el país.

Angelo Panzardi
Edil del Partido Nacional

EDIL DIEGO MARIÑO. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Mariño.

EDIL DIEGO MARIÑO. Muchas gracias, señor Presidente.

Nos gustaría mencionar que hoy es el Día Nacional para la Prevención del Suicidio, lo que fue dispuesto por la Ley n.º 18097, promovida a instancias de la ONG Último Recurso. En ese sentido, quisiera aclarar a qué se debe esta convocatoria, ya que esta se hace dentro del marco de la moción que fue votada en la sesión del 30 de abril del 2018, con el objetivo de reconocer el trabajo realizado por la ONG Último Recurso organización, que desde 1989 viene desarrollando una tarea sumamente importante para la prevención del suicidio. Fundamentalmente el reconocimiento es para la doctora Silvia Peláez, psiquiatra especializada en suicidología, directora de la ONG, y en ella a todo su equipo. Les agradecemos su presencia en este día tan especial.

También quisiera recordar que otra de las razones que motivó esta convocatoria, que fue el cierre de la línea de atención telefónica el día 18 de marzo de este año, que era la única que existía con ese fin, que funcionaba las veinticuatro horas del día, los trescientos sesenta y cinco días del año, para atender situaciones de riesgo en relación al suicidio.

El 24 de marzo, se instrumentó una línea telefónica provisoria por parte de ASSE, y sabemos que hoy, Día Nacional para la Prevención del Suicidio, se inauguró una línea telefónica definitiva en el marco del Ministerio de Salud Pública.

En aquella oportunidad, no solo destacábamos el funcionamiento de la línea telefónica que estaba dejando de funcionar, sino que también resaltábamos el trabajo que realizaba —y que sigue realizando— esta ONG, con múltiple cantidad de proyectos en ciudades y puntos neurálgicos del Uruguay, donde las tasas de suicidio son muy altas. Se trabajaba con grupos conformados por personas que habían pasado por situaciones de este tipo, se hacía innumerables cantidad de talleres, se trabajaba con los medios de prensa, vertiendo información recabada a lo largo de estos treinta años, que entendemos es de suma importancia para poder continuar trabajando en la problemática del suicidio y, de alguna manera, influir en los números que año a año tenemos, lo que el propio Ministerio de Salud Pública reconoce que es muy difícil de lograr. En este sentido, la meta que se ha trazado a nivel país es reducir para el año 2020 un diez por ciento la tasa de suicidios.

Antes de que se le conceda el uso de la palabra

a la doctora Peláez y a todo su equipo, me gustaría hacer mención a una serie de datos que publicó el Ministerio de Salud Pública, sumamente preocupantes en cuanto a nuestro departamento.

En el último registro de datos que pudimos obtener por internet por departamento, lo cual no es fácil, puesto que no abundan y, además, no están presentados con mucha claridad, relativo al año 2015, ubicaban a nuestro departamento en la mitad de la tabla, por así decirlo, con una tasa de veintitres suicidios por cada cien mil habitantes.

Sin embargo, los datos a los que hacía referencia anteriormente, publicados por el Ministerio de Salud Pública, muestran a San José en segundo lugar a nivel país, con una tasa de treinta y tres como setenta y cuatro por cada 100.000 habitantes. El número uno de la lista lo ocupa, desde hace ya muchos años, el departamento de Rocha, con casi cuarenta y dos suicidios por cada cien mil habitantes. En tercer lugar está ubicado el departamento de Durazno, con casi treinta y un suicidios por cada cien mil habitantes.

También quisiera repasar cómo ha venido evolucionando nuestro departamento quinquenio a quinquenio, desde el 2002 a la fecha. En el quinquenio 2002-2006, San José tenía una tasa de dieciocho con setenta y ocho; desde el 2007 hasta el 2012, veintidós con diecinueve, y desde el 2013 hasta el 2017, de veintiséis con treinta y seis.

Claramente hay una tendencia creciente en la tasa de suicidios en nuestro departamento, lo que es sumamente preocupante.

