

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA**



**TÍTULO**

La significación del intento de suicidio como expresión de los procesos de construcción social del género: un análisis hermenéutico en el caso cubano

**TESIS**

Que para obtener el grado de Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

**PRESENTA**

MSc. Alejandro Arnaldo Barroso Martínez

**Comité de Tesis:**

**Director:** Dr. Gilberto Hernández Zinzún

**Asesora:** Dra. Ángela Beatriz Martínez González

Ciudad de México, septiembre de 2018

## **Agradecimientos**

Quiero agradecer al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (CONACT), por los recursos sistemáticos que han permitido realizar este proyecto. A mi madre, a quien ninguna oración podría hacerle justo reconocimiento porque ha sido todo para mí.

Quiero dedicar un lugar especial al Dr. Gilberto Hernández Zinzún, por haberme acompañado durante todo el proceso en diálogo, con sabiduría, dedicación, y empatía. También a la Dra. Ángela Beatriz Martínez González por sus comentarios precisos y empatía.

Al esmerado colectivo de docentes del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva, a mis compañeros de salón, al Dr. Juan Guillermo Figueroa, y a la Dra. Berta Moreno Küstner. Si he llegado hasta aquí es porque todos me han sostenido sobre sus hombros.



“La salud no es solamente la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales” (Canguilhem, 1990, p.10).

## Resumen

La construcción de masculinidades y feminidades son procesos sociales contextualizados, y consustanciales al ser humano en calidad de ser social. Por esta razón, la forma en que se normaliza y se asume el género, es también un proceso de normalización de las formas de pensar y sentir de los seres humanos. Por ello, el objetivo general de la presente investigación es explicar la relación entre las construcciones sociales de feminidad y masculinidad, y la forma en que se significa el intento de suicidio en el contexto cubano. En función de este objetivo, se realizó una deconstrucción crítica de la forma de entender la determinación social de la salud mental en el enfoque biomédico, así como sus limitaciones para la comprensión del suicidio. A partir de ese proceso, se construyó una aproximación hermenéutica al tema, tomando como referencia teórica los aportes de la teoría social. En este sentido, las categorías teóricas centrales del estudio fueron: *intento de suicidio, construcciones sociales de género, masculinidad, feminidad, y significación*. Para comprender la articulación entre estas categorías, se argumentó la pertinencia de una metodología cualitativa, a través de estudios de casos, y con apoyo de la entrevista semiestructurada en profundidad, como herramienta fundamental para el encuentro con las personas. Ello, bajo consideraciones éticas precisas. El análisis de la información se llevó a cabo a partir de un enfoque hermenéutico, y a través de dos etapas interdependientes. Los resultados permitieron sostener que la significación del intento de suicidio se explica como parte de la significación histórica diferencial de los comportamientos y emociones del ser masculino y el ser femenino. Ello, a través de voces sostenidas como parte del orden político y económico, los referentes epistemológicos y teóricos de la atención en salud mental, los modelos educativos, y las creencias religiosas, que explican el sufrimiento de las violencias, la ruptura del lazo y la integración social, una forma de ver, entender y sentir el mundo como ser socializado dentro de una perspectiva de género, así como la normalización de las formas de sentir y expresar el malestar emocional.

**Palabras clave:** Intento de suicidio, significación, masculinidad, feminidad.

## **Abstract**

Masculinity and Feminity are social processes culturally rooted, and depend on human socialization as part of society. Since gender is assumed, there is a normalization process of thinking and feeling of human being at the same time. For this reason, the general objective of the current research is explain the relationship between feminity and masculinity as social constructions and suicide attempt signification in Cuba. A critic approach about biomedicine understanding of mental health and suicide was built. Within the framework of a previous approach, a hermeneutic methodology was built, supported mainly by suicide attempt, gender, masculinity, feminity, and signification as theoretical categories. For understanding categories relationship a qualitative methodology was developed, through case studies, and semi-structured interviews as methodological tool. It has been made under ethical considerations. Analysis was developed from hermeneutical framework, and through two steps. The results show that suicide attempt meaning is shaped by political and economic order, epistemological and theoretical frameworks of mental health attention, educational models, and religious beliefs. They may explain suffering from violence, social disintegration, the way of feeling and thinking, and normalization of emotions recognition and emotional distress expression.

**Key words:** Suicide attempt, signification, masculinity, feminity.

<b>TABLA DE CONTENIDOS</b>	
<b>Resumen</b>	<b>6</b>
<b>Introducción</b>	<b>8</b>
<b>Problema de Investigación</b>	<b>13</b>
<b>Justificación del estudio</b>	<b>23</b>
<b>Capítulo I. Contexto general de la Investigación</b>	<b>33</b>
<i>Caracterización epidemiológica y legal del tema del suicidio</i>	<b>33</b>
<i>El escenario mundial</i>	<b>33</b>
<i>El escenario en Cuba y La Habana</i>	<b>38</b>
<i>El camino por delante en el escenario mundial</i>	<b>41</b>
<b>Capítulo II. La Investigación sobre el suicidio. Un estado de la cuestión con perspectiva de género</b>	<b>43</b>
<i>Caracterización general de la búsqueda</i>	<b>43</b>
<i>Un acercamiento a la investigación sobre el tema en el escenario internacional ¿Qué rol tiene la categoría género cuando no se parte de la relación género-suicidio?</i>	<b>44</b>
<i>La problematización intencional de la relación entre el suicidio y la categoría género</i>	<b>49</b>
<i>Un acercamiento a la investigación sobre el suicidio en el caso de Cuba ¿Qué rol tiene la categoría género cuando no se parte de la relación género-suicidio?</i>	<b>56</b>
<i>La problematización intencional de la relación entre el suicidio y la categoría género</i>	<b>58</b>
<i>Síntesis del estado de la cuestión</i>	<b>60</b>

<b>Capítulo III. Una aproximación teórica</b>	<b>65</b>
<b>Un acercamiento a la respuesta disciplinar de la Psicología, la Sociología, y la red Psiquiatría-Medicina: alcances y limitaciones para comprender el suicidio desde la Salud Colectiva</b>	<b>65</b>
<i>La respuesta de la Psicología</i>	<b>65</b>
<i>La respuesta de la Sociología</i>	<b>71</b>
<i>Una respuesta hegemónica sobre la salud mental con perspectiva de género: el suicidio como tema emergente de la red Psiquiatría-Medicina</i>	<b>73</b>
<b>Un ejercicio crítico de comprensión del suicidio a partir de la teoría social</b>	<b>80</b>
<i>Definir la salud mental como punto de partida: una aproximación</i>	<b>81</b>
<i>¿A través de qué procesos se relaciona la articulación entre lo económico, lo político y lo cultural con la subjetividad? Comprender el suicidio como parte de los procesos formativos de la subjetividad</i>	<b>88</b>
<i>La relación del suicidio con los procesos formativos diferenciales de la masculinidad y la feminidad en el Neoliberalismo: las expresiones de género en la significación del intento de suicidio</i>	<b>91</b>
<i>Una lógica de la subjetividad como proceso formativo</i>	<b>92</b>
<i>La dinámica de las construcciones de género como proceso formativo de la subjetividad</i>	<b>107</b>
<i>La relación entre el proceso formativo de la subjetividad de hombres y mujeres y el suicidio en el contexto neoliberal: una aproximación</i>	<b>114</b>
<b>Un acercamiento a la construcción social del género en Cuba: premisas para comprender la significación del intento de suicidio</b>	<b>126</b>
<b>Capítulo IV. La apuesta metodológica</b>	<b>138</b>
<b>Capítulo V. Análisis y discusión de los resultados</b>	<b>146</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>235</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>245</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>249</b>
<b>Anexos</b>	<b>279</b>

## Introducción

Cerca de un millón de personas se quitan la vida por mano propia cada año en el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014a). La tasa de estas muertes ha crecido 60% en los últimos 45 años, y se espera que para 2020 lo haga 50%. Ello representaría que un millón y medio de personas se quitaran la vida al año (OMS, 2009). El suicidio es un problema de salud a nivel mundial.

Sin embargo, cuando se problematiza la forma en que el tema ha venido estudiándose, fundamentalmente dentro del marco epistemológico del modelo biomédico, se puede afirmar que la emergencia del problema está mediada también por la forma en que se ha construido el fenómeno del suicidio como objeto de estudio. Ello, relacionado a una forma de entender al ser y a la reproducción de la vida social (Martínez, 2007).

Las aproximaciones teóricas y empíricas al tema del suicidio, y específicamente al intento de suicidio, se han producido fundamentalmente desde un marco epistemológico positivista (Canetto, 1992). Ello ha implicado que la determinación social de la salud mental se haya comprendido de modo determinista, a través de la fragmentación de lo social en los llamados “factores de riesgo”, en lugar de comprender el proceso de relación individuo-sociedad (Martínez, 2007; Guinsberg y Martínez, 2009).

Esta comprensión no ha sido posible, porque la determinación se argumenta desde el daño y la enfermedad, así como desde factores con un énfasis en lo biológico y lo individual. De esta forma, se reducen las oportunidades de problematizar la articulación entre lo biológico y lo cultural, y quedan limitadas las posibilidades de comprender el intento de suicidio más allá de un deseo de morir. También surge un vacío explicativo acerca de los procesos que protegen la vida en la particularidad de los contextos culturales.

Como respuesta a estas limitaciones, la presente investigación utiliza críticamente la teoría social para deconstruir y reconstruir el intento de suicidio como fenómeno



social. Aun así, la teoría social es un campo amplio de aproximaciones contradictorias en ocasiones. Por ello, y siguiendo el trabajo de Laurell (1982, 1994) y Samaja (2004), se partió de un grupo de ejes epistemológicos transversales interdependientes desde el campo de la Salud Colectiva para comprender la determinación social de la salud mental, que fueron: *la organización jerárquica de las relaciones sociales a partir de los procesos que ejercen el poder económico y político, la subsunción entre lo biológico y lo social, y la reproducción del ser social a través de la dimensiones subjetiva y material, como parte del mismo proceso de su pertenencia social.*

En este trabajo se sostiene que la investigación orientada con estos ejes además, implica tanto un compromiso político con la protección de la vida social y por lo tanto la salud, como una forma comprender decisivamente los procesos determinantes del intento de suicidio, en lugar de acumular cada vez más evidencias sobre unos u otros factores de riesgo. Como resultado de este proceso se argumentó una postura crítica ante las formas universales, estáticas, y deterministas de entender el género, y el significado; aún dentro de las Ciencias Sociales. También se avanzó en la problematización del género como una construcción social, en la medida en que depende de otros procesos subjetivos y materiales, que instituyen formas de pensar y sentir como parte consustancial de la misma socialización del ser humano.

Si los procesos de socialización ocurren mediados por lo que las personas y la sociedad esperan y atribuyen a los sexos (Lamas, 1995, 2003; Bourdieu, 1999; Burín, 2007), entonces estos procesos son normalizantes e instituyentes de las formas de pensar y sentir históricas de los seres humanos, siempre en relación a los *otros* (Butler, 1999). Por lo tanto, pueden explicar la forma o los procesos a través de los que se significa el intento de acabar con la vida por mano propia.

Este argumento es tanto un punto de arribo como de llegada en el desarrollo de la presente investigación, que marca el ascenso de las emociones como problema empírico, a la significación de los procesos de reproducción de la vida social como problema teórico, y relevante para la comprensión trasversal del ser humano. Consecuentemente, el objetivo general del presente trabajo es: explicar la relación

entre las construcciones sociales de feminidad y masculinidad, y la forma en que se significa el intento de suicidio en el contexto cubano.

Los ejes teóricos que atravesaron el planteamiento de este objetivo fueron en orden jerárquico: un interés por las diferentes trayectorias de vida que cualifican los intentos de suicidio, así como un interés por la significación como proceso en constante movimiento de institución, por la relación bidireccional de la significación del intento de suicidio con las formas de pensar y sentir de los seres humanos, y por la comprensión de las construcciones sociales de género como punto de articulación y expresión de la totalidad social, multidimensional en lo económico, lo político y lo cultural. Por ello, las categorías teóricas centrales del estudio son: *intento de suicidio, feminidad, masculinidad, y significación.*

Como parte del arribo a la inquietud expresada en el objetivo general, y para darle cumplimiento, se fue gestando una aproximación hermenéutica apoyada fundamentalmente con los trabajos de Heidegger (1926), Gadamer (1993, 1995, 1996, 1998), y Thompson (1998). Esta aproximación se desarrolla a través de una estrategia de estudio de casos, y la entrevista semiestructurada en profundidad. Este encuentro con las personas permitió escuchar a quienes no siempre acuden a los servicios de salud mental, a aquellos cuyos malestares emocionales son invisibilizados por las mismas dinámicas cotidianas que viven, y que las personas se escucharan a sí mismas como sujetos de un malestar emocional legítimo.

En lo que sigue, el estudio articula los contenidos a través de cinco capítulos. El primero tiene el objetivo de contextualizar epidemiológica y legalmente el tema del suicidio, tanto a nivel internacional como específicamente en el contexto cubano. El segundo capítulo tiene el propósito de mostrar las líneas de investigación sobre el tema del suicidio. Para ello se entrecruzan dos bloques de resultados: **los estudios con orientaciones generales**, en los que no necesariamente se investiga intencionalmente la relación suicidio y género, y por otra parte, **las investigaciones que problematizan intencionalmente esta relación**. Ambas orientaciones investigativas tanto en el contexto internacional, como en el cubano específicamente.

El capítulo III está dedicado a la teoría, con el objetivo de argumentar una aproximación teórica pertinente para comprender la relación entre las construcciones sociales de género, y el intento de suicidio. Esto con el propósito también de sostener la pertinencia de un procedimiento metodológico. Por esta razón, se traza una trayectoria en busca del alcance y las limitaciones de las respuestas de la Psicología, la Sociología, y la red Psiquiatría-Medicina para comprender esta relación. Como resultado, el capítulo desarrolla una respuesta integral al tema con apoyo de varias posturas desarrolladas en la teoría social.

Posteriormente el capítulo IV sostiene un acercamiento metodológico congruente con la aproximación teórica. Por último, el capítulo V presenta el análisis y la discusión de los resultados a través de dos etapas interdependientes, de modo que se da paso a un grupo de conclusiones y recomendaciones.

Los resultados muestran que el intento de suicidio se significa en el contexto de las expectativas y contradicciones que se reproducen constantemente como parte de la vida cotidiana de la persona, en relación a procesos de diferentes niveles que incluyen el orden político, económico, cultural, las relaciones comunitarias, familiares, y de la persona consigo misma. En la medida en que estos procesos son instituyentes de la propia identidad personal y grupal, habilitan y constriñen de modo diferencial para el ser masculino y el ser femenino, las formas de pensar y sentir. Ello tiene lugar a través del sufrimiento de las violencias, la ruptura del lazo y la integración social, así como la normalización de las formas de pensar y sentir tanto la cotidianidad como a sí mismos.

Estos resultados contribuyen con el desarrollo del campo de la Salud Colectiva, teniendo en cuenta que se aproximan a la determinación social de la salud mental, a través del vínculo entre los procesos del orden económico, político y cultural, y aquellos que se reproducen a través de la comunidad y la familia. A la vez, se abre la posibilidad de cualificar las políticas públicas para la prevención de la conducta suicida desde una perspectiva de género, tanto en el contexto cubano, como a nivel mundial.

En este camino, y a partir también de los resultados del estudio, se abren por delante preguntas del tipo: ¿cómo reconstruir las formas de pensar y sentir de los seres humanos supeditados a modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad, cuando también están comprometidos procesos identitarios? Este estudio es una aproximación que intenta generar nuevo conocimiento sobre la salud mental como campo de estudio, categoría de análisis, y realidad multidimensional de la vida cotidiana. Así, se apuesta por sostener respuestas, y justificar la necesidad de cambiar las preguntas.

## Problema de investigación

La caracterización epidemiológica internacional del suicidio muestra que en casi todos los países, los hombres tienen tasas más elevadas que las mujeres. A nivel mundial, los suicidios representan 50% de todas las muertes violentas registradas entre los hombres, mientras que constituyen 71% para el caso de las mujeres (OMS y OPS, 2014a).

En el marco de la investigación epidemiológica, psicológica y psiquiátrica con orientación positivista, las diferencias en las tasas de suicidio de hombres y mujeres se han explicado como resultado de los métodos empleados por unos y otros. Los hallazgos de las investigaciones muestran que como tendencia, los intentos de los hombres tienen una mayor letalidad, aunque las mujeres son quienes más lo intentan (Borrego y Santana, 2013; Sarracet, Pérez, Pupo, y de la Cruz, 2013; Veranes, Sánchez, Álvarez, Laena y Naranjo, 2013).

También existe una diferencia respecto a los métodos utilizados por unos y otros. Mientras los hombres tienden a utilizar métodos más letales como armas de fuego, ahorcamientos, y precipitación desde las alturas, las mujeres tienden a utilizar en mayor medida pesticidas y fármacos (Navarro y Tuesca, 2003; Cabra, 2010; Coleman y Casey, 2011; Borrego y Santana, 2013; Veranes et al. 2013; OMS y OPS, 2014a).

A pesar de estos datos, este tipo de análisis tiene una limitación fundamental: *hombres y mujeres no son categorías demográficas, sino procesos instituidos e instituyentes a través de una socialización diferenciada que se apoya en normas y sanciones sociales, y que configuran una forma de percibir y posicionarse vivencialmente ante el mundo, y ante uno mismo* (Breilh, 1996; Butler, 1999, 2001; Lamas, 2003; Burín, 2007). La socialización adopta cualidades diferenciales que implican asumir una identidad de género ante los otros, y ante uno mismo. Este proceso de socialización no se reduce a las relaciones interpersonales, porque la pertenencia, la participación, las oportunidades y proyectos, tienen sentido y se realizan dentro de contextos económicos, políticos, y culturales específicos.

De esta forma, ser socializado en una perspectiva de género implica un proceso por el que se aprende a vivir y sentir. Se aprende a definir y solucionar problemas de una forma particular, mediada por un contexto económico, político, y cultural que se hacen tangibles para los grupos humanos en forma de oportunidades, limitaciones, necesidades, discursos, etc.

Por esta razón, comprender el suicidio con una perspectiva de género no es describir resultados en el grupo de hombres, y describir resultados en el grupo de mujeres, ni reducir la mirada a la comparación entre grupos. Es imprescindible deconstruir y problematizar la masculinidad y la feminidad en sus propias cualidades normalizadas socialmente, es decir, asignadas y asumidas por los propios individuos y grupos.

