

ABSTRACT

Suicidio, anatomía de la desesperanza: Un abordaje psicosocial, interpersonal, Comodoro Rivadavia. El presente artículo analiza la conducta suicida desde una perspectiva psicosocial y multidimensional, cuestionando su abordaje exclusivo como un fenómeno clínico e individual para conceptualizarlo como un síntoma de fractura en el tejido colectivo. A partir de una tasa nacional que alcanza niveles históricos en Argentina (11,8 casos por cada 100.000 habitantes), el trabajo examina la interdependencia entre las estructuras macro-sociales, las dinámicas vinculares y las respuestas comunitarias.

El marco teórico articula la sociología de Émile Durkheim —mediante las nociones de anomia y suicidio egoísta derivado de la hiperindividualización— con la Teoría Interpersonal del Suicidio de Thomas Joiner, profundizando en la interacción entre la *pertenencia frustrada*, la *percepción de ser una carga* y la *capacidad adquirida* por habituación neurobiológica y psicológica al dolor y al miedo a la muerte. Asimismo, se evalúa el impacto de los factores psicosociales contemporáneos: la atomización digital, la precarización económica continuada y las barreras culturales ligadas a los mandatos de masculinidad tradicional.

El análisis se contextualiza en Comodoro Rivadavia, Provincia del Chubut, explorando cómo la volatilidad de la industria extractiva, los regímenes laborales de aislamiento, el desarraigo migratorio y las rigurosas condiciones geográficas condicionan la salud mental local. Finalmente, se proponen estrategias de intervención comunitaria basadas en la formación de centinelas urbanos, protocolos de posvención e intervención Institucional ante el duelo colectivo, el fortalecimiento de redes de pertenencia presencial y el acceso a dispositivos públicos de atención en crisis las 24 horas.

Palabras clave: Suicidio; Psicología Social; Teoría Interpersonal; Anomia; Capacidad Adquirida; Comodoro Rivadavia; Posvención Comunitaria.



1. INTRODUCCIÓN

El suicidio no representa un fenómeno puramente individual, aislado o de índole exclusivamente psiquiátrico; constituye, ante todo, un síntoma crítico de fractura en el tejido colectivo. En Argentina, la consolidación de cifras históricas que alcanzan los 11,8 casos por cada 100.000 habitantes expone el deterioro progresivo de las dinámicas de integración, el debilitamiento de los lazos de apoyo interindividual y la erosión del sentido de pertenencia social.

Comprender lo complejo de este flagelo exige desplazar la mirada desde el modelo médico tradicional hacia una perspectiva psicosocial profunda. A través del diálogo entre la sociología de Émile Durkheim, y sus conceptos de anomia e hiperindividualismo, y la Teoría Interpersonal del Suicidio de Thomas Joiner, este artículo pretende analizar cómo la intersección entre la pertenencia frustrada, la percepción de ser una carga y la capacidad adquirida encuentra un terreno fértil en contextos atravesados por la inestabilidad socioeconómica, la atomización digital y los mandatos culturales de autosuficiencia.

Asimismo, este análisis cobra una dimensión urgente al pensar Comodoro Rivadavia, Ciudad con dinámicas productivas particulares, transformaciones demográficas aceleradas y condiciones geográficas exigentes, como caso de análisis contemplando que las demandas del entorno moldean de manera singular la salud mental de la población. Frente a la anatomía de la desesperanza, la respuesta exige trascender de la clínica reactiva para reconstruir redes de prevención y posvención comunitarias, capaces de devolver la trama vincular, la utilidad social y la esperanza al tejido colectivo.

2. DESARROLLO

Para abordar el suicidio como un fenómeno multidimensional, el análisis integra cuatro ejes complementarios que van desde las estructuras macro-sociales hasta las dinámicas comunitarias de prevención. Integración y Regulación Social, Teoría Interpersonal del Suicidio, Factores Psicosociales del Incremento Contemporáneo y Estrategias de Intervención Comunitaria y Posvención.

Dimensión 1 - Integración y regulación social

Émile Durkheim (1858–1917) revolucionó la sociología y la psicología social al argumentar en su obra fundamental, *El suicidio* (1897), que un acto en apariencia íntimo y privado está fuertemente condicionado por la **conciencia colectiva** y las dinámicas de la estructura social. Propuso que el bienestar psicológico y la estabilidad de una persona dependen de dos ejes fundamentales: la **integración social** (la fuerza de los lazos que unen al individuo con la comunidad) y la **regulación social** (el grado en que las normas, límites y valores sociales guían y encauzan los deseos del individuo).