Someramente, también me gustaría repasar algunos datos a nivel país. En el año 2016, tuvimos los registros más altos desde la crisis del 2002, año en que el número de defunciones por suicidio ascendía a seiscientos noventa personas, lo que equivale a una tasa del veinte con sesenta y dos suicidios por cada cien mil habitantes; por lo que se puede apreciar, en nuestro país siempre estuvimos por encima de la media.

En el año 2016 se registraron setecientos quince suicidios, y en el 2017, según datos preliminares del año pasado, hubo un leve descenso, fueron seiscientos ochenta y seis suicidios. Según las autoridades, estas cifras no permiten sacar mayores conclusiones ya que lo que hay que ver es cómo siguen evolucionando estos números a lo largo de los años para detectar si realmente hay una tendencia a la baja o no.

También es importante destacar que el suicidio es una «epidemia silenciosa», como se la denomina muchas veces, que quizás no tiene la trascendencia pública que tienen otros temas como, por ejemplo, el número de víctimas por accidentes de tránsito.

Como dijimos, en el año 2016, hubo setecientos quince suicidios, mientras que las víctimas fatales por accidentes de tránsito fueron cuatrocientos cuarenta y seis. Claramente es un problema en el que debemos seguir trabajando, teniendo presente que es muy difícil influir sobre los números que estamos teniendo. Creo que los profesionales aquí presentes podrán darnos algunas herramientas para poder ayudar a quienes se encuentran en situación de riesgo.

Era cuanto quería manifestar, señor Presidente.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra la doctora Silvia Peláez.

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. Buenas noches.

Antes que nada, quisiera saludar a los presentes y, en nombre de todo el equipo, agradecer la recepción que nos han brindado. Siempre es una especie de emoción estar en la tierra de Nantes, de Paco Espínola, de Francisco Canaro y, además, la tierra de mi familia paterna. Recibir este reconocimiento por parte de ustedes tiene una doble felicidad.

Hay varios puntos que el señor Edil Diego Mariño mencionó. Uno de ellos, es la tendencia al ascenso de las cifras a nivel país y también en este departamento. Cuando no se han llevado adelante planes de prevención del suicidio es esperable que la línea de ascenso se incremente.

En los lugares en los que nuestra ONG llevó adelante los planes de prevención del suicidio, que son los primeros y únicos en el país, se llegó a tener tasa de suicidios cero, como, por ejemplo, Castillos, del departamento de Rocha, que el señor edil nombrabas. También hubo un descenso importante en la zona oeste de Montevideo, en Nueva Palmira, en Carmelo, etcétera.

Lo primero que hay que tener en cuenta es que el suicidio es evitable y prevenible, pero debemos hacerlo seriamente, no ilusionando a la comunidad con falsas esperanzas en un programa que no sabemos si va a tener la seriedad que debe tener, ni tampoco *cubrimos las espaldas* diciendo que solo queremos bajar los suicidios en un diez por ciento, o que el suicidio, como he escuchado en varias ocasiones, existe desde que el mundo es mundo y va a seguir existiendo.

Las dos cosas son ciertas, pero si nos ponemos en el lugar del que quiere prevenir y trabaja para Salud Pública, realmente, esos dos puntos sobran. Lo que tenemos que hacer es buscar los aspectos que generan el suicidio en cada lugar del país y sobre ellos trabajar, ya que las organizaciones internacionales dicen que se debe pensar globalmente, pero actuar localmente. Eso significa que los propios ciudadanos de cada barrio o localidad van a construir con los suicidólogos los planes de prevención, no se va a *bajar línea* como quien da vacunas contra la tuberculosis; eso está demostrado.

Por ejemplo, en Canadá había aumentado la tasa de suicidio en los aborígenes, y el gobierno canadiense, con buena intención, manda profesionales de la salud, no suicidólogos, a impartir normas de vida a esos grupos indígenas sin hacer una alianza previa con el cacique de la tribu. Esos planes llevaron al aumento de la ingesta de alcohol, a sentirse revictimizados, y fracasaron, a pesar del dinero que se gastó. ¿Qué fue lo que pasó? No se escuchó lo que precisaba esa comunidad, no se le ayudó a que dejara de ser pasiva para ser activa y construir sus propios conceptos de salud psicosocial. Creo que eso resume lo que venía diciendo.