Ser hombres o ser mujeres son procesos históricos vinculados a la propia reproducción económica, política, y cultural de la sociedad (Lamas, 1995, 2003; Breilh, 1996). Los roles y expectativas asignados a cada uno de los sexos han sido construidos socialmente en relación a sus funcionalidades para una forma de entender la sexualidad, la familia, y las relaciones laborales. Hay muchas formas de ser hombres y mujeres, sin embargo son sancionadas en relación a modelos centrales o hegemónicos.

La cualidad de hegemonía de estos discursos plantea algunos problemas irresueltos a la salud mental. Retomando la crítica de Willians (1980) a la forma lineal de entender las ideologías hegemónicas, si hay prácticas y voces que han llegado a ser hegemónicas, es porque han existido procesos de imposición y exclusión de unas voces sobre otras, y de unos grupos humanos sobre otros. En este sentido, el hecho de que existan una masculinidad y una feminidad hegemónicas, implica una presión constante sobre quienes asumen esos modelos, y sobre quienes se resisten a ellos, con implicaciones para la salud mental. De esta forma, lo que se denomina como normalización, es a la vez un proceso de institución normativa de formas de ser.

Por otra parte, si bien existen discursos que han normalizado tradicionalmente lo que se espera de hombres y mujeres, la misma situación socioeconómica creada y

sostenida en la sociedad neoliberal, ha tensionado la posibilidad de cumplimiento de roles asignados a los sexos. Se espera que el hombre sea proveedor material y de seguridad para el hogar (Pagés, 2010; Imberton-Deneke, 2014). Esto coincide con los resultados de la investigación del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF) (2012) por sus siglas en inglés.

Estas expectativas circulan precisamente en un contexto de creciente precarización laboral, y ruptura del llamado “Pacto Social” (Boltvinik, 2015). Como consecuencia, la identidad masculina construida a partir de los discursos hegemónicos debe reinventarse y aprender a manejar la incertidumbre que caracteriza la nueva etapa (Lipovetsky, 2007, 2008; De Quiroga, 2012).

Se espera que la actividad y las vivencias de la mujer se reduzcan al espacio privado-doméstico para el cuidado del hombre y del hogar (Lagarde, 2005; Burín, 2007; Guzmán, 2007). Ello ha conllevado una invisibilización del trabajo doméstico como una fuente de autoestima, y una precarización en el sustento económico y el disfrute del tiempo libre en la vida de las mujeres (UNICEF, 2012).

El mismo contexto que ha sostenido las relaciones laborales, educativas, y familiares en un discurso hegemónico y normativo sobre los géneros, limita las posibilidades de adecuarse a los roles esperados. Las investigaciones de Mohanty (2005), Bonaldi (2010), y UNICEF (2012) sostienen que las exigencias de la sociedad tienen un impacto diferencial para la salud mental de hombres y mujeres.

Un ejemplo es la optimización del cuerpo. Para la economía neoliberal esta es una forma de incentivar el consumo y la optimización de la fuerza de trabajo (Byung-Chul, 2012, 2013, 2014a). Para el ser hombre esto ha representado un incremento en la represión del dolor emocional, mientras que para algunas mujeres ha implicado un incremento en la preocupación por el cuerpo, como signifiante de bienestar emocional. Lo relevante no radica tanto en si se cumplen estas normalidades, como en la fuerza sancionadora que tienen estos patrones.

Vistas así, las exigencias de género tienen un doble carácter que puede ser problemático para la salud mental: *son gratificantes y el individuo se reconoce como*

*tal en ellas, pero también se pueden vivir con angustia e incertidumbre cuando se limita su cumplimiento.* Los trabajos de Sennet (1998) y Lipovetsky (2008) desde la Sociología, así como las investigaciones de UNICEF (2012) y Martínez (2016) ayudan a sostener este argumento.

La reproducción de estos discursos y prácticas hegemónicas tiene implicaciones también para las relaciones inter-género. Ser hombre o ser mujer es un proceso performativo de la propia identidad y el comportamiento. No obstante, en la medida en que ser hombre se ha construido como un rechazo y una dominación de lo femenino, lo que para un hombre es cumplir con un rol asignado socialmente, puede ser a la misma vez problemático para la mujer.

Siguiendo el trabajo de Burín (2007), un ejemplo es la división de responsabilidades en el hogar. En la medida en que se cree que es la mujer la única encargada del cuidado de los hijos, todo intento de esta por acceder al desarrollo profesional las coloca en una posición emocional de estrés y tensión. Deben elegir dicotómicamente entre la familia y otra esfera para la autorrealización, que además, le permitiría romper el círculo vicioso de dependencia económica del hombre.

El análisis sobre las presiones emocionales diferenciales para hombres y mujeres puede ir un paso más allá. Una vez que la socialización de género es un proceso que se ha naturalizado (Lamas, 1995, 2003), las mismas exigencias y roles asignados se viven acriticamente como autoexigencias. Esto implica que los malestares emocionales pueden aumentar como resultado del incremento de las autoexigencias vividas como responsabilidades.

La vivencia de angustia y malestar subjetivo ante las expectativas de género asumidas e incumplidas, no es solo un emergente de la socialización diferencial de los sexos. Hoy esto ocurre en el contexto de una economía neoliberal que organiza la totalidad de la vida social. El resultado de la estimulación creciente del individualismo como una forma de rentabilidad económica, es la vivencia de los individuos acerca de la responsabilidad de sus propias vidas (Byun-Chul, 2014a). En este contexto, las frustraciones y obstáculos en la vida de hombres y mujeres,



con sus particularidades, pueden ser vividas como humillación, vergüenza, incapacidad e incompetencia (Lipovetsky, 2008).

También es relevante la pregunta sobre qué pasa cuando los individuos y grupos humanos se resisten o son críticos con los modelos hegemónicos y tradicionales sobre la masculinidad y la feminidad. Resistirse también tiene un doble carácter problemático: *existe la posibilidad de lograr una forma más flexible de definirse y sentirse como ser humano, pero ello es sancionado por los discursos hegemónicos sobre la masculinidad y la feminidad. Estas alternativas flexibles deben aprehenderse, pero en medio de un contexto socioeconómico muchas veces hostil.*

Noelle, Marx y Katz (2006), Haas, Rodgers y Herman (2014), Montoya, Layo, Rodríguez y Flores (2015), así como Kim, Kim y Hyeong (2016), trabajaron con personas con una identidad y una orientación sexual diferente. Los hallazgos de sus investigaciones explican el intento de suicidio de estas personas, como resultado de la violencia física y psicológica ejercida por otros, quienes consideraban su comportamiento y actitud una transgresión a expectativas y valores sociales.

A partir del trabajo de Canetto (1992), Canetto y Sakinofsky (1998), y las investigaciones de Coleman y Casey (2011), UNICEF (2012), Pridmore y Walter (2013), Imberton-Deneke (2014), así como la de Martínez (2016), se puede sostener que las creencias y expectativas de género pueden ser problemáticas para la vida emocional de los individuos por medio de tres dimensiones: *cuando se intentan cumplir pero existen limitaciones u obstáculos para ello, cuando no se quiere cumplir con estas normalidades, y a pesar de que existe un posicionamiento crítico consciente o inconsciente existen presiones para su cumplimiento, y cuando cumplir con ellas implica una invisibilización de los mismos procesos que constriñen las formas pensar y sentir.*

La salud mental es tanto un proceso sociocultural, como un campo de estudios. En esta lógica, no es posible comprender desde otra perspectiva la relación entre el intento de suicidio y la forma en que hombres y mujeres se piensan y sienten a sí mismos, sino se cuestiona la forma hegemónica en que ha venido entendiéndose el problema. A pesar de que se reconoce teóricamente la necesidad de explicar el

suicidio en relación a la forma de pensar y sentir de hombres y mujeres, *las aproximaciones teóricas e investigativas al tema del suicidio, la lógica del sistema económico y político neoliberal, y las relaciones interpersonales cotidianas sostenidas en los procesos históricos de socialización diferencial de hombres y mujeres*, conforman una red discursiva y de relaciones, cuyos pesos explicativos varían para cada contexto y grupo social.

Aproximaciones teóricas de la Psicología, la Medicina y la Psiquiatría, fundadas en criterios de cientificidad positivista, y consolidadas a través de avances en la Estadística y las ciencias biológicas, han explicado el suicidio fundamentalmente en un esquema de causa-efecto, y a partir de determinaciones biológicas e individualistas (Rudmin, Noli, y Skolbekken, 2003). En estas aproximaciones hay un vacío explicativo en relación al proceso de construcción social del género (Murphy, 1998).

En otras ocasiones se propone explícitamente el estudio de la relación entre el género y el suicidio, sin embargo, se termina explicando el suicidio en grupos de hombres y mujeres, asociando sus vivencias a conjuntos de comportamientos y características de personalidad que se consideran distintivos de cada uno de ellos como grupo. Tal es el caso de las aproximaciones de Blumenthal (2010), y Tsirigotis, Tsirigorits, y Gruszczgunski (2011).

Este enfoque individualista es reforzado por la lógica de la economía neoliberal. En este sentido se pueden realizar dos observaciones. Una forma predominante de proveer bienestar social al menos en los países occidentales, es través de un modelo liberal (Esping-Andersen, 1993). Esto implica que el acceso a la satisfacción de necesidades de todo tipo, y por lo tanto relacionadas con la comprensión de la salud mental más allá del campo de la Medicina, depende del Mercado, el poder adquisitivo, y la productividad laboral. De esta manera, la productividad individual aparece como la vía para acceder a los satisfactores en la vida cotidiana.

Vinculada con esta gestión del Estado, la forma predominante de entender la salud sobre todo en países occidentales, cuyo modelo se ha exportado a América Latina desde los años 90, ha estado influida por una filosofía de la libertad de elección. Las

diferencias y desigualdades en salud se han justificado y aún se justifican a partir de las diferencias individuales (Borrador, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, 2005). Así, la salud aparece como un bien para el cual existen servicios a elegir. La filosofía que sostiene esta postura argumenta la existencia de oportunidades dentro de los precios del Mercado.

Las implicaciones de la estimulación creciente de la individualidad para la salud mental, se encuentran tanto en el plano del acceso a los servicios de salud mental, como en el manejo de las emociones ¿Cómo prevenir el intento de suicidio si su atención requiere el acceso a servicios de salud cuyos costos son inaccesibles para muchas personas?

Esta brecha aumenta mientras más se especializan los servicios, como ocurre con la atención en salud mental. No se puede comprender el tema del suicidio, si no se problematiza por ejemplo, por qué, y según datos de la OMS y la OPS (2014b), en América Latina 58,9% de la población diagnosticada con depresión mayor, considerada de forma recurrente como un factor de riesgo para el suicidio, no recibe atención.

En término de emociones, autores como Lipovetsky (2008) se preguntan qué pasa con la salud mental de quienes no pueden lograr sus metas individuales. Para el discurso económico neoliberal, se trata de personas con falta de previsión, incapaces de competir, e incompetentes. En esta misma línea de pensamiento, no podemos olvidar el auge del mercado farmacéutico, y que los medicamentos son utilizados por la clínica como una vía de contención y prevención del suicidio, tanto en situación de crisis, como en otros tratamientos. La crítica no radica en el empleo de medicamentos, sino en su utilización exclusiva como una vía para solucionar problemas de la vida cotidiana de las personas, es decir, medicalizar la existencia (Galende, 2008).

Una crítica en este sentido, cuestiona las posibilidades de esta medicalización para comprender el malestar emocional de los seres humanos (Galende, 2008; Stolkiner, 2013; Cohen, 2016) ¿Qué pasa entonces cuando pasa lo inevitable, y el medicamento a pesar de estar respaldado en experimentos clínicos no resuelve el

problema? Estas dinámicas generan angustia, sentimientos de que ya no existen más alternativas (Galende, 2008), humillación, incapacidad, e inadecuación (Lipovetsky, 2008). Estos procesos no pueden ser invisibilizados cuando estudiamos la depresión y tristeza asociada al suicidio.

Una de las formas de distorsionar el entendimiento de la determinación social del suicidio en el enfoque epidemiológico de referentes epistemológicos positivistas, es el estudio de los llamados “factores de riesgo. Esta constituye la línea de investigación más prolífica en el estudio del tema a nivel mundial. Como evidencia se pueden consultar las investigaciones de Bejarano, Cabezas, Ramírez, Vázquez, y Vargas (1999), Oviedo, Villatoro y Fleiz (2009), Borges Mora y Orozco (2012). También se pueden consultar los trabajos de Sánchez, Orejana, Guzmán y Forero (2002), y Aristázabal, García, González, Jaramillo, Palacio y Rodríguez (2010).

El estudio del suicidio a partir de “factores de riesgo”, entendidos desde de un enfoque epidemiológico positivista, limita la posibilidad de comprenderlo en relación a los procesos históricos sociales a través de los que se significa la vida social. En la medida en que la persona sobrevive a un intento de suicidio, no solo son importantes las causas pasadas, sino la forma en que podrá enfrentar el futuro.

Para un enfoque clínico de bases epistemológicas positivistas, la búsqueda de las causas es una forma de prever y controlar un intento de suicidio a futuro, sin embargo, ello lo hace de una forma cuestionable. Esta mirada segmenta lo social en variables más o menos importantes, y las reduce a un esquema de causa-efecto (Filho, 2000).

En una aproximación de este tipo está ausente una problematización del vínculo entre las formas de vida social, y las contradicciones socioeconómicas que la obstaculizan o facilitan. Esta ausencia reduce el problema a los referentes clínicos conocidos, y con ello etiqueta a las personas desde una concepción de la enfermedad.

El complemento a los factores de riesgo es la caracterización de los llamados “factores protectores” (Simon, 2006; OMS y OPS, 2014a). En esta lógica, el riesgo

y lo protector continúan comprendiéndose como factores opuestos, sin que exista una discusión de los procesos socioeconómicos, políticos, y culturales centrales, que explican jerárquicamente la significación de la vida social a diferentes niveles. Por esta razón, es insuficiente apelar a una concepción epidemiológico-positivista para argumentar que los “factores protectores” constituyen una mirada comprensiva del suicidio.

Como resultado de esta mirada al suicidio, el énfasis en lo que daña (riesgo) ha relegado el debate sobre lo que protege la vida como parte de la forma en que esta se vive y significa. Por ello es que se ha invisibilizado la discusión sobre aquellas personas que viven problemas similares, y que no intentan quitarse la vida por mano propia.

La OMS y la OPS (2014a) han propuesto de conjunto una estrategia mundial para la prevención y el control de la conducta suicida, que implica trabajar en los ámbitos educativo, laboral, comunitario, y de los medios de comunicación. Sin embargo, la prevención del suicidio no depende solo de su control, y en diferentes ámbitos, sino también de la comprensión de aquellas contradicciones socioeconómicas que ocupan un lugar explicativo central en la forma en que se significa la vida. Esto puede ser una respuesta articuladora a las largas listas e inventarios de “factores de riesgo”, comprendidos desde un punto de vista positivista.

El discurso disciplinar biologicista e individualista sobre la salud mental que se mantiene en la actualidad, tiene implicaciones importantes para comprender el intento de suicidio desde una perspectiva de género. La forma histórica de entender y diagnosticar la salud mental de hombres y mujeres ha diferido de manera ostensible. Filosóficamente el hombre ha sido considerado un ser superior a la mujer, lo que ha implicado un proceso permanente y ampliado de medicalización del cuerpo, la sexualidad, y la salud mental de las mujeres (Lagarde, 2005; Antón, Laveda y Martínez, 2014).

La salud mental de las mujeres ha sido explicada fundamentalmente a partir de determinantes biológicos, mientras que la del hombre lo ha sido desde manifestaciones más comportamentales, como el caso de la impulsividad o la

manifestación de la violencia. Se ha pasado por alto que los roles y expectativas asignados socialmente a los sexos, son los que han constituido los criterios de normalidad para diagnosticar y tratar a la persona.

Si se reduce la mirada exclusivamente a lo biológico e individual, se corre el riesgo de invisibilizar las experiencias particulares a través de las cuales hombres y mujeres significan sus problemas sociales, las alternativas de solución, y las posibilidades de buscar ayuda. Al reducir las explicaciones a lo biológico y lo factorial, el discurso clínico se limita en su comprensión de problemas existenciales. Este saber clínico busca la racionalidad en el conocimiento acumulado, pero que etiqueta, y estigmatiza. Se busca el control del “síntoma”, más que entender los procesos y problemas sociales que esos comportamientos expresan.

Siguiendo el trabajo de Latour (2005), el ser social existe en medio de una articulación de discursos y prácticas sobre lo que se considera la verdad sobre el cuerpo, la sexualidad, la salud y la enfermedad. Definirse, pensarse y sentirse a sí mismo tiene un sustrato biológico, pero es ante todo un proceso de significación. Esto es así, porque la vida social es un devenir de relaciones, y no solo el funcionamiento de los órganos (Sartre, 1973, Gadamer, 1993).

Estar en el mundo es pertenecer, sentirse parte (Heidegger, 1926; Augé, 2000). Por esto, significar no es un proceso excepcional, sino la forma en que acontece cotidianamente nuestra vida (Gadamer, 1993; Thompson, 1998). Consecuentemente, la forma en que se significa el intento de suicidio debe buscarse en la significación de la vida cotidiana. Ello no debe sustituir la pregunta por las causas, sino partir de la significación como un punto donde se puede observar la forma en que se expresa la complejidad de la sociedad donde estamos inmersos. A partir de los argumentos desarrollados en este acápite, el problema de la presente investigación es: ¿cómo se expresan las construcciones sociales de género en la significación del intento de suicidio?

## **Justificación del estudio**

La vida del ser social no es únicamente el funcionamiento de los órganos vitales (Sartre, 1973; Canguilhem, 1990). En este trabajo se coincide con Bueno (1996) cuando explica:

Cuando hablamos de vida humana, sin necesidad de afirmar que ella es independiente de la vida biológica (...) hablamos de una vida que no es reductible a la vida orgánica (...). Porque aunque las estructuras sociales humanas estén formadas por organismos, ellas no son organismos. (p.386)

La vida humana es la realización de un devenir, de un proyecto (Sartre, 1973; Canguilhem, 1990). Devenimos como seres sociales en el mismo proceso de trazarnos metas e intentar satisfacer necesidades de diferentes tipos (Porrás, 2006).

