



INFORME DE PROGRAMA
HORA SEGURA
CON DATOS OBTENIDOS
DEL PRIMER SEMESTRE DE 2017

INFORME DE PROGRAMA HORA SEGURA 2017

Fundación Todo Mejora Chile

www.todomejora.org

Responsable en Fundación Todo Mejora:

Diego Poblete Mella

Desarrollo:

Fernanda Barriga Muñoz

Romina Pitronello

Revisión:

María José Soto-Aguilar Cortínez

Esta publicación está disponible en www.todomejora.org
Los contenidos del presente documento pueden ser utilizados total o parcialmente siempre y cuando se cite la fuente.

Santiago de Chile
Septiembre de 2017

Las historias reales que contiene la presente guía, fueron parte de un proceso de recopilación y producción interno de la organización. El uso de las imágenes y material impreso es para un fin exclusivamente educativo y no comercial.

Usamos una “x” para referirnos a todxs, en vez del @ o la expresión a/o, debido a que no creemos en la binariedad del género, es decir, que sólo exista “femenino” y “masculino”. De hecho, ¡creemos en la existencia de muchas maneras de identificarse con el género! y la “x” nos ayuda a mostrar eso. ¿Te gusta? Úsala y vamos haciendo del lenguaje, nuestro lenguaje.

El programa Hora Segura es posible gracias al apoyo de la Embajada de Estados Unidos y a la plataforma Lets Talk.



Embajada
de los Estados Unidos
de América
Santiago, Chile



ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	04
RESUMEN	05
CONCEPTOS CLAVE	05
PROBLEMATIZACIÓN	07
ORIGEN DE LOS DATOS	09
METODOLOGÍA	11
RESULTADOS	13
RESULTADOS CUANTITATIVOS	13
RESULTADOS CUALITATIVOS	17
PENSAR EL ACOSO Y EL MALTRATO DESDE EL COMPORTAMIENTO SUICIDA	17
VIVENCIA SUBJETIVA DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA	21
DISCUSIÓN	32
REFERENCIAS	33
ANEXOS	34

AGRADECIMIENTOS

A cada unx de lxs voluntarixs de la Hora Segura:

Existen personas que quieren cambiar el mundo y hay personas que lo hacen.

Cuando alguien se plantea el suicidio como alternativa, muchas veces basta con una persona que brinde contención y seguridad para que esa deje de ser una posibilidad. Sabemos que cada uno de ustedes ha sido esa persona.

Les damos las gracias a por dejarse tocar por en las fibras sensibles de la existencia humana. Gracias por las 600 horas durante las cuales estuvieron para quienes los necesitaban al otro lado de la conversación. Su trabajo desinteresado, profesional y amor, hacen que como investigadoras enfrentemos esta realidad tan cruda. No podemos más que dedicarles este informe, lleno de sentido, ya que sin ustedes no sería posible.

Reciban nuestro cariño y reconocimiento por cambiar el mundo,
Fernanda y Romina

RESUMEN

Fundación Todo Mejora cuenta con el programa de intervención y prevención del suicidio Hora Segura del cual se extraen 375 casos de estudio para explorar la presencia de sintomatología depresiva, comportamiento suicida, sintomatología ansiosa y presencia de acoso y maltrato, en sexo macho y hembra, edades entre los 5 y 79 años. Se utiliza una metodología mixta que combina elementos de estadística descriptiva y análisis del discurso. Los datos son extraídos de un escenario no intencionado a partir del registro de conversaciones con los usuarios a través de chat y correo electrónico.

CONCEPTOS CLAVE: Fundación Todo Mejora; programa Hora Segura; comportamiento suicida; acoso o maltrato; violencia por OSIEG.

PROBLEMATIZACIÓN

En el Informe de Canales de Apoyo del año 2016 (Fundación Todo Mejora, 2016) se busca la relación entre riesgo suicida en personas no heterosexuales ante la presencia o ausencia de acoso o maltrato, utilizando una prueba chi-cuadrado y encontrando que existe asociación estadísticamente significativa en una muestra de 240 casos ($p\text{-value}<0,05$).

Mientras que a partir de la Encuesta Nacional de Clima Escolar en Chile 2016 (Fundación Todo Mejora, 2016) se identifica que el 94,8% de lxs estudiantes LGBT escucha comentarios de discriminación en su colegio; en el mismo contexto, 62,9% fue acosado verbalmente debido a su orientación sexual; y finalmente un 68,7% de lxs estudiantes que informó a su apoderadx los incidentes de violencia declaró que éste no hizo nada al respecto.

Es por lo antes expuesto que parece necesaria una nueva exploración de la relación entre comportamiento suicida, tanto en personas que se identifican como LGBTI y como heterosexuales.

Por otra parte, la OMS entiende el **intento de suicidio** como “todo **comportamiento suicida** que no causa la muerte, y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal” (OMS, 2014 p.12). Así mismo el comportamiento suicida se entiende como una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio –o ideación suicida–, planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho” (OMS, 2014 p.12).

Para efectos de este informe se adscribirá a ambos conceptos –intento de suicidio y comportamiento suicida– ya que se advierte que pensar el suicidio implica atender una dinámica que no necesariamente se constituye en gestualidades visibles (actos intencionalmente suicidas) sino también recorre vivencias y conductas que en muchas ocasiones no tienen ese significado de forma clara y legible, tanto para quien lo vive como para quien presencia o acompaña ese proceso.

Esta comprensión tiene como base la idea de que el suicidio no es una conducta aislada, sino más bien constituye el resultado de una problemática y que en la mayoría de los casos resulta complejo determinar su inicio u origen.

Por otro lado entenderemos la presencia de acoso o maltrato como la autopercepción de lxs usuarixs del programa Hora Segura de acuerdo a su propia vivencia, así como la percepción del voluntarix si es que no fuera explicitado por la persona usuaria.

Es por todo lo anterior que surge la necesidad de **explorar en un escenario no intencionado la relación entre comportamiento suicida y la presencia de acoso o maltrato.**



ORIGEN DE LOS DATOS

Dentro del programa Hora Segura entre el 21/12/16* y 30/06/17 se realizaron un total de 1579 atenciones, de las cuales:

- 375 casos (23,7% respecto al total de atenciones) corresponden a atenciones a usuarixs del programa Hora Segura.
- 1034 casos (65,5% respecto al total de atenciones) corresponden a consultas sobre Fundación Todo Mejora, saludos, felicitaciones y conversaciones de prueba.
- 170 casos (10,8% respecto al total de atenciones) corresponden a conversaciones fuera del horario del programa Hora Segura.

Se define como **usuarix** a la persona que motiva el contacto y respecto de quien aluden las preguntas realizadas, pudiendo ser la persona misma quien se pone en contacto o unx tercerx, quien se contacta para solicitar información o ayuda para lx usuarix –sobre la base de quien se completan los datos para efectos de este estudio–, con el fin de retratar las características de la población de NNA LGBTI en Chile, así como observar el fenómeno del comportamiento suicida en la población en general.

A través de las conversaciones en línea y los emails recibidos dentro del programa Hora Segura (ver anexo 1), lxs especialistas de la organización acompañan en las dudas y problemas que aquejan a lxs usuarixs, sus familias y entorno protector, logrando detectar diversas situaciones de riesgo psicológico, entre ellos la presencia de acoso o maltrato y comportamiento suicida, realizando acciones de contención, apoyo, orientación y derivación oportuna a la red de centros de salud mental aliados a la Fundación o servicios de urgencias en caso de considerarse necesario.