Cuando la armonía de estos dos ejes se rompe, surgen dinámicas sociales que acrecientan la vulnerabilidad al suicidio.

El Suicidio Anómico (fractura de la regulación)

La anomia, ausencia de ley o norma, ocurre cuando las estructuras sociales pierden su capacidad de limitar y orientar las expectativas individuales.

Las Personas requieren marcos normativos predecibles para darle sentido al esfuerzo. Cuando las reglas del “juego social” cambian de forma abrupta, las aspiraciones se vuelven infinitas e inalcanzables, generan una sensación constante de insatisfacción, desorientación y desesperanza.

Esto se manifiesta típicamente en períodos de crisis económicas, transformaciones tecnológicas aceleradas o inestabilidad política profunda. Sin embargo, Durkheim señaló que la anomia también puede surgir ante “...bonanzas económicas repentinas...”, “...ya que cualquier cambio abrupto desajusta las expectativas de vida...” (*El Suicidio*, 1897).



La Persona experimenta una pérdida total de puntos de referencia estables, sintiendo que el entorno es caótico, injusto e impredecible, lo que boicotea su capacidad de proyectarse hacia el futuro.

El Suicidio Egoísta (fractura de la Integración)

El término "egoísta", en Durkheim, refiere a un estado de **hiperindividualización** derivado de un tejido social debilitado y no a un rasgo de personalidad ni a la falta de empatía.

Ocurre cuando las Instituciones sociales tradicionales (familia, estructuras voluntarias, sindicatos, comunidades religiosas) pierden fuerza y no logran involucrar a la Persona en una narrativa común. Ésta queda confinada a sus propios recursos emocionales sin una red de contención externa, adicionándole a esta condición el avance de dinámicas hiperindividualistas, la atomización urbana, la soledad no deseada y la sustitución de vínculos comunitarios presenciales por los virtuales o distantes. Cuando la Persona no se siente parte de un "nosotros", las dificultades personales se viven en absoluta soledad. La falta de integración genera un vacío de propósito compartido y una sensación desgarradora de inoperancia social. La Persona siente que su existencia no tiene impacto ni significado para nadie a su alrededor.

La complementariedad en el contexto contemporáneo

En la sociedad actual, el suicidio anómico (por falta de regulación) y el egoísta (por falta de integración) a menudo se solapan: la **precarización y la incertidumbre constante** (anomia) alimentan el **aislamiento y la desconexión afectiva** (egoísmo). Entender ambos conceptos permite comprender que la prevención del suicidio requiere el fortalecimiento de las políticas públicas, del tejido comunitario y los espacios de pertenencia colectiva.

Dimensión 2 - Teoría Interpersonal del suicidio

Thomas Joiner, en la Teoría Interpersonal del Suicidio (TIS), 2005, concibe la conducta suicida como un punto de intersección entre el deseo de morir y la capacidad física y psicológica para ejecutarlo, más que una respuesta impulsiva o reactiva al sufrimiento. Propone separar la ideación de la acción, e indica que para que el deseo suicida se consolide en la psiquis individual deben concurrir tres componentes críticos:

Pertenencia Frustrada

Este componente responde a la necesidad humana fundamental de vincularse. Se consolida cuando dos dimensiones perceptivas fallan simultáneamente:

- **Soledad recíproca:** Sentimiento de no ser comprendido ni valorado en los vínculos cotidianos.
- **Ausencia de conexiones significativas:** Sensación de aislamiento afectivo, donde la Persona siente que no forma parte de una red de apoyo mutuo, es decir "estoy solo".

En entornos de alto impacto operacional o comunitario, este componente se agudiza cuando una Persona sufre el quiebre de su red de pares o atraviesa un proceso de desvinculación institucional, despojándola de su sentido de identidad y camaradería.

Percepción de Ser una Carga

La Persona concluye que su existencia genera un costo neto negativo en su entorno (económico, emocional o logístico).

- **Auto-culpabilización e inoperancia:** La convicción profunda de "mi familia o mi equipo estaría mejor sin mí".
- **Sentimiento de inutilidad social:** La Persona percibe que sus capacidades para aportar se agotaron, transformando su dolor individual en una responsabilidad que cree estar imponiendo a los demás.