Están mis compañeras que quizás quieran agregar algo, o ustedes quieran preguntar algo luego de esta exposición.

EDIL DIEGO MARIÑO. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Diego Mariño.

EDIL DIEGO MARIÑO. Muchas gracias, señor Presidente.

Quisiera que las profesionales pudieran comentar cómo desarrolló la ONG el trabajo a lo largo de estos años, fundamentalmente, y desarrollando los conceptos que comenzó a vertir la doctora, en cuanto al trabajo más allá de lo que era la línea telefónica. Si se quieren explayarse en ese sentido, sería bien recibido.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra la doctora Silvia Peláez.

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. ¡Cómo no! Y hacemos un poco de historia para celebrar este día.

Cuando en el año 1989, el hermano franciscano Pedro Frontini, director del CIPFE, se da cuenta del aumento de suicidios en la clases sociales más vulnerables, donde ahí él ya está dando una separación de la medicalización; es un tema médico, psicológico, pero es mucho más cosas que eso. En ese momento instala una «línea de crisis» y nos llama a nosotros para aportar aspectos técnicos.

Ni bien empezamos a trabajar, nos encontramos con que las personas que llamaban a la línea de crisis necesitaban ser vistas; nos parecía irresponsable hacer una diagnóstico telefónico y solo dejarlo en una consejería. Por lo tanto, empezamos a convocarlos a las oficinas del Centro Franciscano. Sucedió que a veces las personas no tenían dinero ni siquiera para ir a vernos ni para ir a un hospital.

Pasaba algo distinto a lo que sucedía en Cataluña, donde la gente llama al Centro de Valorización de la Vida y lo aconsejan a acercarse a un hospital y la persona no tiene ningún problema socioeconómico para acudir. Acá se daba la situación inversa, que no podían hacerlo, entonces, empezamos a pagar de nuestro peculio la locomoción. Por ejemplo, le pedíamos que viniera en un taxi, lo esperábamos en la puerta del apartamento de la calle Canelones 1164, al lado del Instituto Goethe, y le pagábamos al taxista y recibíamos a la persona.

Así fue que empezamos a instaurar en el terreno lo que se llama «terapia de crisis», y estadísticamente entre tres y seis entrevistas, disolvíamos la situación de riesgo suicida. Así fuimos escribiendo un marco teórico sobre lo que es terapia de crisis. O sea que de la línea telefónica pasamos a la terapia de crisis.

Vimos que para muchos era necesario que tuvieran un proceso terapéutico más prolongado, y ahí fue que pusimos lo que fueron puestos centinelas de tratamiento terapéutico.

En ese contexto, nos dimos cuenta que la prensa no siempre tiene la mejor información de los temas, por lo que comenzamos a aparecer en la prensa. Fuimos los primeros en salir a la prensa a hablar del tema del suicidio. Y no lo hicimos por una idea loca nuestra, sino que la Organización Mundial de la Salud lo recomendaba. Nosotros lo fuimos haciendo con mucho cuidado por todos los prejuicios

que habían sobre el tema.

¿Con qué nos encontramos? Con que se multiplicaban, se triplicaban y se quintuplicaban los llamados cuando aparecíamos en la prensa. O sea que la prensa era una herramienta más para captar personas en riesgo de suicidio, por lo tanto, empezaron los talleres con los comunicadores.

Con el tiempo, fuimos haciendo trabajo de investigación, y recibimos invitaciones de colegas argentinos e hicimos las primeras jornadas rioplatenses de prevención del suicidio en Buenos Aires, y las segundas en Montevideo.