Las diferencias biológicas de los sexos se han utilizado para justificar contenidos y procesos de socialización diferenciados para hombres y mujeres (Vegetti, 1981; Lamas, 1995, 2003), que expresan las particularidades socioeconómicas, políticas, y culturales de una sociedad concreta. Teniendo en cuenta esto, es importante estudiar las construcciones de género como un proceso performativo, instituido e instituyente de las formas de sentir y pensar, su relación con las particularidades de las historias de vida de los individuos, y por lo tanto relacionado con los intentos de quitarse la vida por mano propia.

En este camino, la comprensión de lo social y de lo que consecuentemente es una construcción social es decisiva. Para ello se parte aquí del esquema argumentado por Bruno Latour (2005). Consecuentemente, tanto la delimitación del objeto de estudio como la forma de construir los resultados, parten de lo social como una red observable vivencialmente (estrés, depresión, intento de suicidio), que puede ser recorrida analíticamente para dar cuenta de los entrecruzamientos y procesos históricos que explican la forma en que lo económico, lo político, y lo cultural, se hacen presente en las trayectorias individuales.

Una segunda aproximación que se emplea aquí en este sentido es la de Willians (1980). En su explicación sobre la forma en que se articula la hegemonía hay un proceso valioso para comprender lo que puede ser entendido como construcción social en este trabajo. Siguiendo sus argumentos, se entiende aquí que una construcción social puede ser entendida además, como un complejo de experiencias, relaciones, y actividades normativas y normadas bajo límites y presiones sociales en un contexto determinado. Esta precisión es crucial para entender y explicar las construcciones sociales de género, porque si se parte de ellas para explicar la significación del intento de suicidio, en lugar de explicar cómo han llegado a ser lo que son, se corre el riesgo de una tautología que no produzca nuevo conocimiento.

Desde el siglo XVIII el ejercicio del poder en su múltiples aristas, económica, política y cultural, ha pasado de ser abiertamente coercitivo y punitivo (Foucault, 1979), a operar a través de la conquista del significado en la mente de las personas (Castells, 2009). Por este motivo, adquiere relevancia la construcción de las identidades de género como un proceso instituido e instituyente del significado del *otro* y de uno mismo, en un contexto comunicativo y polifónico.

Los discursos económicos, clínicos y cotidianos forman parte de la significación del ser humano sobre sí mismo (Parsons, 1999). En este sentido, y siguiendo a Foucault (1976), la verdad es aquello que moviliza, sanciona, y regula las verdades sobre los cuerpos, la sexualidad, los modos de vida, e incluso sobre las formas legítimas de sentir y expresar el dolor emocional (Porter, Gilman, King, Rousseau, y Showalter, 1993).

Ante la pregunta por la determinación, la respuesta no se encuentra ni en los procesos estructurales en sí mismos, ni en los singulares e individuales, sino en la forma en que esos procesos económicos, políticos y culturales se materializan en las trayectorias de vida de individuos concretos. Por este motivo, la presente investigación intenta articular lo biológico con lo cultural, y trascender aquellas investigaciones que se presentan como cualitativas, pero se enfocan en la técnica sin problematizar la relación entre las categorías género e intento de suicidio.



Cuando se defiende el argumento de que el suicidio debe ser comprendido en relación a la totalidad de la vida social del individuo, a diferencia del enfoque epidemiológico positivista, se reconoce que el problema no comienza con la atención médica, sino por la preocupación acerca de la forma en que los seres humanos satisfacen sus necesidades, y dan sentido a su vida. Retomar la categoría significación en este estudio permite comprender además, que el suicidio no es sólo un problema de quien lo intenta, sino también de otros como la pareja, los hijos, la familia, el empleador, y el Estado.

En esta lógica, tampoco es un problema que acaba cuando cesa el intento. El tema extiende su repercusión sobre la vida de las personas a través de los procesos de significación y resignificación de un hecho que pasa a ser parte de las historias de vida. Por este motivo, el uso de la categoría significación no intenta ser en este estudio un método de control, o sustituir la explicación por las causas; sino ser un lugar donde mirar comprensivamente la forma en que lo social se expresa *en*, y *a través* de individuos concretos.

Comprender la relación entre las construcciones sociales de género y la significación de los intentos de suicidio, permite explicar la salud mental en términos de los mismos procesos formativos por los cuales los individuos se construyen como tales. En esta misma lógica se rescata la utilidad de problematizar las construcciones hegemónicas de género en relación a otras formas de significar el intento de suicidio, y por lo tanto de proteger el bienestar emocional.

En este marco explicativo, el estudio del intento de suicidio adquiere una importancia prioritaria. Estudiar el suicidio consumado desde una perspectiva cualitativa implicaría el trabajo con amigos y familiares. Sin embargo, cuando se estudia el intento de suicidio se crea un espacio para trabajar con la persona misma cara a cara, comprenderla y ayudarla a escucharse. También se genera la oportunidad para comprender la forma en que el intento de suicidio transforma la vida de la persona, que debe aprender a convivir con la resignificación del acto, y por lo tanto de sí misma.

Este proceso es relevante porque se dirige a comprender la forma misma en la que se protege o no la salud mental, y rescata una dimensión del problema desplazada por el enfoque biomédico. Estudiar el intento de suicidio también es dirigir la mirada hacia el comportamiento como acto expresivo humano, dimensión que también ha sido invisibilizada tanto por el modelo biomédico, como por las propias teorías psicológicas que intentan explicar el suicidio.

Para el campo de la Salud Colectiva, este estudio constituye una oportunidad para valorar el potencial de la teoría social transdisciplinar en la explicación del proceso salud-enfermedad. Ello como parte de la articulación entre lo económico, lo político, y lo cultural. Los resultados favorecen el planteamiento y la argumentación de políticas públicas enfocadas a la prevención del suicidio con una perspectiva de género, y más allá del campo específico de las Ciencias de la Salud.

La selección del contexto cubano para realizar el trabajo de campo puede ser argumentada a través de la misma red problemática planteada en el problema de investigación: *las aproximaciones teóricas e investigativas al tema del suicidio, la lógica del sistema económico y político, y los procesos históricos de socialización diferencial de hombres y mujeres.*

La simbolización de las diferencias sexuales es un proceso universal, sin embargo, investigaciones antropológicas como las de Mead (1973) muestran que el contenido de estas simbolizaciones, así como sus explicaciones, tienen una determinación enraizada en los contextos culturales. Siguiendo el trabajo de Hymes (1967) sobre etnografía de la comunicación, se entiende que incluso, expresiones emocionales y comportamentales similares, pueden tener explicaciones culturales diferentes.

En esta investigación se defiende el argumento de que la creencia en la universalidad de las categorías hombres y mujeres, no es más que un espejismo del propio método positivista que estandariza el malestar subjetivo, y de la investigación que se nombra cualitativa, pero que termina en el inventario de significados.

Teniendo en cuenta estos argumentos, comprender la significación del intento de suicidio por parte de hombres y mujeres cubanos, es una herramienta para entender la forma en que se están expresando las particularidades de la sociedad cubana, en las percepciones y afectos de sus individuos. Esto es una exigencia fundamental para planear políticas públicas con una perspectiva de género, que responda a las verdaderas necesidades del contexto cubano. Este tipo de acercamientos son relevantes para el país, una vez que ha predominado una mirada positivista sobre el suicidio (Linares, 2015).

En el contexto cubano ocurre una particularidad cuyo análisis es relevante para enriquecer una aproximación de Salud Colectiva. Según datos de la Oficina Nacional de Estadísticas (ONEI) (2017b), las llamadas en las estadísticas oficiales “lesiones auto infligidas”, se han constituido por ejemplo de 2011 hasta 2016, como la décima causa de muerte a nivel nacional.

Sin embargo, y ampliando la mirada hacia el contexto social en términos de atención a la salud y modos de vida, Cuba cuenta con un sistema universal y gratuito de atención a la salud, con un énfasis importante en el trabajo comunitario ¿Dónde buscar la explicación al intento de suicidio? La respuesta enriquece un enfoque de Salud Colectiva, en el sentido de que se encuentra más allá de la explicación clínica, y se necesita una articulación entre los procesos económicos y políticos, y la forma en que se significa la vida al nivel de las relaciones interpersonales cotidianas.

Desde el triunfo de la revolución se ha logrado empoderar formalmente a la mujer en el plano jurídico, con expresiones en lo educativo, el empleo, la salud, y la familia. Amén de ello, aún persisten manifestaciones de una sociedad patriarcal, cuya expresión se puede apreciar en las relaciones cotidianas (Pagés, 2002; Castro, 2011).

Uno de los ejemplos más importantes de empoderamiento formal de la mujer es el acceso al empleo y la superación profesional. Al 2015 por ejemplo, y según datos de la ONEI de Cuba, la mujer cubana ocupaba 63,33%, y 63,44% en puestos técnicos y administrativos respectivamente. Esto implica la existencia de una mujer cuyas actividades y proyectos de vida no se han reducido a la esfera privada-

doméstica como en otros países, aunque si representa largas dobles jornadas de trabajo.

La mujer cubana también puede cumplir el rol de proveedor del hogar, asignado tradicionalmente a la figura del hombre. Así, se abre una oportunidad para comprender la salud mental de hombres y mujeres en el contexto de cómo se comportan las relaciones de poder entre los sexos, cuando ambos pueden proveer a la familia, o incluso, cuando la mujer tiene mayor nivel educativo que el hombre.

Este proceso representa la oportunidad de entender y sostener el papel del empoderamiento económico de la mujer como una forma de bienestar emocional, tanto de esta, como del hombre y toda la familia. Este análisis es medular para el campo de la Salud Colectiva, y puede ser un aporte de su visión al debate internacional sobre la construcción de otros discursos y prácticas, sobre las nuevas formas de asumir y vivirse la masculinidad y la feminidad.

En los últimos diez años en Cuba se ha venido produciendo un proceso denominado “actualización económica” (Cordoví y Pérez, 2014; Guerra, 2014). La agudización histórica de la baja productividad en el sector estatal, ha implicado la incapacidad declarada del Estado para asumir el salario fijo que desde el triunfo de la revolución en 1959 se garantizaba a los trabajadores estatales, mayoría en el país.

Por primera vez en la historia de forma masiva un grupo importante de personas han tenido que pasar obligatoriamente al sector de la economía por cuenta propia, con la consecuente pérdida del salario fijo, y la necesidad de reinventarse creativamente para subsistir. Este es el contexto de jóvenes que inician su vida laboral, pero también el de personas con más de 20 años de experiencia en sus puestos laborales, que deben pasar a gestionarse la subsistencia de otra forma de manera repentina. Aún no se ha investigado el impacto de este proceso en la salud mental de hombres y mujeres cubanos.

La misma crisis económica con raíces en los años 90 tras el derrumbe del campo socialista, acompañada de una emigración creciente que envía remesas a sus familiares, ha conllevado la emergencia de nuevos sectores populares con acceso

a mejores bienes y servicios, sin que necesariamente ello esté respaldado por la actividad laboral (Mesa-Lago, 2014). Esto ha implicado la desvalorización del trabajo estatal, la ruptura del ideal de una revolución hecha para los humildes, y el surgimiento de nuevos valores como el individualismo, en medio de un contexto competitivo y precario. Este proceso ha sido estudiado en términos de valores, pero no en relación a las exigencias materiales y emocionales diferenciales que les plantea a hombres y mujeres, en una sociedad que mantiene rasgos patriarcales.

Uno de los ejes que media la explicación de la salud mental desde una perspectiva de género, es el de las exigencias bio-psico-sociales según la etapa de la vida. Cuando esta comprensión cruza el análisis de género con estas exigencias bio-psico-sociales, se puede obtener una mirada más integral del proceso de significación de las relaciones sociales. Por ello en esta investigación se trabajó con personas de diferentes períodos etarios que incluyeron la adolescencia, la adultez, y la adultez mayor.

La adolescencia suele ser vivida como un período de ambigüedad emocional, ubicado psicosocialmente entre los deseos de autonomía e independencia, y la inmadurez emocional, que suele traer como resultado la conocida como “crisis de la adolescencia”. La adolescencia es un período en que la persona vive profundos cambios biológicos, aprende a conocer su cuerpo, se inicia en la vida de pareja, y se producen transformaciones importantes en la identidad personal y la concepción del mundo (Domínguez, 2006).

La adultez por su parte exige la consolidación de familia propia, y el cumplimiento de un proyecto de vida (Domínguez, 2006). Ello, en medio de una creciente precarización laboral, y la necesidad de manejar la incertidumbre sobre el futuro, y por lo tanto de los proyectos personales (Boltvinik, 2015).

Las investigaciones de Reyes y Grás (1999), Foster (2003), y Fischer et al. (2009) sobre el intento de suicidio en la tercera edad, muestran que este es una etapa muy importante a tener en cuenta. En este período las vivencias se vinculan a un grupo de eventos que parecen tener un impacto fundamental en la salud mental de la persona. Entre estos se encuentran la jubilación, estrechamente vinculada a la

vivencia de utilidad e integración social, la soledad ante la salida de los hijos del hogar, así como los padecimientos físicos en medio de la globalización de los valores del productivismo y el consumismo, que valora de forma creciente la optimización y apariencia personal.

Estas mediaciones bio-psico-sociales etarias son relevantes en el caso cubano por varias razones. La adolescencia y juventud cubana está formada por una generación que a diferencia de las anteriores, le está tocando vivir un momento histórico de mayor crítica a los llamados logros de la revolución, a la par de una mayor interacción con otros valores y formas de vida fuera del país.

A la vez en que se desvanecen las esperanzas por una mejora económica en el país, como resultado de la agudización del diferendo político con Estados Unidos ante la actual administración de Trump, adolescentes y jóvenes se “acercan” a otras formas de vida. Ello como resultado de la flexibilidad legal para los viajes al exterior desde 2014, y el acceso por primera vez en 60 años a puntos de conexión a internet.

El grupo de personas mayores de 60 años es igualmente relevante para esta investigación. Este grupo de personas ha sido uno de los más afectados en Cuba por el suicidio, tal y como muestran estudios con diferentes diseños de investigación como los de Alfaro, Valdés, Suárez, Prado y Heredia (2010); Huerta, González, y Kondeff (2012); y Reyes, Romero, Arteaga y Castillo (2012).

Corona, Sagué, Sánchez y Lomba, (2016) muestran que de 1987 a 2014, el grupo de personas mayores de 60 años ha sido el grupo más impactado por el suicidio, con 34,1% de las muertes por esta causa. De igual forma, hay que tener en cuenta que es importante comprender la forma en que los cubanos y cubanas de la tercera edad están viviendo esta etapa, porque se estima que junto a Barbados, para 2050 Cuba será el país más envejecido de América Latina, y entre los más longevos a nivel mundial (Corona et al. 2016).

La selección de La Habana y el municipio Cotorro para la realización del estudio, también obedece a criterios importantes. La Habana tiene características socioeconómicas que entretienen una complejidad, en cuyo contexto es relevante

investigar la significación del intento de suicidio. Por ser la capital del país, sus pobladores reciben más cantidad de alimentos de la canasta básica, subvencionados a través de la “libreta de abastecimiento”. Con ello aumenta el apoyo alimentario a las familias, en comparación con el resto de las provincias.

Lo mismo sucede con los servicios de salud. A diferencia del resto de las provincias del país, su población es la que cuenta con una red mayor y más moderna para la atención en el sector salud, incluida la atención en salud mental. En este sentido, es relevante la pregunta acerca de la relación entre accesibilidad, uso de los servicios, e intervención de la conducta suicida.

La Habana es la ciudad del país con una mayor diversificación de sus actividades económicas, encontrándose representación de actividades agropecuarias, de transportación, de servicios, y el sector de la industria. Esto, junto al deficiente desarrollo industrial del resto del país, a excepción de la industria del turismo, ha implicado que también sea, según cifras del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) (2017), la provincia más receptora de migrantes nacionales. Ello, a pesar de que existe una política que prohíbe la permanencia definitiva en La Habana, de migrantes nacionales sin documentos para permanecer allí. Esto puede implicar incluso, la deportación de la persona dentro de su propio país.

De esta forma, también es la ciudad más poblada de la república, con la mayor densidad poblacional que junto a la crisis económica, han creado un déficit habitacional sin precedentes en el país. A la vez que el grupo de personas mayores de 65 años es uno de los de mayor riesgo de suicidio en el país, según cifras del MINSAP (2017), La Habana es la ciudad con el mayor por ciento de población con 65 años o más (20,42% del total de población del país ubicada en ese período etario).

A la par de estas características demográficas y socioeconómicas, el proceso de permisividad estatal para con el uso público del internet ha comenzado fundamentalmente por La Habana, con lo cual la población que reside allí es la que goza de una mayor conectividad, que es también el vínculo con la familia fuera del

país, y con todos los discursos mediáticos sobre otras formas posibles de vida que se emplean para repensar las necesidades de la sociedad cubana.

Dentro de este contexto, se ha elegido al municipio Cotorro por dos criterios. Primero, por la familiaridad con ese contexto socioeconómico específico, la cual se convirtió en una herramienta para la comprensión de los resultados. En segundo lugar, ello fue una vía para viabilizar los desplazamientos para el encuentro con las personas. Tal y como se observó este criterio fue decisivo, porque hablar del suicidio es un tema difícil vivencialmente para las personas, y por lo tanto el rechazo al encuentro y los sub-registros, implicaron la continuidad en la búsqueda de las personas.



## Capítulo I. Contexto general de la investigación

### Caracterización epidemiológica y legal del tema del suicidio

#### *El escenario mundial*

Es necesario caracterizar epidemiológicamente el tema del suicidio a nivel mundial. Esto es una forma de lograr una visión de las dimensiones del problema, y retomar las preguntas no respondidas por los acercamientos tradicionales.

La palabra suicidio proviene del latín *sui*, que significa *a sí mismo* y *caedere* que significa matar, es decir, matarse a sí mismo (Tejeda, 2011). El suicidio es conceptualizado en la literatura científica, como el acto deliberado y voluntario por el que se intenta acabar con la propia vida. La diferencia del suicidio o la conducta suicida con la autolesión, es que en esta última no existe la intención de morir (Apter y Gvión, 2012; Mattewk, 2012).