Cuando la pertenencia frustrada convive con la percepción de ser una carga, se consolida en la psiquis el **deseo ideacional pasivo o activo de morir**. Sin embargo, según Joiner, el deseo por sí solo es insuficiente para consumir la conducta suicida.

Capacidad Adquirida

Joiner la define como el verdadero "puente" entre la ideación y el acto consumado. Mientras que la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga explican por qué alguien *desearía* morir, la capacidad adquirida explica cómo alguien *puede* superar uno de los imperativos biológicos más potentes de la evolución: **el instinto de supervivencia**.

Nuestro cerebro está neurobiológicamente "cableado" para evitar el dolor físico y la amenaza de muerte. Para quebrar esa barrera, la psiquis y el sistema nervioso deben atravesar un proceso de reconfiguración activa.

La capacidad adquirida no es un rasgo innato ni un deseo repentino; es una **competencia aprendida e involuntaria** que se rige por dos principios (Teoría del proceso oponente de la motivación y las emociones Solomon & Corbit, 1974):

- **Habituaación sensorial y afectiva:** Ante un estímulo aversivo repetido (dolor, sangre, peligro, violencia), la respuesta emocional inicial (miedo, taquicardia, activación de la amígdala) disminuye progresivamente.
- **Proceso oponente:** Inicialmente, la provocación de dolor o miedo genera una respuesta primaria aversiva seguida de un retorno lento al equilibrio. Con la exposición crónica, el cuerpo acelera mecanismos de amortiguación neuroquímica, neutralizando el miedo y generando, en ocasiones, un estado de adormecimiento emocional o analgesia inducida por estrés.

Dimensiones de la Capacidad Adquirida

Joiner divide este fenómeno en dos componentes interconectados que deben estar presentes para que la capacidad sea operativa:

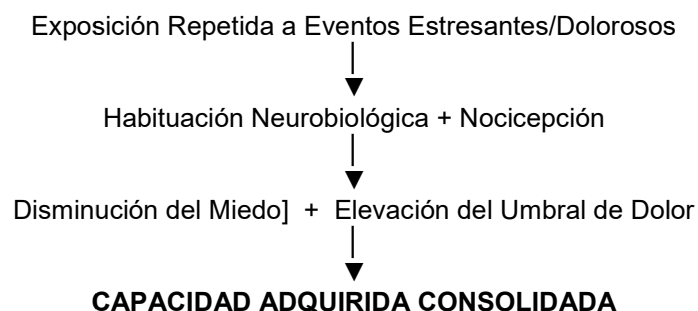
- **Disminución del Miedo a la Muerte**

Es el componente predominantemente cognitivo y afectivo. La Persona pierde la respuesta de sobresalto o pánico ante la idea del propio fin biológico. La muerte deja de percibirse como amenazante y pasa a verse como un evento conceptualmente neutro o conocido. El circuito del miedo (eje HHA y amígdala) reduce su reactividad frente a escenarios de riesgo extremo.

- **Aumento de la Tolerancia al Dolor Físico**

Realizar un acto autodestructivo requiere vencer el freno biológico que el dolor inflige sobre la conducta. La exposición repetida a castigo físico o dolor crónico altera el procesamiento de las vías nociceptivas en el sistema nervioso central, elevando el umbral de dolor tolerable. El organismo aprende a suprimir las señales agudas de dolor mediante respuestas neuroquímicas de afrontamiento.

La capacidad adquirida se incrementa mediante la acumulación de **experiencias dolorosas y provocativas** a lo largo de la vida:



- **Autolesiones no suicidas (ALNS):** Cortarse o golpearse funciona como el "entrenamiento" más directo para superar la barrera del dolor y el miedo a la sangre.
- **Trauma repetido o violencia:** Víctimas de abuso físico, agresión estructural o accidentes graves lo exponen al sistema de alerta biológico a un desgaste continuado.
- **Estatus operacional / Exposición profesional:** Personas expuestas crónicamente a emergencias, traumas ajenos, heridas graves o escenarios de letalidad (médicos cirujanos, primeros respondientes, personal de seguridad) experimentan una habituación vicaria e indirecta al sufrimiento y a la muerte física.
- **Conductas de alto riesgo:** Deportes extremos, abuso de sustancias o imprudencias físicas reiteradas actúan como micro-exposiciones que erosionan paulatinamente el instinto de autocuidado.