En esas jornadas, que se pasó a un plano académico y se formó la Asociación de Suicidología de Latinoamérica y el Caribe, de la cual Montevideo es sede. Hemos sido presidentes y tenemos muchos colegas latinoamericanos; somos referentes en el mundo. O sea que estamos en el plano académico y de difusión de conocimientos.

Luego aparece el tema de los sobrevivientes de los suicidios, o sea, los que perdieron por suicidio a alguien querido, no tiene por qué ser un familiar, sino que puede ser un compañero de trabajo, por ejemplo. Empezamos a hacer un trabajo en grupo, el único trabajo en grupo en el que nosotros confiamos. Trabajar en grupo con personas que sí están en riesgo directamente, no nos resultó apropiado.

Después empezamos a dar cursos para la comunidad, para los colegas, para docentes, y se formó una especie de pequeña «academia de suicidología».

Es verdad lo que decía el Edil Mariño, de repente se le da más importancia a un accidente de tránsito o a otro tipo de muerte violenta que al suicidio. Entonces, nos deberíamos referir a la historia del suicidio.

Antiguamente, al suicidio se le llamaba «autoasesinato», por lo tanto, el suicida era un homicida para la comunidad, y aunque eso se fue clarificando con el devenir de la suicidología, el prejuicio y el concepto del que se mata así mismo es un asesino está en el inconsciente colectivo de todos. Y si él no es el culpable de un crimen, sería culpable su familia o sus amigos porque no lo cuidaron.

Sobre esos mitos, entre otros más, también hemos trabajado, pero eso puede, como hipótesis de trabajo, explicar por qué nadie quiere hablar del tema. Ahora que no tenemos la línea telefónica, tenemos más tiempo de investigar en ese aspecto. Otra hipótesis es que quien se mata se lleva un gran secreto a la tumba, y está protestando con algo que no puede poner en palabras. Entonces, ¿a quién le conviene que esa persona muera? Desde cierto *statu quo*, a veces, no es bueno que una mujer que es víctima de violencia, o abusada lo denuncie.

A veces, desde lo más convencional, es mejor decir que esa persona está loca, pero, en realidad, en ese acto de autoagresión está implícito el origen de lo que le provoca ese comportamiento, por mencionar un ejemplo, y así otras tantas cosas.

Basta con recurrir a la literatura, por ejemplo a *Macbeth* de Shakespeare, para apreciar que atrás de un suicidio hay un gran secreto que se quiere esconder. Por eso, la gran virtud es poder

decodificar y aclarar el enigma y la contradicción que tiene cada persona que está pensando en quitarse la vida.

Con respecto a las tareas que llevamos adelante, entre otras, hicimos un Congreso Mundial en el año 2009, asesoramos al «911» de México, fuimos galardonados por los trabajadores eléctricos de Puerto Rico, por considerar un modelo de trabajo que respeta al usuario y que no impone normas. Esto sería una pincelada de lo que ha sido y es nuestro trabajo.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra la señora Viviana Bula.

SEÑORA VIVIANA BULA. Gracias.

Simplemente, quisiera agregar que la prevención del suicidio no consta solamente en tener una línea telefónica de emergencia —más allá de que contar con ella es fundamental—, sino que implica todo un trabajo de educación y difusión a nivel comunitario, lo que, incluso, está incluido dentro del texto de la propia ley, en las escuelas, en los liceos, en el personal que trabaja en la salud, en la policía, en la prensa, en los políticos, etcétera.

Nosotros no solo trabajábamos con la línea telefónica, sino que en cada lugar al que llegábamos generábamos talleres y buscábamos implantar un compromiso a nivel comunitario para poder detectar situaciones de riesgo de suicidio, y procurábamos que fuera la propia sociedad la que se empoderara de la problemática y ayudara al que lo necesitara.

EDIL DIEGO MARIÑO. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Diego Mariño.

EDIL DIEGO MARIÑO. Muchas gracias, señor Presidente.