Según se entiende en un enfoque epidemiológico tradicional, el suicidio consumado abarca un grupo de etapas previas que son la ideación suicida, y el intento. La ideación abarca el deseo de morir, así como la representación de un plan más o menos específico. Por su parte, el intento constituye la acción intencional de atentar contra la propia vida (Saavedra y Vargas, 2012).

La *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en su décima edición (CIE-10) (1992), la *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico* (GLDP) (2003), y el manual *DSM-V* (2013), coinciden en citar el suicidio como un síntoma recurrente en varias enfermedades. En el CIE-10 aparece como síntoma del trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, el episodio depresivo sin síntomas psicóticos, el episodio depresivo dentro del trastorno bipolar, el trastorno por estrés postraumático, y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite.

Por su parte, en la GLDP aparece como criterio diagnóstico para el episodio depresivo leve, y el trastorno de la personalidad emocionalmente inestable. Por último, en el *DSM-V* se cita como síntoma del episodio depresivo del trastorno

bipolar, el trastorno de depresión mayor, y tal como en el CIE-10, síntoma del trastorno de la personalidad límite.

Mientras en 1998 el suicidio constituyó 1,8% de la carga mundial de morbilidad, se estima que para 2020 constituya 2,4% en este mismo indicador (OMS y OPS, 2014a). En Estados Unidos de América por ejemplo, de 1999 a 2014 la tasa de suicidio por cada 100 000 habitantes pasó en mujeres de 4,0 a 5,8, y en hombres de 17,8 a 20,7 (Crosby, Caine, Hindman y Reed, 2015). En México, según datos del *Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía* (2015), del año 2000 al 2013 la tasa por cada 100 000 habitantes subió en mujeres de 1,1 a 1,7, y en hombres de 6,0 a 8,1.

Respecto a su distribución en los grupos etarios, a nivel mundial el fenómeno ocupa la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad (OMS y OPS, 2014a). No obstante, las investigaciones muestran que el fenómeno también tiene una alta incidencia en el grupo de personas mayores de 65 años (Reyes y Grás, 1999; Guilbert y Sánchez, 2001). La revisión de la literatura muestra que los adolescentes y las personas mayores de 65 años constituyen los grupos etarios donde más se ha investigado el tema (Alfaro, et al. 2010; Correa et al. 2011; Huerta et al. 2012, y Reyes et al. 2012).

La OMS juega un papel orientador para las políticas y programas de prevención y tratamiento del tema a nivel mundial. Esta política está orientada fundamentalmente a la prevención y tratamiento de los llamados “factores de riesgo”, como una herramienta que puede ser empleada por policías, médicos, trabajadores de los medios de comunicación de masas, etc. La misma pretende controlar el suicidio en diferentes espacios, cuando en realidad se trata de problematizar los procesos centrales que explican la significación de la vida social.

No obstante, la forma de entender los factores de riesgo es positivista y descriptiva, dadas sus dos limitaciones principales: considerar al factor como una variable con potencialidad causal en sí misma, y fragmentar el entendimiento de la sociedad en factores más o menos importantes, con lo que no se considera el papel determinante de los procesos históricos, y la organización política y económica de

nuestras vidas (Filho, 2000). De esto último, se desprende el hecho de que el riesgo no puede ser analizado como contingencia, sino como parte de los procesos estructurales que determinan las regularidades de nuestra praxis y nuestra conciencia (Breilh, 2008, 2013).

En el campo de las Ciencias de la Salud existe un consenso que define al factor de riesgo como un comportamiento individual, una condición, o conjunto de condiciones psicosociales, que pueden incrementar o precipitar un daño a la salud (OMS y OPS, 2014a). En el caso que analizamos, se trata del intento de suicidio.

Como factores de riesgo asociados al suicidio se han argumentado: la imitación de comportamientos suicidas mediáticos (Phillips, 1974), la iniciación en la vida sexual (Rector, Johnson y Noyes, 2003; Amezcua, Rivera, Atienzo, Castro, Leyva, y Ayala, 2010), los sentimientos de soledad (Castro y Salvo, 2013), la desesperanza (Joiner, 2005), la depresión (Joiner, 2005; Borges et al. 2012; Calvo, Prado, Escobar, Núñez, García, y Barreto, 2013), características psicopatológicas como la impulsividad y la agresividad (Castro y Salvo, 2013), así como el consumo de sustancias (Rueda, Villalba, Camacho, y Jaimes, 2010; Borges et al. 2012; Castro y Salvo, 2013). También, y como causas independientes de cualquier patología cerebral específica, la presencia de lesiones en las zonas prefrontales del cerebro, y bajos niveles de dopamina o noradrenalina (Mann, 2003).

Como parte de esta preocupación por los factores de riesgo, las investigaciones han buscado los llamados “factores protectores”. Estos se definen como aquellos recursos, comportamientos, o fenómenos que pueden evitar la aparición de un comportamiento suicida (OMS, y OPS, 2014a). Se han citado entre otros, el tener redes de apoyo social, las creencias religiosas, así como el sentido de responsabilidad vinculado por ejemplo a la familia, los hijos, la pareja, o la ocupación (Pérez y Asenjo, 2010; OMS y OPS, 2014a). El concepto *factor protector* opera en la misma lógica que lo hace el de factor de riesgo, pues fragmenta lo social en factores que tienen relaciones a históricas con los individuos, y que en este caso dividen dicotómicamente la salud entre lo riesgoso y lo protector.

A pesar de que la caracterización de los factores de riesgo y protectores del suicidio constituye un objetivo prioritario, la revisión de la literatura muestra que se ha sido poco crítico con las premisas epistemológicas que orientan estas prácticas. Algunos psicólogos han sido críticos con el diagnóstico y la intervención basada en riesgos (Simon, 2006). No obstante, su propósito ha sido perfeccionar esta práctica como un proceso relacional entre médico y paciente, sin cuestionar sus bases epistemológicas (Simon, 2006). Un análisis epistemológico implicaría cuestionar los conceptos de ser humano y salud de los que se parte, y su repercusión para entender el suicidio como un fenómeno social.

Las notificaciones de los casos, la búsqueda de ayuda, las acciones permitidas, la estigmatización de las personas, etc, guardan estrecha relación con los marcos legales del fenómeno, que a su vez se justifican en concepciones religiosas y médicas (OMS y OPS, 2014a). Actualmente el suicidio es prohibido por el código penal en países como la India, Gambia, Ghana, Malawi o Nigeria. Las penas van desde multas, hasta la posibilidad de custodia legal por parte de las autoridades.

Incitar o facilitar el suicidio de otra persona ya sea facilitando los medios o información, también es severamente castigado por la ley, esta vez en un mayor número de países (Adinkrah, 2016). Además de los ya citados en los que la incitación también se considera una felonía, se encuentran Kenya (Sección 225 del Código Penal (CP)), Botswana (Sección 222. CP), México (Art. 312. CP), Cuba (Art. 266. CP), y Costa Rica (Art. 124. CP).

Las condenas van desde uno a cinco años en casos como México y Costa Rica, hasta la prisión perpetua como en el caso de Botswana. La despenalización y descriminalización del suicidio no es sólo un tema legal, sino una condición necesaria para el abordaje del tema en el campo de la salud misma (OMS y OPS, 2014a).

Uno de los debates relacionados con el tema del suicidio que está aglutinando un mayor número de esfuerzos y atención a escala mundial, es el relacionado a la Eutanasia y el suicidio asistido. Eutanasia se refiere a las acciones realizadas por una persona para causarle la muerte a otra, a petición voluntaria de esta última, y

en el entendido de que esta muerte será de forma rápida e indolora. El suicidio asistido por su parte, se refiere a que la propia persona solicita información u otro apoyo para acabar ella misma con su propia vida (Sánchez y Romero, 2006; Aguiar, Serrano y Sesma, 2009).

La aprobación legal de uno u otro varía de forma considerable a nivel mundial. En Bélgica por ejemplo, la Eutanasia está permitida. Esto es así desde 2002, mientras que no se habla de suicidio asistido porque el código penal no lo castiga, con lo que se crea una gran incertidumbre. Al igual que en Dinamarca, en Suiza la Eutanasia está penalizada. En Suiza no se pena el auxilio al suicidio, sin embargo se establece como criterio el hecho de que detrás de este apoyo no existan intereses personales ni económicos (Sánchez y Romero, 2006). El único país de América Latina donde está permitida la Eutanasia es Colombia, donde se registró el primer caso legal en 2015 (Castro, Antunes, Marcon, Andrade, Andrade y Rückl, 2016).

El derecho y el acceso a estos procesos es un debate que rebasa los objetivos de esta investigación. A pesar de esto, en la complejidad de los mismos se puede acceder a información relevante para nuestra problematización social del tema. Dos “lugares” a donde mirar para favorecer esta comprensión son: *los argumentos a favor y en contra de la Eutanasia, y las razones por las cuales las personas piden suicidio asistido.*

Un argumento en contra de la Eutanasia es que la muerte es un mal, y que no se puede aliviar causando un mal mayor. El argumento que se esgrime en contra de este, es que no necesariamente la muerte es un mal cuando es superada por el sufrimiento de enfermedades. Otro argumento en contra de la Eutanasia es que la vida es sagrada, y no se puede atentar contra ese bien. Sin embargo, se ha argumentado como oposición a este criterio, que en determinadas condiciones de sufrimiento la muerte digna puede glorificar también la vida (Aguiar, Serrano y Sesma, 2009).

Este par de argumentos encontrados muestra que no se puede comprender la vida como un valor absoluto, y que es necesario incorporar una mirada sobre el sufrimiento de la enfermedad. Por su parte, las razones por las cuales se pide

suicidio asistido revelan tres observaciones importantes: Uno. *El suicidio no es necesariamente un problema de quienes han sido catalogados como enfermos mentales*, Dos. *Desde un enfoque médico con bases epistemológicas positivistas, el profesional se ve desbordado y no sabe cómo responder ante la complejidad social que también puede explicar el suicidio*, y Tres. *La vivencia de uno mismo se explica como parte de la integración y la pertenencia social de los individuos*, tal y como sostuvo Durkheim (1983).

Fischer et al. (2009) en una investigación llevada a cabo en Suiza sobre las razones para pedir suicidio asistido, encuentran que además de la ceguera y enfermedades físicas relacionadas a la pérdida de la movilidad, hubo argumentos relacionados a la pérdida de una vida digna, sentimientos de soledad, el cansancio con la vida, y la insatisfacción a necesidades de atención social. Tal fue el caso de quienes manifestaron frustración al no poder ingresar en hogares de ancianos. Algunas de estas personas no tuvieron condición médica ninguna, sin embargo, ante la necesidad de buscar una explicación dentro de su ámbito profesional, varios médicos intentaron explorar la presencia de alguna limitación física o mental que justificara para ellos la solicitud.

El “cansancio con la vida”, la soledad, o la pérdida de una vida digna no están relacionados necesariamente a un problema clínico. Por ello deben ser entendidos como parte de los procesos de pertenencia y participación social de los individuos. La postura axiológica de esta investigación es sobreponerse al eje de decisión (se permite-no se permite), (a quien sí y a quien no), para problematizar los determinantes sociales de las formas de vida, como parte en última instancia, de un compromiso con la protección a la salud mental de todos y todas.

### ***El escenario en Cuba y La Habana***

La República de Cuba es un archipiélago formado por más de 1600 islas, islotes y cayos, con una extensión total de 109 884 01 Km <sup>2</sup>, entre los cuales la isla de Cuba es la mayor. La república se ubica en el centro del mar Caribe, y según cifras del MINSAP (2017) al 2015 tenía una población de 11 239 004 habitantes.

## Imagen 1. Posición geográfica de la República de Cuba.



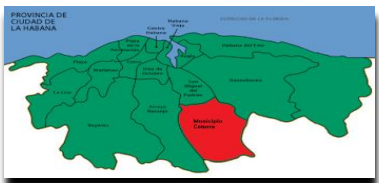
**Fuente:** Google.

Cuba es un país independiente, con sistema social declarado socialista desde 1961. Ello ha implicado un sistema de educación y salud universales y gratuitos, sustentados en un enfoque de Derechos Humanos.

La Habana es la capital del país. También es la ciudad más poblada, con 2 125 320 habitantes. En términos de tasa ajustada de “lesiones auto infligidas”, la provincia ocupa el lugar número 14 entre 16 provincias, con una tasa de 5,7 por cada 100 mil habitantes, mientras que la provincia con la tasa mayor es la Matanzas, con 12,5.

El Cotorro a su vez, es un municipio ubicado al sureste de La Habana, y colinda con la provincia Mayabeque. Tiene una población estimada de 74 576 habitantes, y sus actividades económicas fundamentales son la agricultura, los servicios, y la industria, fundamentalmente metalúrgica y de alimentos. Es el municipio más industrializado de La Habana, como resultado de la combinación de un contexto urbano y rural. Como parte de la realización del presente estudio, no se pudieron obtener los registros estadísticos de las tasas de suicidio en el municipio.

## Imagen 2. Localización del municipio Cotorro en La Habana.



**Fuente:** Google.

A partir de un estudio epidemiológico realizado en Cuba, se observó que de 1987 a 2014, en orden jerárquico los grupos etarios en los que ha incidido más el suicidio, ha sido en el de personas mayores de 60 años, con un total de 34,1% del total de muertes por suicidio en el período, y posteriormente el de 20 a 39 años (30,6% en el mismo indicador), 40 a 59 años (29,9%), y el de personas menores de 20 años (5,3%) (Corona et al. 2016).

Según muestran los datos de la tabla uno, la tasa de suicidios por 100 mil habitantes teniendo en cuenta los años 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, y 2013 como último registro, ha sido más elevada en hombres que en mujeres. En ambos casos, en los últimos años esta tasa ha tenido un descenso.

**Tabla 1. Comparación de la tasa ajustada de suicidios según sexo. (X 100 000 habitantes). Cuba, 1970/1980/1990/2000/2013.**

AÑO	TASA AJUSTADA POR SEXO	
	HOMBRES	MUJERES
1970	15,6	11,2
1980	22,4	21,5
1990	20,3	16,3
2000	19,6	8,0
2010	15,3	4,0
2013	14,8	3,7

**Fuente:** OMS y OPS (2016).

Si comparamos la tasa de suicidios en Cuba, respecto a diez países de las Américas al año 2009, seleccionados aquí a partir del nivel de ingreso establecido por el Banco Mundial al 2018, y las estadísticas sanitarias de la OMS y OPS (2014b), encontramos que el país ocupa el segundo lugar en la tasa ajustada por edad para la población total, después de Chile. Lo mismo con la tasa para el caso de los hombres, y el segundo lugar para el caso de las mujeres, pero después de Canadá (ver anexos del cuatro al seis).

Estos datos nos muestran parte de la magnitud del fenómeno del suicidio en Cuba. Como revelan las investigaciones consultadas en este trabajo, tal y como en el



escenario mundial, en el estudio del suicidio en Cuba ha prevalecido un interés por identificar y caracterizar factores de riesgo. También existe un predominio de métodos cuantitativos, y la consecuente reducción de lo social a un esquema de causa-efecto.

Desde 1989 el gobierno ha impulsado el *Programa Nacional de Prevención de la Conducta Suicida*, a cargo del Ministerio de Salud Pública. Los objetivos generales de este programa son: reducir la morbilidad por intento suicida, y reducir la mortalidad por suicidio. Como parte de los objetivos específicos se encuentran: capacitar al personal de salud y a la comunidad en temas de salud mental, detectar grupos de riesgo, desarrollar acciones de promoción de salud para fomentar factores protectores y estilos de vida saludables, y realizar investigaciones para tipificar la conducta suicida (OMS y OPS, 2016).

El cumplimiento de los mismos se lleva a cabo por medio de la organización y universalidad que tiene el sistema de salud cubano, y el papel que tienen las unidades primarias de salud en la investigación de todos los intentos de suicidio reportados, dentro de un plazo no mayor a 30 días (OMS y OPS, 2016). Tal y como muestran las investigaciones de Santana, Núñez, Brassard y García, (2010), Olmo, Bello y Arias, (2013), y Hernández, Bernal y Milán, (2012), a pesar de la voluntad política, en la implementación del programa persisten dificultades relacionadas a la falta de capacitación del personal, así como en el registro de la información, y el seguimiento de los casos.

### ***El camino por delante en el escenario mundial***

Congruentemente con la magnitud que ha alcanzado el tema del suicidio a nivel mundial, la OMS y la OPS (2014a) han propuesto que los países reduzcan las tasas de suicidio en un diez por ciento de 2013 a 2020. Se deben diseñar e implementar políticas en más de los 28 países que tienen estrategias nacionales para abordar el tema actualmente.

Del entrecruzamiento entre las perspectivas legales y epidemiológicas surge la caracterización del tema según grupos etarios, sexo, nivel de ingresos, así como de

los medios más empleados para la comisión del suicidio. No obstante, esta visión deja sin responder un grupo importante de preguntas como: ¿qué procesos determinan las diferencias en las tasas de suicidio entre hombres y mujeres? La respuesta debe ir más allá de los medios utilizados por unos u otros, y la letalidad de los mismos. En este sentido, es necesario deconstruir las nociones mismas de hombre y mujer, de masculinidad y feminidad.

¿Cuáles son los procesos que determinan la alta incidencia de suicidios en la tercera edad? ¿Acaso tienen que ver exclusivamente con la soledad, o el padecimiento de enfermedades, o se pueden repensar los procesos histórico-sociales que han significado a la vejez como una etapa terminal y desechable, y al anciano como una carga familiar? ¿Cómo se expresa esto de modo diferente en relación a las construcciones de masculinidad y feminidad?

¿Acaso es suficiente entender el suicidio como un acto individual, a partir de la falta de control sobre el comportamiento o un rechazo a vivir, o es imprescindible pensarlo en su vínculo al malestar generado por un orden social que obliga al manejo de la ansiedad, la incertidumbre, y la frustración? En definitiva, ¿el análisis debe comenzar por el factor de riesgo, o debe deconstruirlo, y en ese proceso comprender la determinación social de las formas de vivir de los grupos sociales? El presente estudio es un esfuerzo en este sentido.

## Capítulo II. La investigación sobre el suicidio: un estado de la cuestión con perspectiva de género

### Caracterización general de la búsqueda

Con el propósito de identificar la forma en que se ha definido y analizado el suicidio como un fenómeno social, se realizó una búsqueda en las bases de datos *Dialnet*, *ProQuest*, *Sage Journals*, y *JSTOR*. También se consultó el sitio web de la *Sociedad Mexicana de Suicidiología*, e *Infomed.cu*. Este último es el sitio oficial para la difusión del saber en Ciencias de la Salud en Cuba. La información se complementó con una búsqueda en el buscador académico Google Scholar.