Implicancia Clínica y Preventiva

Joiner aporta que la **capacidad adquirida no disminuye fácilmente de forma espontánea**. Una vez que el sistema nervioso se habituó al dolor y perdió el miedo a la muerte, esa desensibilización tiende a permanecer en la neurobiología de la Persona.

La evaluación del riesgo suicida debe considerar la **historia acumulativa de exposiciones traumáticas y dolorosas**, ya que es la capacidad adquirida la que determina el potencial de letalidad inminente.

Dimensión 3 - Factores psicosociales del incremento actual

El abordaje psicosocial del incremento de las conductas suicidas en Argentina implica examinar cómo la intersección entre el contexto macroestructural y las dinámicas vinculares impacta sobre la salud mental y la cohesión comunitaria.

Individualismo, atomización y la ilusión del vínculo digital

El reemplazo progresivo de los espacios comunitarios presenciales por interacciones mediadas por pantallas no representa un cambio tecnológico, sino una transformación sociológica y neurobiológica en las formas de vinculación.

Las Instituciones tradicionales de contención/cohesión comunitaria (centros comunitarios/encuentro, clubes, espacios de encuentro presencial) se hallan en proceso de debilitamiento. En reemplazo, el entorno digital ofrece conectividad pero no necesariamente integración.

Aunque la Persona permanezca en contacto continuo mediante redes sociales, las interacciones suelen ser asincrónicas, filtradas y de carácter superficial. Esto no satisface la necesidad biológica y psíquica de apego seguro, profundizando la experiencia subjetiva de soledad y desconexión afectiva.

La exposición continua a narrativas ideales o estandarizadas en redes virtuales incrementa el sesgo de insuficiencia, favoreciendo vivencias de ineficacia personal que nutren el malestar psicológico.

Precarización, Incertidumbre prolongada y la erosión de la proyección de futuro

La inestabilidad socioeconómica sistemática opera como un estresor crónico que impacta directamente en el Sentido de Coherencia de las Personas, alterando su capacidad para percibir el entorno como comprensible, manejable y significativo.

La imposibilidad de planificar a mediano o largo plazo genera estados de hipervigilancia psicológica y agotamiento del sistema de respuesta al estrés. El futuro deja de percibirse como un horizonte de posibilidad y torna en amenaza constante.

La precarización laboral o la imposibilidad de sostener proyectos vitales o familiares atenta el rol social de la Persona. Esto activa distorsiones cognitivas donde la Persona concluye que su presencia o vulnerabilidad económica resulta un peso desmedido para su entorno, percibiéndose como una carga.



Cuando el esfuerzo sostenido no se traduce en estabilidad o movilidad social, se consolida una vivencia de impotencia, desesperanza aprendida y que vacía de sentido el proyecto de vida.

Estigma persistente, barreras culturales y sesgos de género

A pesar de los avances en materia de visibilización y marcos normativos en salud mental, persisten barreras socioculturales que condicionan de manera diferencial la expresión del sufrimiento y la búsqueda oportuna de ayuda.

El modelo de masculinidad tradicional impone al varón la exigencia de autosuficiencia, contención emocional, restricción del llanto o la vulnerabilidad, y el rol de proveedor.

La imposibilidad de comunicar verbalmente el dolor psicológico lleva con frecuencia a la exteriorización del malestar mediante conductas de riesgo, abuso de sustancias, irritabilidad o aislamiento extremo.

Esto se traduce en una brecha de género donde, si bien las mujeres suelen registrar mayores tasas de ideación o intentos, los varones consuman el acto en una proporción significativamente mayor debido a la consulta/contención tardía y a la elección de métodos de mayor letalidad (fuente: Ministerio de Salud de la Nación Argentina, específicamente de los datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud y la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2026)

El temor a la sanción social, laboral o institucional frente a un diagnóstico de salud mental genera ocultamiento del sufrimiento. La falta de redes de detección temprana en espacios cotidianos (laborales, educativos o comunitarios) retrasa la intervención hasta situaciones de crisis aguda.

El abordaje de estas transformaciones requiere trascender el enfoque puramente clínico-individual e incorporar estrategias de prevención comunitaria, fortalecimiento de la red vincular y desarticulando activamente de las barreras culturales que impiden el acceso a la atención.