Me gustaría que pudieran desarrollar en qué consisten dos de las premisas fundamentales que tiene la ONG. La primera: «Quien comete un suicidio o un intento de autoeliminación en realidad no quiere morir, sino dejar de vivir así», y, la segunda, que es un poco el *leitmotiv* de la línea telefónica, que dice: «Si hay alguien que escucha, no hay suicidio».

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra la señora Silvia Peláez.

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. Gracias.

Comenzando por la segunda, «si hay alguien que escucha no hay suicidio», debemos decir que era una frase pronunciada por el reverendo de la Iglesia Anglicana Chad Vhara.

La historia de este líder religioso es muy interesante. Cuando él volvía de hacer un viaje, se encuentra con que le piden que haga los oficios fúnebres de una adolescente de trece años que se había suicidado al ver los signos de su menarca. Quedó tan *shockeado* que publicó en un diario londinense un aviso que decía que estaba dispuesto a escuchar a todo aquel que quisiera hablar de asuntos serios. A partir de ahí, el reverendo nunca más descansó, y nosotros damos fe de que cuando uno da el primer paso para asumir ese compromiso no descansa más.

En momentos de la Segunda Guerra Mundial y, además, por tanta demanda de entrevistas, él, con sus compañeros de cofradía, decidió poner en funcionamiento las líneas telefónicas, pero en un principio, fue un mano a mano.

En realidad, a través de esa premisa que mencionamos nos referimos no solo al hecho de escuchar, sino de hacerlo con atención, tratando de decodificar lo que a la otra persona le pasa. Eso se une luego con la segunda premisa a la que se hizo mención el señor edil, en el sentido de que la persona afligida no quiere morir, sino dejar de vivir así. Nadie quiere morir. Cuando alguien dice que se quiere morir, en realidad, no es morir, porque nadie puede concebir algo que nunca experimentó. Por tanto, la muerte es una metáfora para cada uno de nosotros.

Si hay alguien que escucha, que ayuda a desmitificar qué nos quiere decir esa persona cuando dice que se quiere morir, se ya se estaría ayudando a la persona. Quizás sea recuperar un amor perdido, según las novelas románticas, ¿no? Quizás sea recuperar su cargo laboral, si fue echado, por ejemplo. Quizás sea ser tenido en cuenta. Quizás sea dejar de sufrir. Pero, en realidad, las personas no quieren morir como la nada, porque todos, aún las personas que no creen en Dios, fantasean con saber qué va a pasar después de que no estén, siendo la idea que uno se muere y, en otro tipo de vida, sigue mirando lo que sucede.

Por tanto, no sería lo más adecuado decirle a quien está en crisis: ¡Vamos arriba! ¡Dale que la vida es bella!, porque, en realidad, la persona quiere vivir, pero no como lo está haciendo.

EDIL ALEJANDRO DIANESI. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Alejandro Dianesi.

EDIL ALEJANDRO DIANESI. Gracias, señor Presidente.

En primer lugar, felicitamos al señor Edil Diego Mariño por ser el impulsor de esta sesión, como así también a todo el equipo de la ONG, quienes, sin duda, están realizando un trabajo más que importante.

Realmente, viendo las estadísticas de San José, vemos que el tema suicidios es preocupante. Quisiera consultar acerca de si hay una manera en particular en que se debe dar la noticia —aprovechando que está presente la prensa— cuando se comete un suicidio. Lo pregunto porque, a veces, nos da la sensación que la manera en que se da la noticia puede ocasionar un efecto dominó.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra la señora María José Di Agosto.

SEÑORA MARÍA JOSÉ DI AGOSTO. Muchas gracias.

Es muy importante tener en cuenta, al momento de transmitir la noticia, el hecho de no ser amarillista ni sensacionalista, es decir, no transmitir cosas que no aporten, porque dando detalles que no son necesarios es como podría provocarse el efecto que usted mencionaba.

También creemos que es importante, cuando se da una noticia así que se diga adónde pueden recurrir las personas que están pensando en

suicidarse, como ser una línea telefónica, un centro barrial, una policlínica, etcétera.

EDIL DIEGO MARIÑO. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Diego Mariño.