Para la búsqueda se utilizaron los siguientes bloques de palabras claves. Para el tema del suicidio: *sentido de la vida, muerte por mano propia, quitarse la vida por mano propia, lesiones auto-infligidas, suicidio, ideación suicida, intento de suicidio, suicidio consumado*. Para relacionar el tema con la perspectiva de género: *perspectiva de género, construcciones sociales de género, diferencias de género, masculinidad, feminidad, hombres, mujeres, orientación sexual diferente, e identidad de género*. Estas palabras se emplearon tanto en idioma inglés como en español, y tanto en el contexto internacional como en el caso de Cuba.

Para la selección de las investigaciones consultadas en el ámbito internacional se utilizó un criterio de 17 años al 2017. En el caso de Cuba, teniendo en cuenta la poca disponibilidad de estudios, se empleó un criterio de temporalidad abierta. Cada investigación se analizó teniendo en cuenta una matriz con los siguientes ejes: *Contexto* (Cuba o Internacional), *año de realización, año de publicación, autores, marco teórico de partida, objetivos, métodos, resultados, fortalezas y debilidades, así como recomendaciones* en el caso de mencionarse.

Teniendo en cuenta esta matriz de vaciado de la bibliografía, se empleó un criterio de saturación de la información respecto a los resultados para el caso de las investigaciones internacionales. En el caso de Cuba se incluyeron todas las investigaciones encontradas. Como resultado quedaron registradas 30 y 19 investigaciones respectivamente.

La información obtenida se segmentó en dos grandes bloques: **contexto internacional**, y **contexto cubano**. Al interno de cada bloque los estudios se dividieron a partir de dos ejes. El primero fue el de las investigaciones sobre el suicidio en general, para explorar el lugar que ocupa la categoría género en el contexto de la investigación general del tema. El segundo eje estuvo enfocado en las investigaciones que problematizaron intencionalmente la relación entre el fenómeno del suicidio y el género.

Las investigaciones a nivel internacional abarcan un período de 2002 a 2016, e incluyen los contextos de México, Colombia, Brasil, Estados Unidos de América, Chile, Costa Rica, Irlanda, India, Reino Unido, la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), Ecuador, Alemania, Polonia, Filipinas, Corea del Sur, y la frontera Brasil-Paraguay. De estas investigaciones, 16 indagan en general en el tema del suicidio, y 14 lo hacen sobre la relación específica suicidio-género.

Las investigaciones en el caso de Cuba cubren un período de 1998 a 2014, e incluyen las regiones occidental, central y oriental país. Dentro de este bloque de 19 estudios, 16 se enfocaron en el tema del suicidio en general. De las otras tres, dos lo hicieron sobre la relación entre el género y la salud mental. La restante se enfocó específicamente en la relación entre la categoría género y el suicidio.

### **Un acercamiento a la investigación sobre el tema en el escenario internacional: ¿Qué rol tiene la categoría género cuando no se parte de la relación género-suicidio?**

La investigación sobre el suicidio, al menos en las investigaciones consultadas, puede agruparse en **dos líneas** de acuerdo a sus objetivos. **La primera línea** se centra en la caracterización e identificación de los factores de riesgo asociados tanto al suicidio consumado como al intento de suicidio. En tal sentido se pueden consultar los trabajos de Bejarano et al. (1999), Sánchez, Orejana, Guzmán y Forero (2002), Oviedo et al. (2009), Aristázabal et al. (2010), Borges et al. (2012), y Gallardo, Cano, Chamorro, Meza y Serrano (2017).

La investigación de Calderón, López y Dgz (2016) es ilustrativa de un estudio, que aunque estuvo enfocado a la identificación de los factores de riesgo, trasciende una visión epidemiológica-positivista, cuando se intentan comprender las razones y los significados asociados al suicidio. Los resultados muestran que el maltrato, el rechazo a la imagen corporal, los conflictos de pareja, familiares, el estrés de vivir en zonas dominadas por la violencia social, la falta constante de empleo, y la naturalización de la violencia como una forma legítima de solucionar los problemas, son factores de riesgo para el intento de suicidio de adolescentes y jóvenes de Campeche entre 15 y 25 años de edad.

**La segunda línea de investigación** incluye un grupo de estudios que se dirigen a explorar y comprender el significado del suicidio y el intento de suicidio, en su contexto sociocultural. En esta línea, la explicación del fenómeno no se reduce a un esquema determinista de causa-efecto. Se comprende la determinación como parte de los procesos de articulación entre lo biológico y lo cultural, el individuo y la sociedad, lo general, lo particular y lo singular. En esta línea se destacan aproximaciones sociológicas, antropológicas, y otras que articulan saberes disciplinares desde el campo de la Salud Colectiva.

El eje teórico fundamental que atraviesa los estudios de esta línea, es la preocupación por cómo se ha configurado la subjetividad en el contexto de un grupo de transformaciones socioeconómicas de tipo estructural. En segundo lugar se encuentran estudios que tratan de comprender el significado del suicidio y el intento de suicidio, a través de notas redactadas por personas que atentaron contra su vida por mano propia. Las investigaciones citadas aquí en ese sentido, teóricamente se caracterizan por una ausencia de problematización y deconstrucción del ser social. No obstante, sus análisis son valiosos y se incorporan a la lógica del presente trabajo.

Desde una perspectiva fundamentalmente sociológica, Gregoire (2002), Mohanty (2005), y Bonaldi (2010) analizan el intento de suicidio como parte de las transformaciones económicas de tipo neoliberal en el sector agropecuario en el

Reino Unido, la India, y las reformas económicas acontecidas en la URSS desde mediados de los años 80, respectivamente.

La investigación de Bonaldi (2010) en la URSS permite analizar el contraste entre una forma de vida socialista, organizada en términos de derechos y garantías, y la entrada en vigor de políticas en sentido contrario. Sus resultados se aproximan a la explicación de un grupo de muertes por causas violentas (accidentes, homicidios y suicidios), a partir de cómo el estímulo de la competencia empresarial, y la búsqueda de la rentabilidad económica de las empresas, implicó la pérdida de salarios fijos, la continua movilidad tras las fuentes de empleo, y la precarización general de la vida (acceso a bonos de alimentos, acceso a alojamiento).

La frustración, la desesperanza, y la incertidumbre, pasaron a ocupar un lugar explicativo importante. Refiriéndose a esta situación el investigador sostiene: “Ahora es preciso enfrentar una situación nueva, mucho más caótica e imprevisible que la anterior, y en la cual la experiencia y los viejos saberes parecen servir de poco” (p.10).

Desde un acercamiento antropológico, Arias y Blanco (2010), así como la UNICEF (2012), intentan explicar la relación entre el intento de suicidio y el impacto del neoliberalismo en las formas de vida de pueblos originarios. Los primeros lo hacen en un grupo de pueblos que habitan territorios a ambas partes de la frontera entre Brasil y Paraguay. La UNICEF (2012) por su parte, hace tres estudios de casos con los pueblos: *Awajún*, *Guarani* y *Embera*, pertenecientes a Ecuador, Brasil y Colombia respectivamente.

Conul y Méndez (2014) intentan comprender el intento de suicidio como parte de las transformaciones en los modos de vida social que son consustanciales al desarrollo del neoliberalismo. Para ello usan un enfoque socio-antropológico, y seleccionan jóvenes de la zona central del estado de Quintana Roo, en México.

En las investigaciones que ubican el tema en el contexto del neoliberalismo, es un resultado común el hecho de que el intento de suicidio más allá de expresar un deseo de morir, constituye un emergente de un malestar general en las formas de

vida. Estas investigaciones explican cómo las políticas educativas y económicas de tipo neoliberal, han implicado desplazamientos a otras tierras, la escasez de los recursos naturales que proveían fuentes tradicionales de subsistencia, así como el empleo de estructuras burocráticas e institucionalizadas, que dictan las nuevas expectativas respecto al uso de la tecnología, y un nuevo sistema de empleo.

Esto ha implicado la revalorización e invisibilización de saberes centrales para las identidades comunitarias e individuales (Mohanty, 2005), la precarización de las fuentes de sustento económico (Gregoire, 2002; Mohanty, 2005), la reconfiguración de las relaciones familiares y de pareja, la relación identitaria de las personas con sus territorios (Arias y Blanco, 2010; UNICEF, 2012), y se han legitimado nuevas expectativas conducentes a la frustración, y ruptura de relaciones interpersonales (Gregoire, 2002; Mohanty, 2005; Arias y Blanco, 2010; UNICEF, 2012; Conul y Méndez, 2014).

Como resultado del empleo de la etnografía, los investigadores de UNICEF (2012) constataron que estas transformaciones tienen impactos diferentes en la subjetividad de hombres y mujeres. Esto, debido a los procesos de socialización diferenciada en los que se han formado tales. Estos procesos los han llevado a significar de forma diferenciada aspectos de la misma cultura. En los pueblos Awajún, las mujeres se suicidaban cuando sentían que no habían cumplido con lo que se esperaba de ellas como esposas, en la satisfacción sexual a sus esposos o el cuidado de la casa. Para estas mujeres, el suicidio se significaba también como una salida al sufrimiento que se experimentaba cuando el hombre no valoraba su esfuerzo, en el cuidado de la familia o el hogar.

En el caso de las mujeres del pueblo Guaraní, se apreció cómo la proliferación de los modelos de belleza occidental, se han constituido como un referente de comparación que causa baja autoestima y rechazo en ocasiones al cuerpo. Por último, en los casos de ser hombres y mujeres Embera, también se aprecian impactos diferentes de las transformaciones neoliberales. En los hombres, la migración fuera de sus pueblos constituye una situación estresante, que en las

mujeres refuerza el estrés por la carga de sumar el trabajo tradicional doméstico, a la protección de la familia en ausencia del hombre (UNICEF, 2012).

Una diferencia importante se aprecia en los límites diferenciales que se le imponen culturalmente a los procesos de ser hombres y mujeres en el pueblo Embera, y cómo ello repercute de forma diferente en la significación que se le da al suicidio. Si bien el ser hombre se vincula a la responsabilidad estresante de proveer económicamente a la familia, y esto se dificulta en un escenario de deforestación y agotamiento de las fuentes tradicionales de alimentación, al hombre le es más permitido gozar de las diversiones de la vida pública. Por su parte, al trabajo que realiza la mujer para el cuidado de enfermos, del propio hombre, de los hijos, y del hogar, se suma el estrés que implica para la misma, el hecho de que culturalmente se le restrinja el salir a divertirse (UNICEF, 2012).

La investigación de Imberton-Deneke (2014) comparte con la de UNICEF (2012), el empleo del método etnográfico, y la exploración de cómo se vive y significa el suicidio. Esta vez el estudio se realizó en localidades rurales del estado de Chiapas, en México. Una vez más, la metodología cualitativa permitió identificar que el suicidio se significa de modo diferente en los procesos de constituirse hombres y mujeres, a partir de valores o significantes diferentes para unos u otros, como parte de la educación diferenciada que han recibido.

Los resultados muestran que la violencia doméstica del hombre sobre la mujer, constituye la razón principal para que las últimas intenten quitarse la vida. En el caso de los hombres, y a partir del rol que han asumido tradicionalmente como proveedores económicos de la familia, las principales causas de suicidio se encontraron en la incapacidad para ocupar cargos más remunerados, los conflictos con los padres por el reparto de tierra, así como la falta de dinero para cubrir las necesidades de la familia.

Por su parte, y analizando notas a través del análisis de contenido, tanto Foster (2003) como Ceballos-Espinoza (2014), coinciden en sostener la importancia del *otro* en las vivencias de aquellos que atentan contra su vida por mano propia. El *otro*



representa un objeto de deseo, a la vez que una retroalimentación afectiva que incide en la forma en que las personas se piensan y sienten a sí mismas.

En esta línea, y apelando al trabajo de Foster (2003), uno de los períodos de mayor vulnerabilidad emocional es la vejez, porque las enfermedades y padecimientos generan sentimientos de dependencia, y de ser una carga para esos *otros* que se quieren y aprecian. En este sentido, no se trata solo de lo que dice el *otro*, sino también de cómo se vive la relación.

### **La problematización intencional de la relación entre el suicidio y la categoría género**

Hay un grupo de investigaciones que se han enfocado intencionalmente en el estudio de la relación entre el suicidio y la categoría género. Estas investigaciones consultadas se pueden agrupar en **cuatro líneas de investigación** segmentadas aquí desde un eje temático.

**La primera línea** agrupa a los estudios cuyo objetivo ha sido explorar las diferencias en los factores de riesgo para cometer suicidio, como parte de los procesos de ser hombres y mujeres. En este sentido se encuentran los trabajos de Wunderlich, Bronischt, Wittchen y Carter (2001), Stefanello, Casi, Mauro, Freitas, y Botega (2008), y Amezcua et al. (2010).

Los resultados de estas investigaciones, muestran que los intentos de suicidio y los suicidios consumados en mujeres, pueden explicarse como parte de la violencia y el abuso sexual histórico que han vivido primero en la familia de origen, y luego con la pareja que las violenta psicológica y físicamente. Esto coincide con las observaciones de la OMS (2009).

El inicio de las relaciones sexuales durante la adolescencia, también es considerado de forma diferencial un factor de riesgo para el intento de suicidio, como parte de valores centrales promovidos por los modelos tradicionales de masculinidad y feminidad. Como parte de procesos educativos diferenciados sexualmente, la mujer ha sido educada para el cuidado del hogar y las relaciones afectivas, por lo que

tienden a vivenciar los acontecimientos estresantes como problemas relacionales. En esta misma lógica de la socialización femenina, el principal factor protector identificado para prevenir el intento de suicidio en mujeres, ha sido el hecho de que a diferencia de los hombres, tienden más a buscar y pedir ayuda.

En el caso del ser hombres, tal y como han mostrado algunas investigaciones que no han problematizado la relación suicidio-género desde el comienzo, se aprecia que la incapacidad para proveer económicamente a la familia, el consumo de alcohol, negar la depresión, así como la vivencia del pedir ayuda y el intento de suicidio previo como muestra de debilidad, fueron los procesos que explicaron la relación entre la construcción que se hacía de masculinidad, y el suicidio.

Amezcueta et al. (2010) explican que la iniciación en la vida sexual constituye un factor de riesgo para la ideación y el intento de suicidio más en mujeres que en hombres. Ello, porque en el caso de los hombres esta iniciación es promovida por un modelo hegemónico de masculinidad que valora la conquista sexual. En el caso de las mujeres, estas pueden sufrir angustia e incertidumbre, como resultado de que el modelo hegemónico de femineidad se ha construido sobre la base del control del cuerpo de la mujer, y la valoración de la virginidad hasta el matrimonio. De esta forma, la iniciación sexual de la mujer ha estado históricamente más sancionada que la del hombre.

Dentro de esta primera línea exploratoria, Tsirigotis et al. (2011) se plantean trabajar la categoría rol de género. Analizan las diferencias en los métodos de suicidio utilizados por hombres y mujeres, y su relación con los roles de género. Los resultados muestran que el empleo de métodos más violentos por parte de los hombres, se explica como parte de que se han asumido a sí mismos como más violentos e impulsivos que las mujeres, y menos dispuestos a buscar ayuda.

Por su parte, las mujeres consuman menos el suicidio pero lo intentan más, en parte relacionado a que el intento para ellas, en comparación con los hombres, tiende a tener un mayor valor como llamado de atención. Según Tsirigotis, et al. (2011) la explicación se encuentra en los procesos de socialización, porque el ser femenino

se ha formado como ser interdependiente, primero de la figura del padre, luego del esposo.

**La segunda línea de estudios identificados**, que estudia la relación entre el suicidio y la categoría género, se centra específicamente en las vivencias masculinas y femeninas de la imagen corporal. Los estudios de Kim y Kim (2009), y Cho, Cortéz, Cua, Wong (2013) son referentes en este sentido.

El primero se pregunta por las diferencias de género en la satisfacción con la imagen corporal en hombres y mujeres, y su vínculo con la ideación suicida. Se trata de un estudio longitudinal en el que se entrevistaron 2844 adolescentes coreanos del sur, entre diez y 16 años. En el segundo, Cho et al. (2013) se preguntan por la relación entre el nivel de satisfacción con la imagen corporal, y la probabilidad de suicidio en hombres y mujeres. Para ello realizaron un estudio transversal, en el que se aplicaron escalas de estima personal y probabilidad de suicidio, a 1014 adolescentes de la ciudad de Manila, en Filipinas.

El estudio de Kim y Kim (2009) mostró que a diferencia de los hombres, las mujeres estuvieron más preocupadas por su imagen corporal, y por tanto los sentimientos de insatisfacción con esta imagen, dieron lugar a una mayor ideación suicida en este grupo. Cho et al. (2013) desde una perspectiva estadística, no encontraron diferencias significativas en la correlación entre imagen corporal e intentos de suicidio en hombres y mujeres. Esto lo explican como resultado de que la imagen corporal no constituye una preocupación central para la cualidad de ser mujeres en Filipinas, y por tanto no se aprecian diferencias en el valor diferencial que esta imagen tiene para los géneros.

Hay una **tercera línea de estudios** sobre la relación entre el suicidio y el género. Esta problematiza el suicidio en relación a la identidad de género, y la orientación sexual<sup>1</sup> diferentes, y la violencia social vivida por el individuo a partir de ello. Las

---

<sup>1</sup> La orientación sexual se define como la capacidad de la persona para sentir atracción afectiva y sexual por personas de un género u otro diferente al suyo. Como parte de esta, la clasificación incluye heterosexualidad, homosexualidad, y bisexualidad. Para más información: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. (2013). *Orientación Sexual e Identidad de género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos*.

investigaciones de Noelle et al. (2006), la de Haas et al. (2014), Montoya et al. (2015), así como la de Kim et al. (2016) dan cuenta de esto.

Los primeros se preguntaron cuáles son los factores que explican el intento de suicidio en personas transgénero<sup>2</sup>, y para ello entrevistan a 392 hombres y 123 mujeres en la ciudad estadounidense de San Francisco. Haas et al. (2014) estudiaron el intento de suicidio en hombres y mujeres transgénero, y personas no conformes con su género.