El presente informe muestra los resultados de la exploración entre el comportamiento suicida y la presencia de acoso o maltrato en las 375 atenciones a usuarixs del programa Hora Segura.

*Se toman los datos a partir de esta fecha ya que corresponde al lanzamiento de la aplicación Todo Mejora, disponible para descargar en Google Play y App Store.

METODOLOGÍA

- Se utilizó una metodología mixta que combina elementos cuantitativos y cualitativos.
- Se emplearon herramientas de estadística descriptiva para explorar la relación entre la sintomatología depresiva, comportamiento suicida, sintomatología ansiosa y acoso o maltrato con la edad –expresada en intervalos– y el sexo –macho o hembra–.
- Por otra parte, desde la teoría fundamentada se realizó un análisis de discurso en personas de entre 13 y 57 años, de sexo macho y hembra, de orientaciones sexuales heterosexuales y no heterosexuales (bisexuales, lesbianas y gays), que presentaban comportamiento suicida así como experiencias de acoso o maltrato.



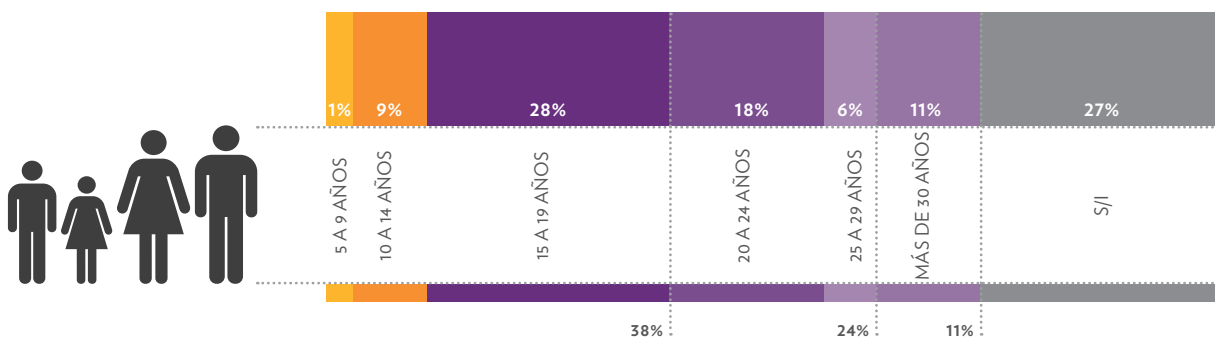
RESULTADOS

RESULTADOS CUANTITATIVOS



LOGRAMOS PREVENIR EL SUICIDIO DE 1 PERSONA CADA DÍA. UNA DE CADA DOS PERSONAS CON RIESGO SUICIDA ERA NNA.

De un total de 375 atenciones, un 38% de los casos corresponde a niños, niñas y adolescentes (NNA) de entre 5 y 19 años. 24% corresponde a jóvenes entre 20 y 29 años y 11% a adultxs de más de 30 años.



Respecto al sexo 33% es macho, mientras que 39% es hembra. En un 29% de los casos no se cuenta con información.



Sobre la sintomatología reportada por lxs usuarixs de forma libre durante las atenciones del programa Hora Segura, se realizó una clasificación. Para ello se utilizó como marco de referencia la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10).

Se agruparon los síntomas encontrados en dos grupos: aquellos relativos al espectro F12: Episodios Depresivos, como “Sintomatología depresiva”; y aquellos relativos al espectro F41: Otros Trastornos de Ansiedad como “Sintomatología ansiosa”.

Por otra parte construimos el grupo “Comportamiento suicida” a partir de los reportes de autolesiones, ideación o planificación suicida extraídos de los relatos.

Finalmente a partir del reporte de lxs usuarixs de presencia de acoso o maltrato construimos el último grupo, “Presencia de acoso o maltrato”.

S/I : Sin Información

Los casos en los que no es posible levantar la información, que son todos aquellos que pertenecen a las categorías “S/I”, son consecuencia de la naturaleza de la metodología empleada puesto que lxs usuarixs dialogan libremente y en tiempo real con unx voluntarix, sin que medie una dirección para la recolección de datos.

En la tabla 1 se puede ver las distribuciones de acuerdo a la clasificación antes descrita:

Tabla 1: Porcentaje y número de casos de presencia de Sintomatología depresiva, comportamiento suicida, sintomatología ansiosa y acoso o maltrato

	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
Sintomatología depresiva	158	42%
Ánimo deprimido	142	38%
Desesperanza	47	13%
Aislamiento social	32	9%
Labilidad emocional o llanto fácil	15	4%
Anhedonia	13	3%
Irritabilidad	11	3%
Falta de energía o astenia	11	3%
Insomnio	8	2%
Apetito disminuido o anorexia	7	2%
Adinamia	6	2%
Baja autoestima	3	1%
Delirios	2	1%
Falta de concentración o memoria	2	1%
Cansancio	2	1%
Alucinaciones	2	1%
Dificultad para relacionarse	1	0%
Inapetencia	1	0%
Desmotivación	1	0%
Comportamiento suicida	153	41%
Sintomatología ansiosa	69	18%
Angustia	43	11%
Crisis de pánico	43	11%
Ansiedad	42	11%
Colitis ulcerosa	1	0%
Presencia de acoso o maltrato	135	36 %

Del total de atenciones, presentan sintomatología depresiva un 42% de los casos. Los tres síntomas más frecuentes en los usuarios que presentan sintomatología depresiva son: ánimo deprimido en un 38% de los casos, desesperanza en un 13% de los casos y aislamiento social en un 9% de los casos.

Del total de atenciones presentan comportamiento suicida un 41% de los casos, sintomatología ansiosa un 18% de los casos y presencia de acoso o maltrato un 36% de los casos.

Tabla 2: Tasa de sintomatología depresiva, comportamiento suicida, sintomatología ansiosa y presencia de acoso o maltrato por intervalo de edades.

	EDAD EXPRESADA EN AÑOS						S/I
	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	> 30	
Sintomatología depresiva	1%	11%	35%	21%	9%	12%	12%
Comportamiento suicida	0%	11%	30%	20%	8%	15%	15%
Sintomatología ansiosa	0%	6%	32%	26%	10%	13%	13%
Presencia de acoso o maltrato	1%	14%	37%	12%	11%	15%	10%

S/I : Sin Información

Al identificar la distribución por edades de los casos de sintomatología depresiva: 46% corresponde a NNA de entre 5 y 19 años, 30% a jóvenes de entre 20 y 29 años, 12% a adultxs de más de 30 años y en 12% de los casos no contamos con la información.

La distribución por edades de los casos de comportamiento suicida: 41% corresponde a NNA de entre 5 y 19 años, 28% a jóvenes de entre 20 y 29 años, 15% a adultxs de más de 30 años y en 15% de los casos no contamos con la información.

La distribución por edades de la sintomatología ansiosa: 38% corresponde a NNA de entre 5 y 19 años, 36% a jóvenes de entre 20 y 29 años, 13% a adultxs de más de 30 años y en 15% de los casos no contamos con la información.