EDIL DIEGO MARIÑO. Muchas gracias, señor Presidente.

Si uno ingresa a la página web de la ONG va a encontrar un espacio en donde se plantean determinados mitos que hay en torno al suicidio, los cuales me gustaría, de ser posible, que nos los explicaran

A modo de repaso, se plantea: «las personas que hablan acerca del suicidio no se hacen daño, pues solo quieren llamar la atención»; «el suicidio es siempre impulsivo y ocurre sin advertencia». En síntesis, nos gustaría que pudieran desarrollar aquí en Sala algunos de estos mitos, que ustedes califican como verdaderos o falsos en relación a lo que han estudiado sobre la temática.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra la señora María José Di Agosto.

SEÑORA MARÍA JOSÉ DI AGOSTO. Muchas gracias.

En primer lugar, con respecto a que la persona que habla del suicidio en realidad no piensa en hacerse daño, sino que simplemente quiere llamar la atención, que es lo que está más difundido, es falso; en realidad, lo que esa persona está haciendo es pedir ayuda a través de esas señales.

Por ello, para nosotros es muy importante la educación y la información que obtenga no solo el personal de la salud, sino también buscar que el vecino, el amigo, el familiar pueda identificar lo que le está sucediendo a la persona.

En cuanto al segundo mito mencionado, relativo a que el suicidio es impulsivo, también es falso, ya que nunca lo es. El suicidio empieza con una idea, que luego se convierte en un plan, se busca un método y recién ahí se consuma el intento, por lo cual también es importante indagar acerca de esto.

Cuando una persona muestra ideas relativas al suicidio, es bueno preguntarle acerca de ello. Hay otro mito que dice que si a una persona se le pregunta sobre el suicidio se la está incitando, lo que también es falso. En realidad, lo estás habilitando a hablar del tema, en el sentido de que puede hablar tranquilamente de lo que le está pasando. También es bueno preguntarle si tiene un método, porque si ya eligió un método el proceso ya está muy avanzado.

EDIL DIEGO MARIÑO. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Diego Mariño.

EDIL DIEGO MARIÑO. Muchas gracias, señor Presidente.

Justamente, con otros compañeros Ediles, antes de empezar la sesión, nos preguntábamos sobre si cuando un individuo da señales de mejoría o sobrevive a un intento de suicidio, está fuera de peligro.

¿Ese mito es falso o verdadero?

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. Es falso. Porque tiene que

pasar un año, por lo menos, y debe estar elaborado lo que lo llevó al comportamiento suicida para que esté fuera de peligro.

A veces la medicación lleva a lo que se llama una «manía», que es una especie de falsa alegría y da la idea de que la personas está mejor. La medicación es necesaria, pero hay que monitorearla.

Hay que tener en cuenta, también, que un intento de autoeliminación previo es el signo más fuerte de un futuro suicidio, y ese es un tema que se da no solo en San José o en Montevideo, sino en todo el país y en la China. El que hizo un intento de autoeliminación no puede ser minimizado ni solo ser atendido en la emergencia por sus aspectos físicos, sino que hay que aplicar un plan de prevención que tarda, por lo menos, un año en elaborarse. Con eso se evitarían muchos suicidios.

EDIL DIEGO MARIÑO. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Diego Mariño.

EDIL DIEGO MARIÑO. Muchas gracias, señor Presidente.

Quería hacer otra pregunta. ¿Qué herramientas o cómo debemos reaccionar nosotros para poder escuchar y poder prevenir situaciones como esas que usted describe?

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra la doctora Silvia Paláez.

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. Con respecto a cómo deber ser la escucha, tiene que ser desprejuiciada. ¿Qué significa eso? A nosotros, en línea telefónica, nos llamaron en alguna ocasión ancianas diciendo que se querían matar porque se les había muerto el perrito. Entonces, si uno lo toma desde el marco personal puede decir y juzgar que eso es una tontería, sin embargo, para esa abuela ese perro era la vida y la historia de su familia, y muchas otras cosas.