Montoya et al. (2015) exploraron la relación entre la vivencia de la homofobia y el suicidio, para lo cual entrevistaron a profundidad a siete varones entre 20 y 40 años en la zona metropolitana de Guadalajara. Por su parte, Kim et al. (2016), aplicaron la regresión logística a datos de una entrevista nacional en Corea del Sur, para analizar la relación entre el suicidio y la experiencia sexual de lesbianas, gays, y bisexuales.

Los resultados de estos estudios son reveladores. Noelle et al. (2006) encontraron una prevalencia de 32% de casos que intentaron suicidarse entre los entrevistados transgénero, mientras que en el estudio Haas et al. (2014) fue de 46% en hombres y 42% en mujeres. La correlación entre la experiencia sexual y los intentos de suicidio, se explican en estos estudios en relación a la historia de sexo forzado, y discriminación que han vivido estas personas durante su tránsito por la escuela y la familia. Esta discriminación y violencia se ha manifestado incluso en el ámbito de la atención médica.

En la investigación de Haas et al. (2014) se constató que 60% de estas personas, han vivido la negativa de atención por parte de médicos. Esta discriminación además, ha implicado una exclusión de estas personas de procesos educativos, y

---

<sup>2</sup> El término se refiere a una cualidad relacionada a la identidad de género. La identidad de género se define como la vivencia personal del género en relación a las emociones, las formas de vestir, y el cuerpo, incluidos los órganos reproductivos. Transgénero se refiere a una inconformidad entre el sexo biológico y la identidad que la persona siente o se le ha asignado en un contexto social. Para más información: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas. (2013). *Orientación Sexual e Identidad de género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos*.

con ello se han limitado sus posibilidades de superación vocacional, con lo que se han visto afectado sus proyectos de vida, y las posibilidades de autonomía e independencia.

Estas vivencias históricas, junto a la represión de los deseos en varios casos, han explicado los sentimientos de inadecuación, ansiedad, y depresión que han llevado a estas personas a intentar acabar con su vida por mano propia. Montoya et al. (2015) llegan a resultados similares. La vivencia de la homofobia ha llevado a represión, sentimientos de inadecuación, incapacidad, temor, culpa, vergüenza, que también han implicado a que en ocasiones la persona se aísle, con la consecuente ausencia de sentimientos de pertenencia, y la búsqueda de ayuda. La homosexualidad ha sido vivida por otros con desprecio, y esto ha implicado una historia de exclusión y autoexclusión de la persona en los ámbitos escolar, familiar, y comunitario.

**La cuarta línea de investigación** se conforma de un grupo de estudios que a partir de una discusión teórica de la categoría género como construcción social, se enfocan en la relación del suicidio con otra variable que se selecciona precisamente como parte de la discusión teórica sobre el género. En este sentido, la mirada de género atraviesa la construcción de las investigaciones. Los estudios consultados y agrupados en esta línea se realizan fundamentalmente con mujeres, y sobre ejes temáticos que son: *la repercusión del inicio de relaciones sexuales, la vivencia de un matrimonio forzado, la violencia sufrida en relación a sus parejas, y la vivencia de una interrupción voluntaria del embarazo.*

A diferencia de Amezcua et al. (2010) que estudian la relación entre el suicidio y la iniciación de relaciones sexuales, desde una perspectiva factorialista, Rector et al. (2003) analizan esta relación desde una mirada tanto estadística como comprensiva. Rector et al. (2003) encontraron que entre los chicos que iniciaron relaciones sexuales durante la adolescencia, 6% intentó suicidarse en los últimos 12 meses, a diferencia de aquellos que no había iniciado estas relaciones, dentro de los cuales lo intentó 0,7%. En el caso de las hembras, entre quienes habían

iniciado relaciones sexuales 14,3% intentó suicidarse en los últimos 12 meses, a diferencia del 5,1% entre quienes no habían iniciado este tipo de relaciones.

Cuando hacen un análisis comprensivo del papel de las construcciones de género, explican que los hombres sufren por las dificultades económicas que se les presentan para sostener o apoyar a su pareja. Por su parte, las mujeres sufren malestares emocionales como depresión, relacionados a que sienten que la relación es vacía, o el temor al embarazo.

Si complementamos esta explicación con estudios antropológicos, encontramos que la mujer a diferencia del hombre, se ha socializado más como un ser afectivo, encargado de la crianza, la educación de la familia, y el cuidado de los enfermos. Un ser ontológicamente formado en el afecto, buscándolo en una relación en la que ambos pueden estar pasando por una etapa de inmadurez emocional.

Este argumento podría contribuir a la explicación de por qué la mujer siente que la relación es “vacía”. Este tipo de acercamientos comprensivos, es el que complementa y explica la perspectiva positivista del riesgo, en este caso sobre la iniciación sexual de hombres y mujeres, y su relación con el suicidio.

Desde una postura sociológica que enfatiza el papel de la cultura, en 2013 Pridmore y Walter, defensores de la Teoría de los Dilemas del Suicidio, investigaron cualitativamente la relación entre el suicidio y el matrimonio forzado en mujeres. Para ello analizaron varios casos extraídos de noticias y textos históricos. Por matrimonio forzado definieron el matrimonio que se realiza entre dos personas, una de las cuales no está de acuerdo.

Los resultados mostraron que en países como Turkía, Afganistán, Bangladesh y Marruecos, las mujeres jóvenes, incluso menores de 15 años, son presionadas por su familia a casarse con personas de altos ingresos fundamentalmente, como una vía para salir de la pobreza. Esto implica para la mujer, el comienzo de responsabilidades hogareñas en etapas en que aún no están preparadas, pérdida de libertades, y exponerse desde edades tempranas a violencias por parte de sus parejas.

Este proceso conlleva una presión emocional para las mujeres, que se incrementa al ser presionadas por la familia a conservar la relación por el beneficio económico. El suicidio entonces, aparece como una vía de escape a esta situación, vivida como inaguantable para algunas mujeres (Pridmore y Walter, 2013).

A partir de una perspectiva de la Salud Colectiva, Martínez (2014, 2016) realiza aportes que permiten comprender la relación entre el intento de suicidio, y la categoría género como una construcción social, cuyos determinantes no solo actúan a nivel interpersonal, sino que se pueden explicar por procesos estructurales de tipo económico y político.

En 2014 se pregunta por la relación entre la experiencia del intento de suicidio, y la violencia sufrida por mujeres por parte de sus parejas. Para ello aplica entrevistas en profundidad a pacientes mujeres de dos hospitales pertenecientes al estado de Tabasco, en México. Los resultados muestran que la violencia de pareja se legitima tanto en los procesos de ser hombres, como en los constituyentes del ser mujeres.

Ello actúa a través de procesos de construcción social, y los roles asumidos tanto por unos como por otros, que crean dependencia económica y afectiva en las mujeres, y un empoderamiento de los hombres que se ejerce a través de la violencia física, sexual, psicológica, y económica. Estas formas de violencia, que llegan a coartar la capacidad de decisión de la mujer, incluso sobre su propio cuerpo, han implicado que el suicidio se signifique por parte estas como una salida al sufrimiento, el aislamiento al que son sometidas, y la falta de apoyo familiar y gubernamental.

En 2016, Martínez se pregunta en otra investigación por la vivencia del intento de suicidio en adolescentes que interrumpieron voluntariamente el embarazo. Sus resultados argumentan cómo el intento de suicidio en adolescentes que interrumpieron voluntariamente el embarazo, no se puede explicar de forma determinista partiendo a priori de una condición de ser mujer. La explicación está en el proceso de construcción patriarcal que ha construido hegemónicamente a la feminidad sobre el afecto, el encierro del hogar, y el rol del cuidado a la familia.

De esta forma, el suicidio es una salida al sufrimiento experimentado por las mujeres que sienten la interrupción como una pérdida costosa. Ello, porque la feminidad ha sido significada históricamente en su rol materno. De igual forma, la pérdida de un hijo históricamente se le ha reprochado más a la madre que al padre, una vez que el cuerpo de la mujer también ha sido entendido como un depósito biológico encargado de la reproducción de la sociedad (Figuerola y Olguín, 2000).

### **Un acercamiento a la investigación sobre el suicidio en el caso de Cuba: ¿Qué rol tiene la categoría género cuando no se parte de la relación género-suicidio?**

En el caso de Cuba se pueden apreciar al menos **tres líneas de investigación** sobre el suicidio. **La primera línea** se centra tanto en la propuesta de programas de intervención (Rojas, Figaredo y Gutiérrez, 2006) como en el análisis del impacto del *Programa Nacional para la Prevención y el Tratamiento de la Conducta Suicida*. En congruencia con este último propósito, se ha evaluado el quehacer de médicos, enfermeras, y trabajadores sociales, en la identificación, tratamiento y seguimiento de los casos (Santana et al. 2010; Hernández et al. 2012; Olmo et al. 2013).

**La segunda y tercera líneas** son relevantes para la presente investigación, pues parten de dos concepciones diferentes de la causalidad. Tal y como en el escenario mundial, hay una línea de investigación que parte de un esquema de tipo epidemiológico positivista, para identificar y caracterizar los factores de riesgo del suicidio. Estas investigaciones abarcan una diversidad de provincias dentro del país, y se plantean desde el discurso de psiquiatras, psicólogos clínicos, psicólogos de la salud, epidemiólogos, especialistas en ciencias médicas, pediatras, y Médicos Generales Integrales.

Consecuentemente con estas aproximaciones estadísticas y descriptivas, y tal y como sucede en las investigaciones consultadas en el plano internacional, predomina el uso de encuestas y cuestionarios, así como el diseño epidemiológico de casos y controles. En esta vertiente se pueden citar los trabajos de Nápoles, Sorí, Concepción, y García (1998); Betancourt y Lima (1999); Reyes y Grás (1999);



Guilbert y Sánchez (2001); Alfaro et al. (2010); Correa et al. (2011); Huerta et al. (2012); Borrego y Santana (2013); Calvo et al. (2013), Sarracet et al. (2013), así como Fernández, Fernández, Ríos, Báez, Martínez y González (2014).

En Cuba hay una tercera línea de investigación sobre el suicidio. Sus dos características fundamentales son que parece estar apenas sugerida más que desarrollada en sí, y que pretende comprender el suicidio en un contexto social multidimensional y organizado. El estudio que se desarrolla aquí se podría ubicar en esta línea.

Cuando se dice “apenas sugerida”, es porque sólo se encontró un análisis que intenta explicar el suicidio como un fenómeno también vinculado a las formas en que se organiza política, económica, y culturalmente la sociedad en Cuba. De Armas (2007) hace un recorrido por el comportamiento de las tasas de suicidio en Cuba desde el siglo XIX hasta el primer período posterior al triunfo de la revolución cubana. Es relevante cuando argumenta el decrecimiento de las tasas de suicidio a pesar de crisis de los años 60, y cuando intenta explicar el crecimiento de las mismas a pesar de los avances económicos en los años 80, en que la economía del país era sostenida prácticamente por la URSS.

En los años 60, si bien hubo dificultades económicas por la emigración de buena parte de la burguesía y la fuga de capitales del erario público, el proyecto revolucionario generó expectativas de mejorías entre las clases más pobres que eran mayoría. También, y en el contexto de la Guerra Fría hubo tensiones internacionales que agruparon a la población respecto a un proyecto que priorizaba la importancia de lo comunitario, y estimulaba la integración social (De Armas, 2007).

En los años 80, si bien hubo cierto crecimiento económico y mejoría en las condiciones de vida de las personas, la tasa de suicidio alcanzó su máximo (23,2 x 100 000 habitantes en 1982) (De Armas, 2007). Como explicación, el autor trae a debate el impacto para las familias de los procesos de migración, fundamentalmente hacia Estados Unidos, la intolerancia hacia la orientación sexual y religiosa diferente

de las personas, la persecución a los disidentes por pensar diferente al sistema socialista, y los conflictos de género entre un hombre que afianzó su posición de poder familiar sobre la base de un salario fijo, y una mujer que empezó paralelamente a tener más protagonismo en el sector laboral.

### **La problematización intencional de la relación entre el suicidio y la categoría género**

La revisión de la literatura muestra que en Cuba existe un vacío en el estudio de la relación entre la categoría género y el fenómeno del suicidio. Esta afirmación coincide con las observaciones de Angulo y Curbelo (2009), quienes también realizaron una revisión bibliográfica al respecto. No obstante este hecho, se puede identificar en el contexto cubano, un interés por la relación entre la salud en general, y las vivencias durante diferentes períodos etarios. Tal es el caso de la investigación de Abascal, Martín, y Torres (2010).

Abascal et al. (2010) segmentan la población en cuatro grupos etarios (14 a 19 años, 20 a 49, 50 a 64, y 65 o más años). A través de grupos de discusión, encuentran que en el primer grupo los problemas de salud se relacionan fundamentalmente con el consumo de alcohol, las relaciones sexuales, las aspiraciones futuras, y la preocupación por la imagen corporal. En el grupo de 20 a 49 años los diferentes problemas de salud se vinculan esencialmente con el cuidado de la familia, la educación de los hijos, la frustración en las aspiraciones personales, y el conflicto entre el trabajo doméstico y la vida laboral fuera del hogar.

Entre los 50 y 64 años, encuentran que la percepción de los cambios biológicos, la vivencia de la jubilación, la realización personal, las enfermedades crónicas, y el fin de la vida reproductiva, son los principales acontecimientos que explican los problemas de salud. Por último, en las personas de 65 años o más, muestran cómo la soledad, la vivencia de la jubilación, de maltratos familiares, y las enfermedades crónicas, explican la salud física y mental de la persona.

El valor de este estudio para la presente investigación, radica en que aunque no se problematiza como tal la categoría género en su vínculo con la determinación de la

salud mental, los resultados si son sugerentes en este sentido. Es muy valioso apreciar cómo la vivencia de cada período etario, tiene implicaciones diferentes para la salud mental de las personas. Por otra parte, cuando se menciona la vivencia de la etapa reproductiva, de la imagen corporal, o del conflicto entre el trabajo doméstico y el trabajo realizado fuera del hogar, sería relevante preguntarse si estas situaciones se viven por igual en hombres y mujeres, y cómo participa en la intensidad de estas vivencias, el hecho mismo de asumir una forma de ser hombre o mujer.

Reyes, Labrada, Pérez, y Pérez (1999) realizan una aproximación más cercana al tema que interesa en el presente estudio. Los autores se preguntan cómo el cumplimiento de roles productivos y reproductivos, “afecta” de modo diferente la salud mental de hombres y mujeres cubanos. Para ello realizan un estudio retrospectivo en un policlínico docente de La Habana, apoyado en una encuesta de 25 preguntas a 150 personas.

Los resultados sostienen que el estrés en hombres y mujeres tiene una explicación diferencial. Esto, a partir de la vivencia de situaciones diferentes, con las cuales se mantiene una relación particular, producto de la asunción de roles tradicionales sobre lo que significa ser hombre o mujer. En las mujeres, este estrés se relaciona a la carga psíquica que implica encargarse a la vez, de la vida escolar de los hijos, las labores domésticas, y la planificación del consumo en el hogar. A esto se suma el maltrato físico y psicológico al que pueden ser sometidas. En el caso de los hombres, aunque la inestabilidad laboral, los bajos ingresos, y las aspiraciones por ascensos laborales implican un estrés relacionado con la provisión económica del hogar, el hecho de tener una vida pública más amplia que la de la mujer confinada al hogar, les permite una mayor amplitud en las fuentes de gratificación positiva (Reyes et al. 1999).

La investigación de Angulo y Curbelo (2012) con mujeres de la provincia Cienfuegos entre 17 y 59 años, es el mayor acercamiento identificado en Cuba, para el estudio del suicidio con una perspectiva de género. Tal y como Martínez (2014, 2016), su investigación parte de problematizar la categoría género como una construcción

social, y se enfoca específicamente en la relación entre el maltrato a la mujer, y el intento de suicidio.

Sus resultados muestran cómo la asunción de una feminidad, se constituye en un proceso determinante legitimador de la violencia a la que son sometidas por parte de la pareja. Según esta investigación, ser mujer en Cienfuegos, Cuba, está siendo asumir un rol de complacencia del hombre y entrega personal. Ello representa restringir la satisfacción de sus necesidades de tiempo libre a favor del cuidado de la casa y del hombre. También representa la renuncia a expectativas sobre el futuro profesional, y la dependencia afectiva y económica respecto a este último.

De esta forma, la asunción acrítica de una feminidad por parte de las mujeres, reafirma la posición de poder del hombre como proveedor, que se siente en el derecho de disponer del cuerpo de la mujer, y violentarla física, económica, y psicológicamente. La vivencia de estos hechos, es lo que explica el suicidio entre las mujeres estudiadas (Angulo y Curbelo, 2012).

### **Síntesis del estado de la cuestión**

Fueron revisadas 49 investigaciones sobre el tema del suicidio. Un grupo de estas sobre el tema del suicidio en general, para determinar el rol que jugaba la categoría género en el análisis de los resultados, cuando no constituía un eje inicial de problematización. Otro grupo de investigaciones trabajaron específicamente el tema del suicidio desde una perspectiva de género.

En el estudio del suicidio desde una perspectiva general, que implica diversos intereses, predomina un enfoque epidemiológico anclado epistemológicamente en el Positivismo. Este enfoque ha estado dirigido esencialmente a la identificación y caracterización de lo que se ha denominado “factores de riesgo” del suicidio consumado, y el intento de suicidio.

La principal limitación de estas investigaciones para los objetivos del presente estudio, es que “hombres” y “mujeres” se han trabajado como grupos en los que se

han encontrado los resultados, pero no se han discutido como parte del problema mismo de la significación de la vida social.

No obstante esta limitación, han establecido diferencias entre hombres y mujeres en relación a dos ejes: los factores de riesgo, y los métodos utilizados por unos y otros. Se ha encontrado que aunque las mujeres tienden a intentarlo más que los hombres, los hombres son más letales (Tsirigotis et al. 2011; Veranes et al. 2013). Mientras las mujeres emplean más el envenenamiento y el consumo de medicamentos, los hombres se valen de métodos más letales como el ahorcamiento, objetos punzocortantes, y el lanzamiento desde las alturas (Navarro y Tuesca, 2003; Veranes et al. 2013).