La distribución por edades de la presencia de acoso o maltrato: 52% corresponde a NNA de entre 5 y 19 años, 23% a jóvenes de entre 20 y 29 años, 15% a adultxs de más de 30 años y en 10% de los casos no contamos con la información.

Tabla 3: Tasa de sintomatología depresiva, comportamiento suicida, sintomatología ansiosa y presencia de acoso o maltrato por sexo.

	SEXO		
	Macho	Hembra	S/I
Sintomatología depresiva	36%	44%	20%
Comportamiento suicida	33%	47%	20%
Sintomatología ansiosa	41%	41%	19%
Presencia de acoso o maltrato	32%	57%	11%

S/I : Sin Información

Al observar la distribución por sexo de los casos de sintomatología depresiva 36% corresponde a macho, mientras 44% corresponde a hembra y en un 20% de los casos no contamos con información.

La distribución por sexo del comportamiento suicida corresponde en un 33% a macho, un 47% a hembra y en un 20% de los casos no contamos con información.

La distribución por sexo de la sintomatología ansiosa corresponde en un 41% a macho, un 41% hembra y en un 19% de los casos no contamos con información.

La distribución por sexo de la presencia de acoso o maltrato corresponde en un 32%, un 57% a hembra y en un 11% de los casos no contamos con información.

Tabla 4: Tasa de casos que presenta acoso o maltrato respecto del total de casos que presenta sintomatología depresiva, comportamiento suicida y sintomatología ansiosa

SINTOMATOLOGÍA	ACOSO O MALTRATO
Sintomatología depresiva	44%
Comportamiento suicida	41%
Sintomatología ansiosa	35%

Del total de casos que presenta sintomatología depresiva un 44% de ellos presenta acoso o maltrato, del total de casos que presenta comportamiento suicida un 41% de ellos presenta comportamiento suicida y del total de casos que presenta sintomatología ansiosa un 35% de ellos presenta acoso o maltrato.

RESULTADOS CUALITATIVOS

“Quiero volver a ser feliz”

Caro, 17 años

En los diferentes estudios de Todo Mejora se ha observado que lxs usuarixs que presentan vulnerabilidad suicida y/o autoagresión refieren en reiteradas ocasiones presencia de acoso o maltrato.

Este hallazgo coincide con la comprensión que tiene la OMS (2008) en cuanto reconoce el suicidio como un resultado de muchos factores socio-culturales complejos, que tiene grandes probabilidades de ocurrir en situaciones de crisis; dentro de las que se recalcan la pérdida de libertad, rechazo, estigmatización y violencia.

No obstante, estas consideraciones de la OMS no son suficientes para comprender el suicidio como fenómeno subjetivo y se observa, dentro de la literatura científica, un vacío respecto de estudios que vayan a buscar la vivencia personal de una persona que atraviesa este escenario y se ve enfrentadx a la ideación, planificación e intentos suicidas.

En este contexto es que la fundación Todo Mejora asume el desafío de ahondar analíticamente en la dimensión de la experiencia subjetiva de quienes atraviesan esta vulnerabilidad, análisis que se hace particularmente necesario para el diseño de intervenciones preventivas del suicidio en una población heterogénea, pero que se observa que refleja elementos comunes dentro de esta vivencia particular que se pretende asistir.

A continuación se pretende ahondar en este proceso subjetivo que se extrae de los propios discursos de lxs usuarixs del programa Hora Segura. Las citas que se exponen en esta presentación de resultados consisten en fragmentos de interacciones que se desarrollaron por chat en línea y conservan el formato de conversación virtual. Asimismo cabe destacar que los nombres de las personas que escribieron aquellas citas han sido modificados con el fin de mantener el anonimato de lxs usuarixs.

Pensar el acoso y el maltrato desde el proceso suicida

Como se dijo anteriormente, el proceso suicida consiste en el resultado o secuela de situaciones estresantes, y que para efectos de este análisis, se ha reconocido como un proceso siempre diverso que se perfila sobre la base de una trayectoria singular. Esta es la razón por la cual los elementos que se destacan para graficarlo representan “indicadores” comunes de la experiencia que se vuelven relevantes por su recurrencia en los diálogos. Así es que se pesquisa la presencia del acoso y el maltrato como antecedentes o precuelas de historias de vida en las que acontecen comportamientos suicidas y la autoagresión.

Al momento de constatar la presencia de acoso y maltrato en personas con ideación, planificación e intentos suicidas, se advierte que a pesar de ser un hallazgo comprobado por la comunidad científica, sigue siendo un terreno poco explorado y desprovisto de un paradigma o modelo que retrate la relación que tienen acoso y maltrato con suicidio.

A partir de ese vacío es que se buscaron propuestas que aporten al análisis y estudio de este fenómeno. Dentro de los modelos difundidos, el ciclo de la violencia formulado por Leonor Walker (1979) para explicar la violencia doméstica contra las mujeres, aparece como un marco comprensivo respecto del acoso y el maltrato como evento relacional.

Ese ciclo se describe en tres fases que se repiten en el tiempo de manera cíclica, creciente y agudizada. La primera etapa se caracteriza por un aumento de la tensión, la segunda constituye el incidente agudo de agresión y la última conlleva arrepentimiento y comportamientos cariñosos (también llamada “luna de miel”).

Walker explica que en la fase uno, cada vez que un incidente de agresión menor ocurre, existen efectos residuales de aumento en la tensión. En este momento la mujer se niega a sí misma que está enojada por ser lastimada psicológica y físicamente de manera injusta, y busca excusas, culpándose, identificándose con el razonamiento del agresor o desresponsabilizándolo, fomentando la idea de que no hay nada que pueda hacer para cambiar la situación.

La fase dos se caracteriza por una descarga incontrolable y destructiva de las tensiones que se han venido acumulando en la fase uno, como incidente agudo de agresión. La anticipación de lo que puede suceder causa tensión psicológica severa a la mujer agredida porque con frecuencia percibe que la agresión está cerca, es inevitable y experimenta terror, enojo, ansiedad, depresión y otros síntomas psicofisiológicos. La inevitabilidad de la agresión se basa en que las mujeres obtienen la golpiza sin importar cuál sea su respuesta, a su vez que declaran no creer que nadie las pueda proteger de la violencia.

La fase tres se caracteriza por un comportamiento extremadamente cariñoso, amable y de arrepentimiento por parte del agresor. Es durante esta fase que se completa el proceso de victimización a la mujer agredida. Se observa que las mujeres agredidas y que han pasado por varios ciclos muestran desesperación, soledad, alejamiento de la sociedad, sentimientos de odio hacia ellas mismas, vergüenza y desvalorización de su autoimagen.

Este ciclo, que describe un tipo de violencia de género, tiene sustento en las creencias sexistas que refuerzan las ideas dominantes del agresor frente a su víctima, justificando y sosteniendo estas conductas en ambos (Walker, 1979). Este elemento es relevante considerarlo en el análisis de las relaciones de acoso y maltrato, ya que integra el componente social en que estas se llevan a cabo y por ende, cruza el fenómeno de forma transversal.