Entonces, nunca hay minimizar el problema, y por más que la persona nos diga algo poco importante en apariencia, debemos tomarlo en serio, porque para esa persona ese problema es todo su mundo.

El otro extremo es que, por grave que sea el problema, cuando nos plantean una situación muy difícil de resolver y uno queda como inhabilitado y piensa: «y con esto que le está pasando también», hay que tenerlo en cuenta para no entrar en esa situación y acompañarlo a que vea a un profesional de la salud, no dejarlo solo, sacar los noxas, o sea los elementos que pueden ser nocivos para él. La Policía, por ejemplo, tiene una alta tasa de suicidios, pero, entre otras cosas, lo que tiene es el acceso al arma. Los médicos y los enfermeros tenemos acceso a medicación, que sabemos cómo usarla.

A las personas que tienen acceso a noxas hay que tratar de retirárselas, y ahí estaríamos como *enfriando el partido*, por decirlo de alguna manera.

EDIL DIEGO MARIÑO. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Diego Mariño.

EDIL DIEGO MARIÑO. Muchas gracias, señor Presidente.

Quería saber, por más que siempre se dice que es un fenómeno multicausal, si están identificadas las causas más comunes de suicidio, si hay algún tipo de población que está en una situación de mayor riesgo o si eso alcanza a cualquier grupo etario, socioeconómico o a cualquier persona que viva en cualquier punto de Uruguay, o si hay una predisposición a pasar por una situación de riesgo.

Gracias.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra la doctora Silvia Peláez.

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. Gracias.

Nosotros, desde nuestro marco teórico, hablamos de situación de riesgo suicida. ¿Por qué? Porque si hablamos de los suicidas, según la psiquiatría y la psicología clásica, habría muchos que quedan fuera de ese grupo o nunca salen de ese grupo. Por ejemplo, al doctor Favalaro nunca lo hubiéramos puesto en esa situación, porque era una persona que no tenía, el parecer, ningún signo de patología psiquiátrica o de desesperación.

Nosotros hablamos de situación y allí hay temas que son los desencadenantes, por ejemplo, las pérdidas, las personas que sufren violencia, la que viven en la pobreza, que es un factor que puede llevar al suicidio más que tener buenos accesos económicos.

Eso también termina con otro mito, que es que los pobres no se suicidan. Las personas que no tienen acceso a centros de salud y que sufren violencia de todo tipo, como el *mobbing*, el *bullying* o la discriminación por raza, género, opción sexual, clase social tienen debilitada su autoestima, y ahí el suicidio sería como una huida.

EDIL DIEGO MARIÑO. ¿Y en cuanto a la edad?

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. Cuanto más edad, más riesgo de suicidarse, y es más riesgoso ser hombre que ser mujer. Los hombres se suicidan más que las mujeres. Tiene que ver con la modalidad de ser varón, con que un varón no toma una pastillita para reanimarse y, además, tiene dificultad en verbalizar lo que le sucede. Se considera que lo masculino es aguantar las penas y no quejarse, caso del personaje de Zoilo en el *Barranca abajo*, que todos conocemos bien.

EDIL DANILO DEL CURTI. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Danilo Del Curti.

EDIL DANILO DEL CURTI. Muchas gracias, señor Presidente.

Quiero agradecer su presencia y felicitarlas por todo lo que han trabajado en estos años. También quiero felicitar al compañero Edil Diego Mariño por la iniciativa de realizar esta sesión.

Yo trabajo en el sector de salud y hay otros compañeros ediles que también lo hacen, y sabemos que ha habido varios casos de suicidios en ese sector de actividad. Quisiera consultarles si es posible dar charlas en los hospitales o en los diferentes centros de salud. Porque si bien trabajamos en la salud, no nos capacitan para lidiar

con todas las situaciones.

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. Sí, es totalmente recomendable ese trabajo de prevención, no solo para mejorar el saber clínico cuando tratamos a los pacientes, sino todo lo que nos moviliza la muerte de un compañero o de un vecino.