Dimensión 4 - Estrategias de intervención desde lo comunitario

Para involucrar la dimensión comunitaria en la prevención y posvención del suicidio, es necesario conceptualizar el entorno social no como un mero espectador, sino como el **agente principal de salud y contención**. Desplazar la mirada desde el modelo puramente médico hacia el enfoque psicosocial implica fortalecer las redes vivas donde transcurre la cotidianeidad de las personas:

- **Redes Comunitarias - Detectores Tempranos y "Centinelas"**

Las señales de sufrimiento psíquico suelen manifestarse en los entornos habituales (escuelas, lugares de trabajo, sedes vecinales, clubes, etc.) mucho antes de que la Persona busque consulta profesional.

- **Capacitación en Primeros Auxilios Psicológicos (PAP):** Capacitar a docentes, vecinalistas, líderes/referentes barriales, delegados gremiales y compañeros de trabajo/actividad para identificar conductas de retraimiento, verbalizaciones de desesperanza o cambios drásticos de comportamiento.

- **Escucha Activa sin Juicio (escuchamos pero no juzgamos):** La función de la red comunitaria no es diagnosticar ni tratar, sino validar el dolor, romper el aislamiento inicial y servir de **enlace** hacia el dispositivo de salud o la red de contención adecuada.

- **Políticas de Posvención - Acompañamiento, Duelo Colectivo y Mitigación del Riesgo**
La posvención contempla todas las acciones dirigidas a acompañar a los allegados, familias, instituciones y comunidades tras la consumación de un suicidio. Un evento de esta naturaleza conmociona la red social y eleva el riesgo psíquico del entorno afectado.

- **Mitigación del "Efecto Contagio":** Abordar de manera técnica y responsable la comunicación del evento, evitando la romantización, los detalles explícitos sobre el método o la búsqueda de causalidades simplistas.



- **Acompañamiento del Duelo Traumático:** Ofrecer contención profesional y comunitaria a la familia y amigos ("supervivientes"), quienes frecuentemente enfrentan sentimientos severos de culpa, estigma y la distorsión de su propia red de pertenencia.
- **Intervención en Instituciones Impactadas:** Desplegar dispositivos de escucha grupal en las Escuelas, lugares de trabajo o instituciones donde la persona participaba, permitiendo la elaboración colectiva del dolor y reestableciendo la seguridad del grupo.
- **Fortalecimiento del Tejido Colectivo - Restauración de la Pertenencia y el Sentido**
Frente a la pertenencia frustrada y la percepción de ser una carga, la comunidad actúa como un factor protector salutogénico cuando abre espacios reales de participación y utilidad social. Fomentar espacios físicos de encuentro (talleres culturales, actividades deportivas, huertas comunitarias, grupos de voluntariado) donde se restituyan los vínculos cara a cara.
Promover que cada integrante de la comunidad, especialmente jóvenes y adultos mayores, ejerza un rol activo. Sentirse necesario e integrado a una tarea compartida neutraliza directamente la idea subjetiva de ser un peso para los demás.

3. COLOFÓN

Sostener que la conducta suicida es un síntoma de fractura social implica admitir que su abordaje no puede quedar postergado a los pasillos clínicos ni a la respuesta reactiva ante la crisis agudizada. Frente a la aceleración de la atomización digital, la volatilidad económica y las exigencias de un modelo productivo que frecuentemente posterga la contención afectiva, la desesperanza se alimenta del silencio y del aislamiento.

La experiencia acumulada en territorios expuestos a la intemperie demográfica, laboral y climática, caso Comodoro Rivadavia, demuestra que la fortaleza de una comunidad no se mide únicamente por su capacidad de producción o por sus indicadores de desarrollo material, sino por la solidez de sus redes humanas invisibles. Reconstruir esas redes exige la voluntad compartida de desarticular el estigma, ofrecer una escucha sin juzgar y garantizar que cada Persona encuentre un espacio legítimo de pertenencia y utilidad social.

La prevención del suicidio es, en su sentido más profundo, una tarea de restitución de la esperanza colectiva. No se trata solo de evitar un desenlace trágico, sino de construir un entramado comunitario en el que el dolor psíquico pueda ser nombrado, acompañado y transformado en vida compartida.

Mtr. PS Gabriel A. Sánchez
Septiembre 2026