Cuando se refiere a las problemáticas de acoso y maltrato en lxs usuarixs del programa Hora Segura, en primer lugar, se están considerando una serie de situaciones que tienen

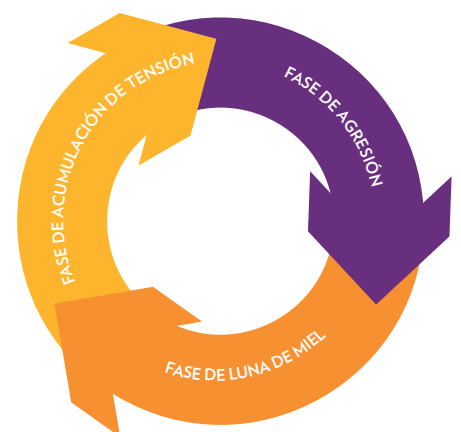


Figura 1. Ciclo de la violencia, Leonor Walker (1979).

en común la agresión, percibida tanto ellxs, así como por lxs voluntarixs que mantienen las conversaciones.

Conceptualizar el acoso y el maltrato representa un desafío teórico-conceptual y procedimental, que implica un análisis con alcance en la multi-dimensionalidad de un fenómeno relacional. En el presente informe no se pretende ahondar en esta problemática, sino describir lo observado respecto del comportamiento suicida. Respecto de esa experiencia es que se divisan las dinámicas de acoso y maltrato como factores de riesgo relevantes para el comportamiento suicida.

A diferencia de lo que ocurre en la violencia doméstica (Walker, 1979), en que se mantiene la agresión dentro de la esfera de lo privado, en muchos casos los reportes de acoso y maltrato de lxs usuarixs de los canales de apoyo, retratan situaciones de agresión pública. Esto se hace relevante ya que modifica la vivencia de la violencia de lxs usuarixs, ya no desde una diada privada con un único y familiar agresor, sino desde la posibilidad de ser víctima de múltiples agresores anónimos. Esta situación (o realidad) establece la necesidad de la construcción de un nuevo modelo que explore las particularidades mencionadas.

La categoría de acoso y maltrato en este análisis se forma a partir del registro de situaciones que incluyen, pero no excluyen:

- Conflictos familiares como peleas entre lxs padres, rechazo de un miembro de la familia, problemas de un miembro de la familia, entre otros.
- Rechazo en diferentes contextos y de parte de distintas figuras como pueden ser: escolar, familiar, social, religioso, laboral, de adultxs que debiesen ser figuras protectoras u otrxs pares.
- Violencia en el ámbito de pareja como celos, engaño, términos de relación, entre otras.
- Violencia en el ámbito laboral como mobbing, despido injustificado, discriminación arbitraria, entre otros.
- Violencia económica expresada como la dependencia de la relación afectiva supeditada a la satisfacción de necesidades económicas.
- Hostigamiento en lugares públicos.
- Violencias y discriminaciones basadas en orientación sexual, identidad y/o expresión de género (OSIEG)
- Acoso sexual.

En la mayoría de los casos se observa un solapamiento de situaciones experimentadas como acoso y maltrato, que genera la sensación de no tener salida ni recursos a los cuales acudir para lograrlo. Se instala la convicción de la inevitabilidad de aquellas situaciones que se viven como agresivas o maltratadoras, al mismo tiempo que desconfianza en que las cosas puedan cambiar (desesperanza). Así es como se piensa que puede originarse una dinámica que lleva a una persona a pensar en el suicidio como una alternativa viable.

“DIME COMO PUEDO CREER QUE TODO MEJORARA . Si tengo 57 años ,mi madre murió hace unos meses mi negocio fracaso ,tengo demandas laborales , no tengo trabajo , ni esperanza de tenerlo , no tengo dinero , perderé mi casa , termine con mi pareja hace un mes , soy una maldita vieja , solo me queda mi hijo , una amiga y mi querida mascota , mi familia no esta presente me encantaría solo dormir y dejar libre a mi hijo de esta carga en que me convertí” (Carolina, 57 años).

A continuación se presenta un esquema en donde se intenta graficar esta experiencia subjetiva –dinámica– y cuyo fin es dar una primera propuesta en el avance de la descripción de un proceso complejo y particular para cada caso.

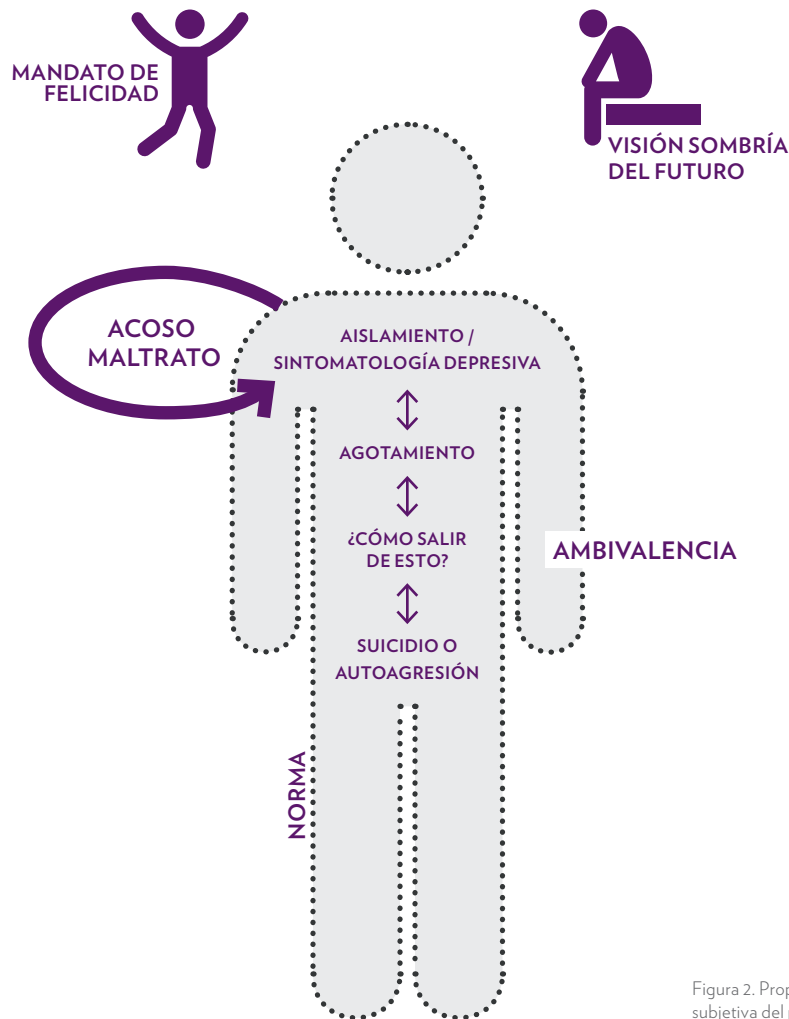


Figura 2. Propuesta para pensar la vivencia subjetiva del proceso suicida.

A grandes rasgos, se observa que aquellxs usuarixs que reportaron vivir situaciones de acoso o maltrato en sus diferentes expresiones (agresiones físicas, abuso psicológico o sexual, *bullying* escolar, violencia por OSIEG, rechazo social, privación o vulneración de derechos, *mobbing*, entre otros) viven un proceso de desgaste que se acompaña de un re-sentimiento que involucra altos niveles de sensibilidad al entorno.