Pasamos a ser sobrevivientes de suicidio cuando alguien se muere, porque es como si vamos todos en el mismo barco y hay un accidente. Eso implica también que lo que sucede también me pasa a mí, porque me podría haber pasado a mí, en ese *nadie está libre*. Porque, desde nuestro marco teórico, consideramos que el que suicida o comete intento de suicidio es un portavoz de lo que está pasando en esa comunidad.

O sea, ¡vaya si habrá que hacer talleres en el sector de la salud! Justamente, el personal de la salud debe dar el ejemplo de los temas, no se pueden *tirar los problemas bajo la alfombra*, sino sería un contrasentido, aunque es lógico porque somos humanos y son temas que afectan mucho la parte emocional. No obstante, debemos tratar de salir de ese lugar porque, como referentes de la salud, la gente nos tiene en cuenta.

EDIL DIEGO MARIÑO. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Diego Mariño.

EDIL DIEGO MARIÑO. Muchas gracias, señor Presidente.

Está previsto, en el artículo n.º 5 de la ley que promovió Último Recurso, que se promoverá la ubicación de un servicio social de cabinas telefónicas en todo el país en lugares de alta ocurrencia de suicidios.

Hemos podido ver que a nivel internacional en algunos lugares eso está difundido, aquí en Uruguay todavía no se cumple con eso. ¿Se sigue entendiendo que eso colabora en la prevención del suicidio?

SEÑORA SILVIA PELÁEZ. Nosotros pensamos que sí, pero en la medida en que se fue popularizando el uso del celular fue quedando para atrás.

No es correcto que no se cumpla lo dispuesto. Si hablamos de Francia, en la Torre Eiffel hay un cartel con un teléfono de línea, en las Cataratas del Niágara hay un cartel con un teléfono de línea de ayuda y, aunque la persona tire su celular porque quiera cortar el contacto con el mundo, es bueno que vaya a un lugar y encuentre cómo y adónde poder llamar. Pero no parecería que hubiera mucha voluntad de cumplir con lo dispuesto, en la medida del avance de la tecnología.

Me gustaría contarles una anécdota de cuando estábamos llevando adelante un plan estratégico en Carmelo. Allí, había un campito donde la gente iba a ahorcarse. Lo que hicimos allí fue poner un cartel en donde se indicaba nuestros horarios de trabajo y las líneas telefónicas, lo que provocó que no hubieran más suicidios en ese lugar.

Es lo que en suicidología se llama «influencia sobre el medio ambiente», que es muy importante, y lo recomendado desde los viejos epidemiólogos, en otras áreas de la salud.

EDIL ALGHERO GIROLDI. Pido la palabra.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el señor Edil Alghero Giroldi.

EDIL ALGHERO GIROLDI. Muchas gracias, señor Presidente.

En la misma línea de lo vertido por los ediles que nos precedieron en el uso de la palabra, quisiéramos felicitar al señor edil mocionante por traer este tema a Sala y, obviamente, también a ustedes, por el trabajo que realizan.

He escuchado atentamente y creo como todos los compañeros que sin duda muestran un conocimiento y un estudio profundo de la situación, junto con un compromiso muy importante.

Entendiendo que esta es una sesión de reconocimiento y no quisiera que terminara sin darles este agradecimiento en nombre de toda la Junta Departamental, dejando como concepto el hecho de qué importante es este tema y qué revelador que es poder tener en estos ámbitos información fidedigna.

SEÑOR PRESIDENTE. No habiendo más señores ediles anotados para hacer uso de la palabra, queremos agradecerles la presencia a las invitadas.

Le solicitamos al señor Edil Diego Mariño que se aproxime a la Mesa para hacer entrega de un presente.

(Se hace entrega de un presente).

(Aplausos en la Sala y en la Barra).

◆ **SE LEVANTA LA SESIÓN.**

SEÑOR PRESIDENTE. Damos por finalizada la sesión. Buenas noches.

(Es la hora 21:34).

Pablo García
Primer Vicepresidente

Andrés Pinaluba
Secretario General