También se ha realizado una diferenciación respecto a los que se consideran factores de riesgo para unos y otros. En algunas investigaciones, aunque se parte desde una perspectiva que no problematiza el género desde el inicio del trabajo, se llegan a resultados que incorporan algunos aspectos comprensivos. Esto, gracias al empleo de una metodología cualitativa apoyada en entrevistas a profundidad, y la observación.

En este sentido, los resultados han mostrado que las transformaciones socioeconómicas consustanciales al desarrollo del neoliberalismo, han implicado cambios diferenciados en las formas de vida, y la subjetividad de hombres y mujeres. En esta misma lógica, para los hombres constituyen factores de riesgo, el consumo de alcohol como salida a los problemas (Calderón et al. 2016), la impulsividad, disputas familiares por la posesión de la tierra (UNICEF, 2012), y la precariedad en los ingresos necesarios para sostener económicamente a la familia (Wunderlich et al. 2001; Imberton-Deneke, 2014; Calderón et al. 2016).

En el grupo de mujeres se han identificado como factores de riesgo, el sentimiento de fracaso cuando se invisibiliza su trabajo doméstico por parte del hombre (UNICEF, 2012), la vivencia de incapacidad cuando no se satisface al hombre, el sufrimiento resultado de la comparación con modelos de belleza occidental (UNICEF, 2012), a la par de una preocupación por la imagen corporal (Kim y Kim,

2009), y la historia de violencia física, psicológica, y económica vivida primero en la familia de origen, y luego en la relación de pareja (Wunderlich et al. 2001; UNICEF, 2012, Imberton-Deneke, 2014, Martínez, 2014, 2016).

La problematización intencional del tema del suicidio a partir de la categoría género, lo que ha aportado a diferencia de aquellas investigaciones que tienen una perspectiva diversa, es que han permitido ampliar el conocimiento de aquellos que constituyen riesgos para hombres y mujeres, y han incorporado una visión de proceso. De esta forma, se ha aportado en la comprensión de los procesos a través de los cuales las construcciones de género se relacionan con el suicidio. En este sentido, se observa cómo hombres y mujeres significan aspectos diferentes de su vida cotidiana, que se explican por cómo han sido socializados de forma diferente.

En el caso de las mujeres, el suicidio se significa como una salida al sufrimiento por el abuso sexual, la violencia doméstica (Angulo y Curbelo, 2012), el estrés ocasionado por la doble jornada laboral, y el poco tiempo libre, así como la dependencia económica respecto al hombre (UNICEF, 2012, Imberton-Deneke, 2014, Martínez, 2016). No obstante estos elementos, un llamado factor protector para las mujeres, ha sido el hecho de que tienden más a buscar y pedir ayuda (Stefanello et al. 2008; UNICEF, 2012).

En el caso de los hombres, se argumentan como factores de riesgo, la inestabilidad en los ingresos, la negación de la depresión, y a pedir ayuda (Stefanello et al. 2008). No obstante, y a diferencia de las mujeres, se sostiene que el hecho de que los hombres hayan tenido un acceso histórico mayor a los espacios públicos, y a mayores fuentes de empleo, puede facilitar que tengan un mayor espectro de fuentes de gratificación (UNICEF, 2012). Ello a diferencia de las mujeres, confinadas al trabajo doméstico, además invisibilizado, y demeritado ante el aporte del trabajo remunerado del hombre (Guzmán, 2007).

Estas caracterizaciones se comprenden como parte de los procesos diferenciales de socialización del que han participado hombres y mujeres a lo largo de sus vidas. De esta forma, el sufrimiento en las mujeres por no poder cumplir con la satisfacción del hombre por ejemplo, es resultado tanto de una construcción de la feminidad

como sumisa, complaciente, y dedicada al cuidado de la familia, como de una asunción muchas veces acrítica de estas expectativas.

De igual forma, no se puede comprender cómo la precarización en los ingresos llega a ser un factor de riesgo mayor para hombres que para mujeres, si no se explica el proceso por el cual la masculinidad se ha construido a partir del rol de proveedor y sostén de la familia (Murphy, 1998; Hearn, 1999; Roscón, 2007, Hernández, 2010). Lo mismo puede decirse acerca de la relación entre el pedir ayuda en los hombres, y el cómo ello se relaciona con una significación de sí mismos como seres débiles, una vez que la masculinidad ha tendido a constituir al hombre como ser represor de sus emociones, y que se distancia de una debilidad que lo puede feminizar (Murphy, 1998).

A partir de las investigaciones consultadas, y para la comprensión del tema con una perspectiva de género, se aprecia que se puede enriquecer la respuesta a la pregunta sobre qué intensifica las vivencias negativas y el malestar más allá del hecho mismo. Si fuéramos a responder a esta pregunta a partir del Modelo de Diátesis al Estrés, la intensidad de la vivencia negativa respondería al nivel de vulnerabilidad de la persona, determinado genéticamente o sobre la base del aprendizaje. Joiner (2005) por primera vez se plantea esta pregunta, y explica que no es el evento por sí mismo el que determina el suicidio, sino la llegada a un estado en el que la persona se siente una carga para los demás, o ha perdido el sentimiento de pertenencia social.

Las investigaciones de UNICEF (2012), Imberton-Deneke (2014), Calderón et al. (2016), así como las de Martínez (2014, 2016), nos permiten enriquecer una posible respuesta. El valor de esta respuesta para el presente estudio, es que apoya la argumentación de la mirada social compleja que se intenta sostener.

Las vivencias negativas de la violencia física, sexual y económica, así como de las propias inconformidades con los roles asignados, se agudizan en los procesos tanto de ser hombres como mujeres, por la incapacidad que llegan a tener para salirse de la situación que los afecta. Esto revela tanto el papel de las sanciones históricas a

las que se ven sometidos de modo diferencial los géneros, como el de las constricciones estructurales desde el punto de vista económico y político.

Este continuo se puede apreciar por ejemplo en el caso del ser mujer. A pesar de que sufra violencia doméstica, la familia en ocasiones la fuerza a que mantenga la relación con el agresor, porque socialmente ser buena mujer, puede catalogarse en función del aguantar, del conservar el matrimonio a toda costa, etc (Martínez, 2016). Todas estas fuerzas “empujan” a la mujer precisamente dentro de la relación que le está causando sufrimiento.

Desde una mirada complementaria, y si reforzamos nuestro argumento a partir de la teorización sobre el ciclo de la violencia (Vasallo, 2001; Espinar, 2003), encontramos que el hecho de que históricamente no se haya empoderado a la mujer para el trabajo en la esfera pública y la participación política, ha generado una marginación que las ha puesto en situación de dependencia económica respecto al hombre. De esta forma, la dependencia material de ella y de sus hijos respecto al hombre, junto a su incapacidad para conseguir un empleo bien remunerado o acceder a la educación, una vez más la presionan a continuar una relación de malestar. Este argumento sostiene la necesidad de rescatar una mirada sobre el suicidio más allá del campo médico, y problematizar lo social a diferentes niveles.



### **Capítulo III. Una aproximación teórica**

#### **Un acercamiento a la respuesta disciplinar de la Psicología, la Sociología, y la red Psiquiatría-Medicina: alcances y limitaciones para comprender el suicidio desde la Salud Colectiva**

La Psicología, la Sociología, y el entrecruzamiento Medicina-Psiquiatría han realizado contribuciones teóricas y metodológicas importantes para conocer las dimensiones del fenómeno del suicidio. Incluso una perspectiva que intente trascender un acercamiento disciplinar al tema, debe discutir la forma en que se pueden articular estos saberes.

#### ***La respuesta de la Psicología***

Es casi imposible sistematizar los aportes de la ciencia psicológica sobre el suicidio, a través de algún tipo de indicador o tendencia. Existe una mezcla de aproximaciones que combinan lo biológico y lo cultural, la cognición y el afecto, la visión más individualista del tema con una relacional. Atendiendo a ello, en el presente acápite se intentan utilizar como ejes transversales de observación: *la unidad de análisis utilizada por la aproximación, cómo se comprende la determinación del suicidio, y las posibles implicaciones para el diagnóstico y la intervención.*

La primera aproximación al tema del suicidio en el campo de la Psicología estuvo a cargo de Freud (Blumenthal, 1988). Los argumentos de Freud (2011) al respecto, se insertan en una conceptualización sobre la naturaleza del ser humano, llevada a cabo en el contexto general de su teoría, y el papel rector que tienen sobre el desarrollo de la personalidad, la relación de los instintos con la cultura.

Para Freud (2011), la fuerza que determina el desarrollo del “mundo psíquico” es la libido, es decir, la energía que proviene de las zonas erógenas del cuerpo. Esta libido se expresa en los deseos que poseer, incorporar, consumir los objetos afectivos con los que se relaciona el ser humano. Este es un comportamiento innato de tipo agresivo, que encuentra su obstáculo en la cultura. Ello, debido a que para

Freud (2011) esta constituye el conjunto de reglas que median la relación entre los individuos, y tiene la función de mantener el orden y el equilibrio social.

En este contexto de prohibición constante, y a través del uso de mecanismos de satisfacción alternativa, es que el individuo enferma mentalmente. En el caso específico del suicidio, se trata de que los intentos frustrados de destrucción (posesión, consumo, incorporación del otro) se convierten en autodestrucción (Freud, 2011). En este sentido, es que en la teoría de Freud el suicidio se puede comprender como las tensiones entre los impulsos de vida y los impulsos de muerte.

Baumeister argumenta una teoría también de tipo psicodinámica sobre el suicidio. Es conocida como *Teoría del Escape*. Esta es una teoría que se argumenta desde los conocimientos de la Psicología Social, y la Psicología de la Personalidad. “El argumento central es que el suicidio es con frecuencia un escape de sí mismo, esto es, de la conciencia significativa de ciertas interpretaciones simbólicas o implicaciones sobre el sí mismo” (Baumeister, 1990, p.90).

Para este autor, se llega a la ideación y el intento de suicidio como resultado de un proceso en el que el individuo, primero experimenta vivencias indeseables por fallos en el logro de metas que se relacionan con estándares sociales elevados o irreales. Luego el individuo transcurre por una etapa donde las fallas, los errores, y la culpabilidad se atribuyen a sí mismo. Por último, llega a un momento en el que se compara a sí mismo con un grupo de estándares relevantes en su vida, y se siente incompetente, o inadecuado.

En esta aproximación teórica, el suicidio es un intento del individuo por escapar y negar una realidad indeseable para sí mismo. Por esta razón, para Baumeister el suicidio no es un fenómeno del todo racional. Si bien desde Freud (2011) podemos observar el suicidio como un acto determinado por las tensiones entre los instintos de vida y de muerte, ahora aparecen con claridad dos argumentos relevantes para el presente estudio. Primero, el suicidio está determinado por la vivencia de malestares emergentes de la comparación del sujeto con estándares sociales significativos, y en segundo lugar, no se trata sólo de los sentimientos de

inadecuación del yo, sino de la actitud que puede tener el individuo para consigo mismo.

Desde inicios del siglo XX surgen un grupo de perspectivas que estudian el suicidio enfatizando en la importancia de la cognición. Un ejemplo es el trabajo de Charles Neuringer (1967). Para Neuringer (1967), las personas que intentan quitarse la vida a diferencia de quienes no, se caracterizan por una polarización de sus sistemas de valores, un pensamiento más rígido, y una mayor orientación temporal hacia el presente que nos les permite visualizar más alternativas que no sea la muerte por mano propia.

Otro ejemplo de esta perspectiva cognitivista es el trabajo de Beck, Rush, Shaw, y Emery (1979). Estos autores explican el suicidio desde el concepto de desesperanza, y el papel desencadenante que puede jugar la depresión mediante el sentimiento de pérdida, y la evaluación pesimista de las alternativas de solución. Por ello critican el alcance de test psicológicos como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) y el Test de Apercepción Temática (TAT) para identificar con precisión quién está en riesgo de cometer suicidio. Consecuentemente proponen una escala de 19 ítems para evaluar ideación suicida (SSI), y el impacto de los tratamientos.

En este flujo de posiciones psicológicas que estudian el suicidio, se produce otra fragmentación del ser humano. Esta vez ya no se trata del estudio desde la cognición, sino desde el comportamiento. Un ejemplo es la *Teoría del Comportamiento Suicida*, de Linehan. La esencia de esta teoría, es que el acabar con la propia vida, es un comportamiento aprendido para lidiar con el sufrimiento emocional agudo, y producto de limitaciones en las habilidades sociales encaminadas a ello (Ellis, 2008).

La llamada *Teoría Psicológica Interpersonal del Suicidio* argumenta la determinación del fenómeno desde una perspectiva cercana a la teoría de Linehan. Ello se debe, a que el comportamiento es una unidad de análisis prioritaria en la explicación. Para Joiner (2005), la pregunta central que debe ser respondida para entender las causas del suicidio es: si como seres humanos hemos desarrollado un

instinto de conservación de la vida y huida del peligro, ¿cuáles son las fuerzas que actúan en sentido contrario, y contribuyen a que perdamos el temor a morir?

La respuesta implica trabajar en dos dimensiones: identificar los comportamientos y rutinas que habitúan a las personas a perderle el miedo a morir, e identificar por qué ante las mismas situaciones difíciles de la vida, algunas personas no deciden suicidarse. Con base en ello, es que esta teoría defiende la necesidad de estudiar tanto las razones para querer morir, como las razones para querer vivir.

Trabajando en la segunda dimensión, Joiner (2005) explica que lo que determina el paso de la depresión o la ansiedad al intento de suicidio, no es la depresión o la vivencia de la situación difícil en sí misma, sino la llegada a los sentimientos de ser una carga para los otros, y de alienación. Esta última es definida en esta teoría, como los sentimientos de no pertenecer, de no estar integrado a un grupo, a un proyecto. Este argumento de la integración social será desarrollado de forma central en la aproximación sociológica de Durkheim (1983).

Desde mediados de los años 50 del siglo pasado, y a partir del estudio sistemático de notas suicidas, los trabajos de Edwin Shneidman (1993, 2005, 2006) son muy importantes para comprender el suicidio. Estos trabajos son reconocidos como fundadores de la llamada Suicidiología. A partir del trabajo del autor, se argumenta que la causa determinante son las necesidades insatisfechas, que implican emociones como la desesperación y la desesperanza.

No obstante, Shneidman (1993, 2006) explica que lo desencadenante del suicidio no es tanto la vivencia de estas emociones, como la llegada a un estado de dolor psicológico insoportable. El *psyache* es el concepto central en el trabajo de Shneidman (1993, 2006). Por esta razón, en su criterio la terapia debe ir encaminada a aliviar las necesidades insatisfechas de la persona, entre las que son muy importantes las de seguridad, afiliación, pertenencia, logro y aceptación.

Shneidman tiene el mérito de haber cuestionado las perspectivas más biologicistas, y haber planteado el tema del suicidio dentro de la relación entre el individuo y su contexto cultural. Reconoció que el suicidio no es sólo expresión de un deseo de

morir, sino de querer terminar con ese dolor psicológico con el que se le hace imposible al individuo vivir.

En términos de metodología de investigación, acertadamente reconoce a través de las notas suicidas, la regularidad en los temas que preocupan a las personas, y los pensamientos polarizados a los que se refiere Neuringer. Sin embargo, no observa en estas notas una expresión de los procesos (actores, discursos, representaciones) que normalizan nuestra vida, y que van desde nuestros hábitos hasta nuestra participación diferenciada (por clases sociales por ejemplo) en el plano económico y político. No era su objetivo.

Para cerrar esta aproximación al tema del suicidio desde el campo disciplinar de la Psicología, es necesario considerar dos modelos cuyos argumentos se apoyan fundamentalmente en los hallazgos de la Neuropsicología, y la Neurobiología. El primero de ellos es conocido como el *Modelo Clínico-Bioquímico de Cuatro Vías*.

El argumento central de quienes sostienen esta aproximación, es que se pueden identificar dos tipos de factores de riesgo a partir de su duración. Unos son factores de riesgos agudos o a corto plazo, y otros son de tipo crónico o a largo plazo. El largo plazo está constituido por factores cuya presencia persiste por un año o más (Gil, 2012).

Para los defensores de este enfoque explicativo, el insomnio, el consumo de alcohol, las crisis de pánico, entre otras experiencias de shock, pueden ser considerados factores de riesgo inmediatos, a corto plazo. La conexión de estos factores con el desencadenamiento de los factores que actúan a largo plazo, ocurre a través de la activación constante y las disfunciones del sistema serotoninérgico, dando lugar a conductas impulsivas, desesperanza, o ansiedad que pueden llevar al suicidio (Gil, 2012). Habría que preguntarse si el insomnio o el consumo de alcohol no pudieran estar en el mismo eje del suicidio, y todos ellos ser explicados por procesos comunes con un mayor nivel de abstracción (valores sociales, inequidades, etc). Esa es la perspectiva que intenta sostener esta investigación.

Por su parte, para el *Modelo de Diátesis al Estrés* propuesto por Mann, Oquendo, Underwood y Arango (1999), el suicidio es resultado de la interacción entre estresores sociales, y vulnerabilidades biológicas o diátesis. Estas vulnerabilidades biológicas, producto también de la interacción con las pautas de crianza, según Mann et al. (1999) se expresan en predisposiciones a la melancolía, el pesimismo, la desesperanza, o conductas de tipo impulsivas. A partir de estos argumentos, este modelo ha servido de apoyo a muchas de las perspectivas que se aproximan al fenómeno del suicidio en busca de los llamados “factores de riesgo”, que podrían ser tanto esos estresores sociales en sí mismos, como las predisposiciones genéticas antes mencionadas.

Con la intención de ofrecer un marco explicativo multidimensional del suicidio, Blumenthal (1988) propone lo que denomina un *modelo de superposición* (“*Overlap Model*”). Sus bases epistemológicas provienen de los datos estadísticos, y como está presente la comorbilidad en los casos de suicidio consumado e intentos de suicidio. En su criterio, se deben estudiar los factores de riesgo en varias dimensiones que son: problemas psiquiátricos, desórdenes de la personalidad, factores ambientales y psicosociales, y factores bioquímicos y genéticos.

El suicidio, para la autora, puede ser comprendido como resultado de la combinación de estos factores. En su criterio, para entender la causalidad hay que responder a la pregunta de cuál de ellos es el que tiene mayor peso o resulta más significativo.