El aislamiento se instala como una consecuencia y mecanismo defensivo ante la exposición reiterada de montos altos de agresión. En ese proceso, el sujeto va quedando excluido del sistema al que antes pertenecía y con el transcurso del tiempo avanza hacia un agotamiento mental que a su vez le motiva a buscar una salida (¿Qué hago? ¿Cómo salgo de esto?).

El cuestionamiento se caracteriza por la ambivalencia, observándose un individuo que sopesa su auto valía en la imposibilidad de protegerse de la violencia, así como en la imposibilidad de salir de ella. La sensación de precariedad de soluciones o alternativas de mejoría son el contexto en que se instala la idea de que nada cambiará. Una visión sombría del futuro.

Podría pensarse este recorrido como el proceso que lleva a la desesperanza, que enfrenta a la persona a la pregunta de si vale la pena hacer algo por salir de ese estado. El suicidio o la autoagresión aparecen dentro de esta dinámica como derivados de un recorrido previo en que el peso de la existencia supera la capacidad de sostenimiento y el sentido de la vida se agrieta.

Quienes confían su testimonio a través del programa Hora Segura, buscan encontrar otras alternativas que les permitan restablecer el sentido de su vida y por lo tanto se entiende que el suicidio y/o la autolesión no son sus únicas opciones para salir del estado antes descrito.

Vivencia subjetiva del proceso suicida

Pensar la vivencia del acoso y el maltrato como antecedentes del suicidio y la autoagresión, pone al investigador de este proceso ante un problema que la OMS intenta alertar en cuanto dice que “las generalizaciones amplias de los factores de riesgo [suicidas] son contraproducentes” (OMS, 2014, p.11).

Esta advertencia se hace para referirse específicamente a la asociación establecida entre suicidio y trastornos mentales; y antecede a la afirmación que señala que “Crecientes datos científicos indican que el contexto es indispensable para comprender el riesgo de suicidio” (OMS, 2014, p.11). Esta es la razón por la cual el acoso y el maltrato se observan inscritos dentro de discursos sociales que la sostienen y bajo la mirada relacional, entendiendo que el contexto en el cual se vinculan ambos conceptos se enmarcan obligatoriamente dentro de una relación entre sujetos mediada por el poder. Michel Foucault (1994) señala en “La hermenéutica del sujeto” que:

“[...] en las relaciones humanas, sean cuales sean [...] el poder está siempre presente. Estas relaciones son por tanto relaciones que se pueden encontrar en situaciones distintas y bajo diferentes formas; estas relaciones de poder son relaciones móviles, es decir, pueden modificarse, no están determinadas de una vez por todas. [...] Las relaciones de poder son por tanto móviles, reversibles, inestables. Y es preciso subrayar que no pueden existir relaciones de poder más que en la medida en que los sujetos son libres. [...] Incluso cuando la relación de poder está completamente desequilibrada, cuando realmente se puede decir que uno tiene todo el poder sobre el otro, el poder no puede ejercerse sobre el otro más que en la medida en que le queda a este último la posibilidad de matarse, de saltar por la ventana o de matar al otro. Esto quiere decir que en las relaciones de poder existen necesariamente posibilidades de resistencia, ya que si no existiesen posibilidades de resistencia –de resistencia violenta, de huida, de engaño, de estrategias de inversión de la situación– no existirían relaciones de poder. [...] No obstante, hay que señalar que existen efectivamente estados de dominación. En muchos casos, las relaciones de poder son fijas de tal forma que son perpetuamente disimétricas y el margen de libertad es extremadamente limitado” (Foucault, 1994, pp. 125 a 127).

Como primera distinción para evitar establecer causalidad o sobre generalizar el acoso y el maltrato como factor de riesgo suicida, desde lo señalado por Foucault se sostiene la comprensión de que no toda relación de poder es una relación de violencia. Luego, se rescata la referencia directa que el autor hace respecto de que el suicidio viene a representar una posibilidad de acción y no un imperativo.

El *aislamiento* se presenta como el ingreso a este camino de la desesperanza y se da cuando una persona se va desconectando de un círculo social próximo y significativo. Generalmente se observa como uno de los primeros comentarios de lxs usuarixs, siendo recurrente en el inicio de la presentación de los problemas que atraviesan quienes presentan comportamientos suicidas, la sensación de soledad.

Según la OMS (2014) el aislamiento frecuentemente se acompaña de depresión, sentimientos de soledad y desesperación. Al respecto, sostiene que “Una persona puede sentir aislamiento cuando atraviesa un evento vital negativo u otro estrés psicológico y no logra compartirlo con alguien cercano. Sumado a otros factores, puede aumentar el riesgo de comportamientos suicidas [...]” (OMS. 2014, p. 36).

Similar a lo que sucede en el ciclo de la violencia desarrollado por Walker (1979), en las vivencias de lxs usuarixs del programa Hora Segura, las situaciones de acoso o maltrato amplifican la distancia percibida entre el individuo y su entramado social. Esa distancia parece agudizarse bajo un cambio en la autopercepción de sí mismx en la medida en que la violencia se va interiorizando:

“El maltrato nunca paraba. Sentía que era mala suerte, pero estaba segura de que no era mi culpa, por lo que a los 15 comencé a odiar a todos, sobretudo a mí misma.” (Daniela, 27 años).

La distorsión de la autopercepción sigue la trayectoria de la desvaorización personal **“soy una basura” (Richard, 15 años).**

“sólo quiero decirles que no se como ayudan a las personas ustedes no pueden cambiar el mundo la mayoría de la gente es mala discriminadora y Nadie entiende yo soy gay y no es el único problema que tengo y tengo problemas con la familia etc y la cagó para ser tonto, no pude solucionar mi problema me trate de suicidar antes de ayer pero por culpa de mi mama que me pilló no lo pude hacer yo soy una persona insignificante comparado con otras personas y soy un idiota tratando de hacer que el mundo me entendiera bueno pero directo al punto les quería decir que esta sera la última vez que escribo y hablé de este tema de la homosexualidad por que como dije yo soy gay y lo único que me a traído es problemas y locuras adiós que les vaya bien”. (Nicolás, 14 años)

Desde una lectura que va a buscar las emociones presentes en el discurso de quienes presentan comportamientos suicidas, se observa en varias ocasiones ira e irritabilidad. Según la RAE (s.f.), irritar es aquel proceso de excitar vivamente afectos o inclinaciones naturales; así como hacer sentir ira.

El significado ofrecido, como parte de un imaginario colectivo, permite pensar la irritabilidad como el resultado de una estimulación o provocación intensa, aguda o poderosa de afectos relativos al enojo o la rabia. Esta elaboración comprensiva permite pensar que lxs usuarixs que experimentan comportamientos suicidas tienen reacciones de arrebato debido a un deterioro debido a factores exógenos que han sobre lx han estimulado, por una exposición sostenida, al punto de disminuir su capacidad de tolerancia a ellos.

Podría pensarse que la vivencia reiterada en el tiempo de situaciones estresantes promueven la emergencia de emociones que van incrementando en intensidad y van generando esta experiencia de crisis emocional en cuanto altera su capacidad de respuesta. En este cuadro, la sensibilidad al entorno que se encuentra en los testimonios generalmente da cuenta de una percepción del ambiente como violento u hostil.

“Dudo mucho que me puedan ayudar. Todo en general me destroza. El aire que respiro es veneno para mi.” (Marcela, 15 años).

“Pero últimamente me hab venido a la cabeza cosas que muchos catalogarían como locas, estupidas o enfermas Es que eh llegado a la conclusion de que no se vivir Tal ves yo no encajo en este mundo

***No pertenezco
& ya no quisiera estar aquí
En este mundo de mierda, que solo sabe dar dolor, tristeza & desgracia”
(Ian, 15 años).***

El re-sentimiento que se vive, se manifiesta no solo como malestar sino como una hipersensibilidad a posibles agresiones del entorno y cuestionamiento hacia las figuras que se ofrecen como apoyo. Lo anterior se recoge a partir de comentarios que dan cuenta de desconfianza:

“¿Por qué tienen un horario para hablar con personas que desean acabar con su vida? Me parece una tontería” (Camila, edad no informada).

Dentro del margen de exclusión, se duda de la posibilidad de que se pueda ser ayudadx por estas figuras de apoyo:

“lamentablemente se que nadie puede ayudarme” (Cristián, edad no informada)

***“Disculpen por haberlos molestado encerio no se sigan molestando”
(Gonzalo, 29 años).***

Estos sentimientos de desesperanza generalmente se asocian a otros síntomas depresivos, considerando que los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones corresponden a un síntoma propio de los Episodios Depresivos según el CIE-10 (World Health Organization, 2014).

Esta otra sintomatología depresiva se reconoce en lxs usuarixs como ánimo depresivo propiamente tal; pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas; disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado; disminución de la atención y concentración; pérdida de la confianza en sí mismx y sentimientos de inferioridad; ideas de culpa e inutilidad; perspectiva sombría del futuro; trastornos del sueño; y pérdida o disminución del apetito.

Si se leen los indicadores del cuestionamiento de sí y de desconfianza, en un contexto de aislamiento, se reconocen las lógicas de exclusión que Michel Foucault delineaba en su texto *Los Anormales* (2007). Quien se experimenta como excludx desde el sentimiento de rareza, lo hace desde el marco de comprensión mediante el cual se percibe como aquel individuo imperfecto trazado desde el imperativo de la higiene pública. Junto con la exclusión, el cuestionamiento de sí y la hipersensibilidad a reconocer las agresiones del entorno, vemos como elemento de la autopercepción el *ser una carga o molestia* para lxs otrxs, como resultado de representar la perturbación del “orden social”. La norma opera en ese proceso en cuanto va dibujando al sujeto un margen de acción, reduciendo sus posibilidades de existencia (ver figura 2).

“No le podría caer bien a nadie. Míreme, me quiero suicidar. Solo sería una carga.” (Marcela, 15 años)

“me cuesta hablar de temas personales es como si no quisiera dar lastima” (Yamil, 22 años)

Desde ese lugar, el comportamiento suicida aparece como una alternativa que podría re-establecer el “proceso de normalización” (Foucault, 2007), ante la advertencia de no cumplir el estándar de salud o normalidad.

“Es problema del ser humano en si, ser tan disconformista? O un problema mío mental, que estoy rota y debo arreglar? Estoy loca? Debería internarme?” (Pilar, 32 años).

En este testimonio se observa la auto marginación que se vive, ya que a partir de una historia de violencias, la persona se comprende como “disconforme” antes de cuestionar el orden social que naturaliza la violencia. En otro momento esa misma persona refiere

“No sé si seguir fingiendo que no pasa y comerme lo que siento para cumplir mis metas” (Pilar, 32 años).

Esto a su vez, coincide con lo que indica el informe elaborado por la OMS (2014) para prevención del suicidio, que recalca específicamente que el aislamiento se presenta cuando una persona se siente desconectada de su círculo social más próximo y a menudo se acompaña de depresión y sentimientos de soledad y desesperación. Desde ahí reparan que el comportamiento suicida “a menudo ocurre en respuesta al estrés psicológico personal en un contexto social en el que faltan las fuentes de apoyo” (OMS, 2014, p.36).

Byung-Chul Han, filósofo y ensayista surcoreano, expone que la sociedad disciplinaria de Foucault no se corresponde con la sociedad de hoy. Explica en La Sociedad del Cansancio (2014), que se ha establecido una “sociedad de rendimiento” en donde lxs habitantes ya no son “sujetos de obediencia”, sino sujetos que son emprendedores de sí mismxs:

“Aquellos muros de las instituciones disciplinarias, que delimitan el espacio entre lo normal y lo anormal, tienen un efecto arcaico. El análisis de Foucault sobre el poder no es capaz de describir los cambios psíquicos y topológicos que han surgido con la transformación de la sociedad disciplinaria en la de rendimiento. [...] La sociedad de rendimiento se caracteriza por el verbo modal positivo poder (können) sin límites. Su plural afirmativo y colectivo «Yes, we can» expresa precisamente su carácter de positividad. Los proyectos, las iniciativas y la motivación reemplazan la prohibición, el mandato y la ley. A la sociedad disciplinaria todavía la rige el no. Su negatividad genera locos y criminales. La sociedad de rendimiento, por el contrario, produce depresivos y fracasados” (Han, 2014, p.17).

Siguiendo ese análisis, el filósofo explica que la depresión surge por la dominación del rendimiento en medio de una sociedad fragmentada. Visto así, el síndrome de desgaste ocupacional (SDO) también conocido como *burnout*, no pone de manifiesto un sí mismo

desgastado, sino más bien un alma desgastada, exhausta. En realidad, lo que enferma no es el exceso de responsabilidad e iniciativa, sino el imperativo del logro, como nuevo mandato de la sociedad en que impera el deber eficiente, mayor y mejor, como una extensión de un “mejoramiento de sí” (Han, 2014).

“El problema es que ya me canse...

No tengo energías...

Ya es como decir...suficiente...hasta aca llego” (Sergio, 24 años).

La depresión “se desata en el momento en el que el sujeto de rendimiento ya no puede poder más” (Han, 2014, p. 31). Según Han, el lamento “nada es posible” emitido por el individuo depresivo solo tiene sentido dentro de una sociedad que promueve la idea de que “nada es imposible”. Así lo afirma al decir:

“No-poder-poder-más conduce a un destructivo reproche de sí mismo y a la autoagresión. El sujeto de rendimiento se encuentra en guerra consigo mismo y el depresivo es el inválido de esta guerra interiorizada. La depresión es la enfermedad de una sociedad que sufre bajo el exceso de positividad” (Han, 2014, p. 31).

El biopoder o biopolítica (Foucault, 1991) como prácticas de “producción de lo humano” por medio de técnicas que administran el cuerpo, el pensamiento, las ideas, la sexualidad, la conducta y en definitiva la vida, declaran e instauran modos estipulados y estereotipados de ser y estar, delineados bajo patrones definidos de inclusión-exclusión: normalidad/anormalidad; cordura/locura; sanidad/locura; correcto/incorrecto, etc., según Han (2012) se ha desplazado con la sociedad del cansancio.

Las nuevas prácticas de producción configurarían lo que tanto Foucault, Agamben y Deleuze llamarían dispositivos. Es decir, aquella red que de alguna u otra forma, explícita o implícitamente, sirve al fin común de orientar una construcción de lo humano, de la constitución o el moldeamiento de ciertas formas de vida por sobre otras y dibujando los caminos por los que ha de transitar (Agamben, 2011). Las vivencias de violencia y maltrato, en medio de los dispositivos de sobre exigencia propios de esta sociedad, quemar y agotan al individuo, llevándolx a buscar salidas de descompresión.

La experiencia del usuario que atraviesa un comportamiento suicida es una experiencia de transgresión y resquebrajamiento de esos dispositivos, instalándose aislado o al margen, volviendo a los términos foucaultianos, de la norma. De ahí nacen también sentimientos de culpabilidad por no poder cumplir con un mandato de la producción, en donde se instala la felicidad, habitando el mundo desde la insatisfacción. Hay al mismo tiempo una idealización de la felicidad y la sensación de imposibilidad de lograrla, ya que la felicidad se sitúa desde la meta y estamos hablando de un individuo agotado.

“honestamente..no le encuentro sentido a las cosas

no veo el por qué debemos hacer esto aquello lo otro..

no tengo motivación

es como si estuviera aburrido pero de todo” (Rafael, 22 años).

“Te ha pasado que sientes que todo a tu alrededor debería ser signo de felicidad, pero no estás feliz???” (Pilar, 32 años)

“A veces pienso que seria todo mas facil si fuera hetero seria feliz todo estaria en paz...pero no puedo ...no me atraen...yo que desde naci soy asi” (Sergio, 24 años)

Así, la supresión de sí se enmarca dentro de lo que pudiese leerse como sumisión ante la violencia disciplinar a la que están expuestxs.

“siento que he tenido mas exito escondiendome que siendo yo misma”. (Pía, 24 años)

“es que a mi me da miedo ser quien soy y si lo ocultó no seré feliz”. (Nicolás, 14 años)

Se podría pensar a partir de estos discursos que la sistematización de la violencia invierte el orden de responsabilidad y sitúa a la víctima como responsable –e incluso culpable– de su malestar, dejándola sin redes a las que acudir y vulnerable a buscar alternativas para salir del malestar dentro de las que aparece la negación de sí, entre otras. Sin embargo, este mecanismo de protección va cediendo en el tiempo, generando la sensación de agotamiento y cansancio similar a lo que describe Leonor Walker (1979) de las mujeres víctimas de violencia doméstica cuando refiere que estas comparten el sentimiento de que no podrían enfrentar ninguna agresión más.

“siento que soy una maldita reponsabilidad para todos me siento sola otra vez siento que ya no quiero mas siento que voy a estallar :V” (Florencia, 15 años)

“Tengo el pensamiento constate de querer quitarme la vida , y me da miedo, porque aún puedo controlar esos pensamientos pero no sé cuanto tiempo más pueda, porque cada vez es más fuerte” (Gabriel, 23 años)

“es que la verdad me quiero destrozr lso brazos y ya no quiero mas mi cabeza grita tan alto mis ganas de hacerme daño estar harta” (Paloma, 13 años).

“es tanta mi tristeza hoy q no la aguanto entre ayer y hoy la tristeza me traspasa, no aguanto el dolor q me provoca solo quisiera q alguien viniera y me abrazará me sostenga xq siento q ya no puedo” (Ximena, 35 años).

“me siento como una bomba de tiempo porque no se que hacer para mi en estos momentos es muy complicado tomar una decision y no se si lo que hago vale la pena” (Pablo, 26 años).

Al momento en que las personas experimentan comportamientos suicidas y se acercan a la Fundación en búsqueda de ayuda, en muchos casos se encuentra la pregunta explícita o implícita “¿Cómo salir de esto?”.

“es que hace un tiempo empeze a pensar en no querer seguir viviendo por que en el colegio me discriminaron mucho y quería preguntarles en que puedo hacer para dejar de pensar en esto” (Nicolás, 14 años).

“Esque no se como sentirme mejor conmigo misma cuando estoy consrantemente escuchando portazos en mi casa, gritos hacia mi hermana, peleas de mis papás con mi hermana entremedio Ya no se que hacer con mi vida.... se que tengo mucho por lo que vivir pero no logro estar completamente feliz ni en mi casa... y eso es lo que mas me entristecr” (Caro, 17 años).

“De qué te gustaría conversar en este bloque? [TODO MEJORA] de que como puedo solucionar todo esto que esta pasando porque últimamente e sido muy infeliz” (Nicolás, 14 años).

“Cómo se supera esto?? Q puedo hacer, donde puedo encontrar ayuda?” (Karla, 51 años).

“Siento que estoy en una carcel. Y todos pueden verme. Pero nadie tiene la llave para sacarme de ahí” (Marcela, 15 años).

La mayoría de las personas que incurrn en comportamientos suicidas demuestran *sentimientos ambivalentes* acerca de querer morir en el momento del acto, y algunos actos suicidas son respuestas impulsivas a estresantes psicosociales agudos (OMS, 2014).

**“me quiero hacer daño pero despues se que me arrepentire”
(Paloma, 13 años).**

**“a veces me da un poco de miedo tener tantas ganas de suicidarme,
lo bueno es que no tengo el valor, pero igual trato de hacerme daño”
(Bernardita, 25 años).**

**“Tengo unas ganas casi incontrolables de suicidarme, sufro depresión
severa y estoy en tratamiento siquiátrico, a ratos no quiero la muerte,
pero enseguida me digo que es la única solución a todos mis problemas,
que así descansaré y no estorbaré a nadie” (Benjamín, 30 años).**

**“He pensado en tomar pastillas y hacerme un gran corte
Cuándo fue la última vez que pensaste en eso? [TODO MEJORA]
anoche**

**osea... anoche pensé en hacerlo enserio, pero durante todo el dia lo he
estado pensando**

Y qué hizo que no lo intentaras? [TODO MEJORA]

**Fue como de película... justo llegó mi hermana pequeña (tiene seis
años, ella tiene síndrome de down y la amo con mi alma) y pensé en que
no la puedo dejar sola” (Caro, 17 años).**

Esta experiencia está presente y da cuenta de un proceso que no solo transita en la duda del vivir/morir, sino que ahonda en una experiencia de arraigo vital. La persona que atraviesa esta ambivalencia generalmente va tasando hasta qué punto está dispuesta a ceder ante una realidad que se percibe como una amenaza de sí, desde la desventaja de un sí mismo que se aprecia rebajado y con una autovalía desestimada. La ambivalencia da cuenta de que el individuo no está excluido de la sociedad, no está completamente aislado.

**“Sinceramente creo que no vale la pena
Para que buscar nuevas formas de estar mejor si nisiquiera quiero estar
viva?” (Caro, 17 años).**

**“y solamente quiero desaparecer porque he sufrido mucho...no le hayo
sentido a nada...” (Sergio, 24 años).**

“osea nada me mueve, 0 sentido encuentro a todo” (Josefina, 21 años).

“estoy triste...estoy sola, a punto de acabar con todo...ya nada tiene sentido para mi. sólo quiero desahogarme una vez más y mandar todo a la mierda” (Marta, edad no informada).

“Me estoy quedando sin razones para sonreír, me siento vacía, como si nada tuviese sentido. Y ni mi novio ni mi madre saben de esto.” (Camila, edad no informada).

“quiero morir porque mi vida no tiene sentido... no soy feliz” (Pamela, 22 años).

***“Me siento vacío
No tiene razón alguna
No quiero ir al colegio, no le encuentro sentido, siento que de todas formas podría salir mañana, me atropellarían y moriría” (Vicente, 16 años).***

Así, bajo un prisma sombrío del futuro, se incitan las ideas de autoeliminación. “Los tres aspectos principales de la desesperanza se relacionan con los sentimientos de una persona acerca del futuro y la pérdida de motivación y expectativas. La desesperanza a menudo se puede reconocer por la presencia de pensamientos tales como ‘las cosas nunca mejorarán’ o ‘no veo que las cosas mejoren’, y en la mayoría de los casos va acompañada de depresión” (OMS 2014, p. 40).

“estoy cansada necesito que me carguen” (Javiera, 18 años).

“Y no quiero decirle a nadie porque no quiero que me vean como un problema” (Pía, 24 años).

“Pero es que no, porque mira...una niñes difícil, adolescencia difícil... pasar así ..luego lo que paso hace un año mas la presion de mi novia, sentirme sola practicamente Y hasta cuando? despues que me tocara?” (Javiera, 18 años).

***“Que debo hacer?
Para ser feliz?” (Marcela, 15 años).***

“necesito que en estos momentos alguien me escuche y se ponga en mi lugar” (Raquel, 22 años).

“ya no sé qué hacer con esto” (Paula, 18 años).

El contexto antes retratado es en el que se encuentra la mayoría de las personas que se acercan al programa Hora Segura. Aquí se puede ver la saturación emocional, por lo que la conversación se presenta como un espacio de desahogo. Desde ese espacio se reactiva el tejido social y coincide con los factores protectores señalados por la OMS (2014) en cuanto indican que “Las relaciones son especialmente protectoras para los adolescentes y los ancianos, que tienen un grado más alto de dependencia” (p. 44).

“por favor necesito desahogarme no tengo a nadie que me escuche” (Sandra, 17).

***“Bueno muchisimas gracias por ayudarme a desahogar
Gracias por su tiempo
Un abrazo” (Yamil, 22 años).***

***“Gracias
Me desahogue arto” (Vale, 15 años).***

“bueno con sólo enviar este mail me siento algo desahogada, nadie sabe como siento actualmente, le tengo miedo a la muerte, estoy cansada de llorar, quiero dejar de estar triste, bueno gracias por su atención ^^” (Ester, 15 años).

Finalmente el camino a seguir en las actividades de prevención del suicidio, trazado por la OMS (2014), resalta que en primer lugar estas “deben llevarse a cabo al mismo tiempo que las de recopilación de datos” (p. 9). Es por lo tanto que hemos recogido este espíritu para la construcción de investigaciones empleando los recursos discursivos de nuestro propio programa de intervención y prevención del suicidio: Hora Segura.

DISCUSIÓN

El acoso y maltrato serán focos de interés para siguientes investigaciones desde Fundación Todo Mejora, en tanto se quieran lograr mayores niveles de profundidad analítica de este fenómeno con el fin de avanzar en el cumplimiento de su misión por prevenir el suicidio en poblaciones vulnerables.

El modelo aquí presentado representa solo una de las múltiples posibles salidas que un sujeto puede escoger a la hora de explorar la posibilidad de cambiar una relación de poder donde se vivencia acoso o maltrato.

Es por lo anterior que parece necesaria la exploración más profunda de los diferentes tipos de acoso o maltrato que una persona puede experimentar a la hora de proponer nuevas posibles dimensiones explicativas de las salidas imaginables para la persona que experimenta comportamientos suicidas.

Por otra parte a la hora de diseñar un modelo de intervención preventiva del comportamiento suicida parece necesario complejizar la relación que establece cada sujeto con el mandato de la felicidad. Sobre esto, el rol que juega la sociedad en la construcción actual del sujeto de rendimiento propuesto por Han abre el desafío de pensar formas de vida que rearticulen el entramado social para subjetividades en experiencias de agotamiento. Pensar el suicidio implica llevar la mirada a aquella construcción de sentido, que es finalmente lo que engarza al sujeto a mantenerse inserto en matrices relacionales que le permitan el sostenimiento de su propia subjetividad.

Cabe destacar que en la construcción de sentido el sujeto vivencia una tensión entre los aspectos relativos al mandato de felicidad y el dictamen de su persecución, y la perspectiva sombría del futuro ¿Cómo será posible para el sujeto entonces sortear esta tensión que le produce ambivalencia?

Sobre el elemento de la felicidad en particular, creemos que existe una relación identitaria del sujeto construida en sociedad, por lo que al ser un fenómeno relacional parece relevante su complejidad con miras a futuros estudios.

Se puede concluir que el suicidio es una alternativa entre muchas otras posibles, una forma de buscar una salida ante una cierta problemática, que más allá de la aquí explorada desde el acoso o maltrato, nos deja claro que siempre será prevenible.

No podemos olvidar sin embargo que este es un fenómeno vivo en permanente emergencia. Por lo que no es posible concluir un modelo preventivo de intervención tan solo con lo aquí propuesto, aunque consideramos que es de utilidad integrar lo expuesto en estos resultados, sin que por ello se pueda creer que es el único necesario.

BIBLIOGRAFÍA

Agamben, G. (2011) Qué es un dispositivo. *Sociológica*, 26 (73) pp. 249-264

Foucault, M. (1991) *La Historia de la Sexualidad, Volumen I: La Voluntad de Saber*. Madrid: Siglo veintiuno. Recuperado el 5 de septiembre de 2017 de: <http://www.uruguaypiensa.org.uy/imgnoticias/681.pdf>

Foucault, M. (2007) *Los Anormales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Han, B. (2012) *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.

Han, B. (2014) *Psicopolítica. Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.

Organización Mundial de la Salud (2010) *Décima revisión de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico* Edt. MEDITOR.

Organización Mundial de la Salud (2014) *Prevención del suicidio un imperativo global*. Luxemburgo.

Real Academia Española (s.f.) *Diccionario de la lengua española*. Recuperado el 5 de septiembre de 2017 de: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=M9p6Mlm|M9qfl4S>

Walker, L. (1979) *The battered woman*. New York: Harper and Row

ANEXOS

PROGRAMA HORA SEGURA

Desde el año 2015 Fundación Todo Mejora continua con el exitoso programa Hora Segura (en adelante HS) desde el soporte de la aplicación “Todo Mejora”, mail apoyo@todomejora.org y chat del sitio de Facebook “Todo Mejora”.

El objetivo principal del programa HS es dar contención y recibir consultas de personas que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI), así como prevenir el suicidio en niños, niñas y adolescentes (NNA) que sufren bullying, rechazo familiar y/o discriminación social por su orientación sexual, identidad o expresión de género (OSIEG) en Chile.

Las atenciones se efectúan en horarios establecidos donde la comunidad puede contactarse en tiempo real (exceptuando los casos que escriben al mail) con voluntarixs capacitadx en temas de salud mental en población LGBTI.

Para más información sobre los horarios de atención visita <https://todomejora.org/>
¿Quieres ser voluntarix? Escríbenos a voluntarixs@todomejora.org



ESTUDIO
contexto
www.estudiocontexto.cl