En este modelo se asumen un grupo de dimensiones que no pueden estar al mismo nivel explicativo, pues lo económico por ejemplo, no constituye una variable más dentro de la dimensión de los factores ambientales. El marxismo ha demostrado que el proceso de acumulación de capital constituye un proceso central que puede explicar la organización social de la vida en diferentes momentos históricos (Engels, 1961; Marx, 1995).

Esta asimetría en el poder explicativo de lo que se denominan “factores de riesgo”, no puede ser reconocida a causa de las dos limitaciones fundamentales que tiene un enfoque de riesgos en el campo de las Ciencias de la Salud en general, y que

fueron citadas anteriormente en este trabajo. Como resultado de esta fragmentación de lo social en factores, y la reducción de los procesos históricos a la lógica combinatoria de estos, el acercamiento que propone el modelo no permite explorar el poder explicativo de cada dimensión.

### ***La respuesta de la Sociología***

La primera postura científica ante el tema del suicidio fue inaugurada desde la Sociología por Emile Durkheim con su libro: *Le Suicide* en 1897. Sus argumentos provienen de la utilización de la estadística, y la observación de cómo las cifras de suicidios en sociedades determinadas, comparten ciertas características que las hacen semejantes entre sí.

En el trabajo del investigador francés se pueden identificar varias pistas para responder a la pregunta ¿por qué se incorporó el tema del suicidio por primera vez en una perspectiva científica? La Europa de finales del siglo XIX es un convulso escenario de desarrollo industrial, y la obra de Durkheim deja ver un interés, aunque sin profundizar en ello, por la relación entre lo que denomina modos de vida, y las condiciones materiales y espirituales de vida de los individuos. Se trató de una época de cambios drásticos en los modos de vida, marcados por los movimientos del campo a la ciudad, y la reconfiguración en las redes tradicionales de apoyo de las personas (Pridmore y Walter, 2013).

Durkheim (1983) se refiere a cómo el capitalismo se sostiene estimulando las necesidades humanas más allá de las imprescindibles para su mantención biológica, y cómo ello ha implicado rupturas diferentes para personas de bajos y altos ingresos, por ejemplo. Este tipo de análisis lo lleva a problematizar la relación entre el suicidio, y la capacidad de la sociedad para integrar a los individuos. Por este motivo, en su criterio las causas del suicidio deben buscarse no en el individuo, sino en la sociedad, y cómo funcionan los procesos de integración social.

Si bien el investigador pone el interés en la dimensión colectiva para explicar el suicidio, su trabajo tiene varias limitaciones. Aunque reconoce la importancia de analizar la vida social del individuo en relación a diferentes esferas como la familia,

la profesión, y la postura religiosa, lo cual es un aporte, éstas se consideran esferas con reglas y discursos coercitivos de la acción y la subjetividad (Giddens, 2006).

Analizar el comportamiento del suicidio en la sociedad en diferentes momentos, implica una visión congelada sobre ésta, y con ello se pierde de vista lo histórico como movimiento determinante de lo colectivo. Utilizando como analogía el análisis que hace Schutz (1993) cuando estudia la conciencia como flujo, esto representaría la observación de un recorrido hasta el momento en que “le ponemos” la mirada, pero no de los principios que permiten su movimiento. Aunque en el momento en que Durkheim investiga el tema, en Francia las tasas de suicidio en hombres son el doble que el de las mujeres (Pridmore y Walter, 2013), este no centró su análisis en la explicación de estas diferencias.

Desde una posición teórica anclada tanto en la Psicología como en la Sociología, Pridmore y Walter (2013) sostienen lo que denominan *Teoría de los Dilemas del Suicidio*. La teoría parte de la necesidad de problematizar el concepto de cultura, y la entiende como un proceso dinámico, variable, que implica la circulación de un sistema de símbolos y significados que se constituyen en centrales en un momento histórico concreto. En este sentido, el argumento capital para entender el suicidio, es que culturalmente hay valores y normas que inciden en que el mismo sea una opción ante los problemas.

Parra, Estrada, Hoyos y Sánchez (2014) siguen los trabajos de Herbet Mead así como el de Pichón Riviere. Al igual que la *Teoría de los Dilemas del Suicidio*, su propuesta integra aportes tanto de la Sociología como de la Psicología para explicar el suicidio a partir de lo que catalogan como *Teoría del Rol*.

El argumento central de la misma, es que desde que nacemos se nos atribuyen y asumimos un grupo de expectativas sociales a través de reglas y límites. Uno de los roles que aprendemos a través de estas reglas, es el de asumir la culpa y la responsabilidad por lo perjudicial que le sucede a quienes nos rodean. Esto, según los autores de la teoría puede conducir a depresión, tristeza, u otras emociones antecesoras del suicidio.



Las aproximaciones sociológicas al tema del suicidio han traído a debate la relación entre la subjetividad y las relaciones sociales. Larrobla, Hein, Canetti, y González (2017) sostienen una postura actual sobre el tema, que enriquece las aproximaciones sociológicas. El eje teórico que estructura el trabajo de estos investigadores, es comprender el suicidio como parte de una sociedad determinada por las relaciones de poder político y económico. El suicidio deja de entenderse exclusivamente como una causa, y se explora en aquellas relaciones de poder de las cuales él mismo es una de las expresiones.

Desde esta aproximación se entiende que la salud mental tiene una determinación histórica importante, a través de las relaciones de poder en las que se han visto implicados los individuos, las oportunidades y desventajas producto de las mismas. Por esta razón, se argumenta que no se puede comprender el intento de acabar con la vida por mano propia, si no se comprende cómo estructuralmente se limita el acceso a la seguridad social o a la atención a la salud.

Las posturas sociológicas acerca del suicidio no han intentado comprender el tema desde una perspectiva de género, debido en parte a que la discusión sobre la categoría género se ha incorporado recientemente en la teoría social. Sin embargo, las teorías sociológicas nos permiten problematizar el tema desde un grupo amplio de alternativas.

En esta lógica, podemos preguntarnos si la definición y la forma de enfrentar los problemas y dilemas sociales se puede explicar desde los roles e identidades asumidas como masculinas o femeninas. También podemos preguntarnos cómo inciden en la salud mental de los individuos, las expectativas de género asumidas a través de diferentes períodos etarios.

***Una respuesta hegemónica sobre la salud mental con perspectiva de género: el suicidio como tema emergente de la red Psiquiatría-Medicina***

El surgimiento de las disciplinas, y en especial el saber clínico sobre la vida, así como su relación con el ejercicio del poder, actuaron como un filtro que invisibilizó las explicaciones hermenéuticas sobre la salud mental (Alberdi, 1991). Para lo que

se ha denominado en esta investigación red Psiquiatría-Medicina, estas explicaciones han adquirido características fundamentales.

El surgimiento de la clínica en el siglo XVIII, y sus raíces históricas, explican la forma en que se configuró su saber sobre la vida, reduciéndola al estudio de la enfermedad en un cuerpo concreto asocial, y explicada desde el sustrato biológico. En el momento de su surgimiento, la ciencia clínica buscó sustento teórico y legitimidad científica en el enfoque de tipo positivista. No es de extrañar que se utilizaran los criterios de la mecánica y la física como indicadores de cientificidad. La observación directa de los fenómenos prevaleció como criterio de rigor científico, objetividad, y prestigio disciplinar (Foucault, 2003).

Consecuentemente, e influida por la acumulación erudita del saber clínico, la práctica médica se vio regulada a comprobar y confirmar más que a descubrir. A esta forma de saber no escapó la relación con el paciente, cuyos saberes inferiores deberían ser supeditados. Este saber y práctica ganaron en legitimidad no sólo a partir de la supeditación del saber vulgar de la persona, sino fundamentalmente a partir de la construcción de un discurso extenso sobre la enfermedad como entidad observable, reconocible y diferenciable (Gadamer, 1993; Foucault, 2003).

Dentro de este marco epistemológico, el médico devino actor legítimo para decidir qué es o no una enfermedad, y cómo se debía restablecer el equilibrio entre la persona y su medio para devolverla a la vida productiva (Gadamer, 1993; Parsons, 1999). En este sentido es que el modelo clínico positivista puede ser catalogado como hegemónico (Menéndez, 1988).

El discurso médico se enfocó más en la enfermedad como un mapa de síntomas, que en la salud. En palabras de Gadamer (1993) y Foucault (2003), el síntoma se convirtió en significativo de la enfermedad, es decir de él mismo agrupado, pero no de algo más trascendental. Como resultado la salud se comenzó a entender desde la ausencia de enfermedad.

Todo este saber se reforzó y afianzó con los avances en los campos de la Biología, la Bacteriología, y la Patología como historia de la enfermedad (Ingleby y Baruch,

1982). Otra fuente de legitimidad de este discurso es filosófica, y se encuentra en la escisión que realiza Descartes entre mente y cuerpo. El saber sobre la mente no escapó al discurso médico. Aunque la Psiquiatría defendió un campo de saberes enfocado a lo mental y el comportamiento, sus saberes no siempre tuvieron prioridad sobre la Medicina en el discurso sobre lo mental.

El posicionamiento inicial del discurso médico ante lo mental tiene varias causas concurrentes. Desde el punto de vista del conocimiento, los saberes sobre la clínica favorecieron un campo de legitimidad y práctica para la misma Psiquiatría. Por ello, los psiquiatras debían dominar los saberes que eran dominados por los médicos, y como estos eran quienes tenían la mayor cantidad de estos conocimientos, eran los más capacitados para opinar e intervenir sobre lo mental (Ingleby y Baruch, 1982). Esta legitimidad estuvo determinada por el alcance de los saberes clínicos, pero también por la naturaleza a partir de la cual se definió lo mental mismo.

El cerebro fue identificado como el órgano encargado del funcionamiento mental, y podía recibir un daño. Por esta causa, lo mental solo podía comprenderse como expresión de un daño en el cerebro, y tratado por métodos físicos. Otra forma de hacerse observable lo mental, era a través de los problemas somáticos. Ante esto, los métodos de intervención eran físicos, y por tanto los médicos aparecían como las figuras más calificadas para intervenir (Szasz, 2001b). Alberdi (1991) resume muy bien este giro cuando dice:

Se cambió el eje de las preguntas alrededor del enfermar. Se pasó de interrogarse sobre qué angustia, qué atemoriza, o qué traumatiza de la enfermedad física, a interrogarse sobre qué duele, qué se inflama, y qué se ulcera en la enfermedad mental. (p.6)

La enfermedad mental se consideró similar a otras enfermedades físicas, buscándose su correlato orgánico y disfuncional en el cerebro. Lo mental podía ser identificado y tratado a través de lo físico. La Medicina ofreció explicaciones más convincentes sobre lo mental que la Psiquiatría, como en el caso de la *Paresia*.

De esta forma, la salud mental se redujo al concepto de enfermedad mental, y ésta se entendió a través de categorías como histeria y locura (Szasz, 2001a). En el siglo XVIII Thomas Willis ofreció su explicación sobre la salud mental en este sentido: la sangre que llega al cerebro pasa por un proceso de filtración que la puede acompañar de espíritus. De esta forma, la locura es resultado de la acción errática de estos espíritus en la mente, que al llegar a los músculos, explican los movimientos erráticos y desproporcionados (Salaverry, 2012).

Con la clasificación no solo se establece quién está enfermo, sino que se crea la ilusión de que el que no se sale de esta norma es "normal". La normalidad o el individuo sano, pasa a ser quien no manifiesta determinados comportamientos, o quien no experimenta determinadas vivencias.

No obstante el énfasis de la Psiquiatría en lo individual, el tratamiento de lo social no es ajeno a su discurso. Más bien existe una distorsión en el entendimiento de lo social, y por lo tanto en la posibilidad de comprender la determinación compleja del suicidio. Varios ejemplos apoyan este argumento. Cuando la Psiquiatría intenta comprender la esquizofrenia, estudia el papel de la familia, la pareja, los amigos, pero con ello lo social se reduce a una serie de esferas o factores de riesgo, y a una patología concreta.

Otra forma de reducir la comprensión de lo social en este discurso, es cuando se intenta comprender la enfermedad mental en un contexto económico. Ello generalmente se hace a través de conceptos mediadores como el de estrés, pero esto añade muy poco a la explicación. En criterio de Szasz (2001a), el estrés está presente en muchas situaciones, y en sí mismo tiene otros determinantes sociales. Por último, en el saber médico de la Psiquiatría se ha intentado comprender la anormalidad como resultado de una forma de interiorizar las normas sociales (Ingleby y Baruch, 1982). Por tal motivo en los últimos años ha tomado auge la teoría de los juegos en el campo de la Psiquiatría (Szasz, 2001b)

Una de las posturas que han surgido como respuesta al alcance y limitaciones clínicas, pero también políticas de este discurso sobre la salud mental, es el movimiento de la Anti Psiquiatría. Este movimiento surgió fundamentalmente en

países como Francia e Inglaterra, defiende varias ideas centrales. Entre estas se encuentran la necesidad de desplazar el interés de la persona enferma, a la relación del individuo con la sociedad.

Se reclama la necesidad de cambiar la visión de la enfermedad como algo que entra y sale del cuerpo, y que por tanto enajena tanto al sujeto como a la sociedad de toda responsabilidad respecto a la salud. Hay también presente una nueva visión de la enfermedad como un mensaje que no puede ser comunicado de forma adecuada en un contexto social normativo, coercitivo (Ingleby y Baruch, 1982).

La comprensión y diagnóstico de la salud mental reducida a la enfermedad mental, tiene una historia atravesada por la discusión sobre el género (Somavilla y Lucena, 2003). El discurso y la práctica médica, históricamente han medicalizado de forma creciente el cuerpo y la subjetividad de las mujeres, a diferencia de lo que ha ocurrido con los hombres.

El cuerpo de las mujeres ha pasado de ser considerado inferior al del hombre, a ser controlado como un depositario de la función de reproducción de los individuos. Este ha sido un control permanente, dinamizado por las valoraciones diferentes que ha tenido la vida, resultado de lo cual son por ejemplo, las políticas sobre esterilización.

La sexualidad ha sido uno de los ejes medicalizados en este control sobre la subjetividad de las mujeres. Por este motivo, en el siglo XIX cualquier anomalía en lo que se esperaba socialmente del rol tradicional de la mujer (sumisa, dependiente, cariñosa), era considerada como una enfermedad que necesitaba cura. Una de estas enfermedades mentales era la histeria. Una mujer histérica era una mujer nerviosa, que podía transgredir la sumisión al hombre, y mostraba una sexualidad considerada desbordada (ninfomanía, masturbación).

Las primeras intervenciones fueron por parte de la iglesia, que buscó las explicaciones en posesiones demoniacas. Con el desarrollo de la clínica, las mujeres pasaron a ser diagnosticadas por el discurso médico, y la explicación se

depositó en trastornos del útero, y la privación de relaciones sexuales (Antón et al. 2014).

Con el surgimiento del enfoque psicoanalítico, la explicación de Freud pasó a procesos psicodinámicos más que a los órganos biológicos en sí mismos. A pesar de esto, continuó presente el argumento de la inferioridad de la mujer respecto al hombre, sustentada con la tesis sobre la envidia de esta hacia el pene del último como causante de patologías mentales. Aunque algunos médicos no descartaron la posibilidad de que los hombres padecieran de histeria, esta se constituyó en una enfermedad diagnosticada casi exclusivamente en mujeres (Antón et al. 2014).

Con la enfermedad de la locura sucedió algo similar, pues también ha existido un proceso de “feminización de la locura” (Somavilla y Lucena, 2003). Para hablar de salud mental en las mujeres, no se podían utilizar la independencia, la autonomía, y la objetividad como indicadores de una personalidad sana, porque la mujer ha sido construida socialmente como sumisa, dependiente del hombre, y sentimental. De esta forma, la etiquetación de la mujer loca, se entiende desde un discurso médico patriarcal definido desde una normalidad masculina (Somavilla y Lucena, 2003).

Sin necesidad de descartar las explicaciones biologicistas sobre la salud mental, es necesario incorporar al debate el proceso de construcción social de la enfermedad. El siglo XIX fue un período convulso, marcado por la competencia en el plano económico. En este contexto, tanto hombres como mujeres experimentaron presiones importantes en la esfera emocional que significan tanto para la Medicina como para ellos mismos, lo que se considera o no un problema de salud mental.

La competencia económica implicó que fuera repudiada cualquier manifestación de malestar emocional. Si la masculinidad ha sido construida históricamente sobre la base de la represión emocional, esta pudiera ser una etapa que vino a reforzar esta mirada sobre lo masculino.

La mujer por su parte sufría presiones hacia el comportamiento moral, el cuidado del hombre, y la preservación del matrimonio. Todo esto con escasas “válvulas de escape” emocional, una vez que su rol era confinado al hogar. En este contexto de

represión, entonces se crea un umbral para patologizar todo lo que no cumple con la norma de lo esperado para cada género (Somavilla y Lucena, 2003).

Desde el siglo XVIII en el que también surge la aproximación sociológica al suicidio, la Psiquiatría comienza también a preocuparse por el tema. No obstante, paralelamente heredaba la preocupación clínica exclusiva por la enfermedad, lo que la llevó al estudio de la enfermedad mental.

En este camino adoptó un enfoque reduccionista, supeditando sus causas a lo biológico, y comprendiendo al individuo de forma a histórica a través de criterios de normalidad estadística (Szasz, 2001a). La teorización del concepto de *instintos* en el Psicoanálisis, junto a la legitimidad obtenida por los factores genéticos como agentes causales observables, vino a reforzar la explicación del suicidio a partir de factores biológicos (Foucault, 2000b).

Durante el siglo XVIII llegan a ser relevantes los trabajos de Esquirol, Pinel, y su seguidor Chevrey. Chevrey argumentó que el suicidio podía ser comprendido como un comportamiento autodestructivo resultado del desorden de las pasiones, y la alteración del intelecto provocados por la melancolía y la desesperación (Pérez, 2001).

Esquirol complementó esta explicación. Para el autor, efectivamente la intensidad de las pasiones puede provocar un tipo de suicidio irreflexivo e involuntario. No obstante, en su criterio se debe analizar otro tipo de suicidio de tipo reflexivo, pues este comportamiento no siempre está provocado por desórdenes mentales (Pérez, 2001).

No obstante esta perspectiva sobre la salud mental de hombres y mujeres, en la actualidad existen un grupo de aproximaciones que parten de la Psicología Social, la Sociología, y la Antropología, para comprender de otra forma la salud mental con una perspectiva de género. Entre los autores que sostienen esta posición se encuentran Lagarde (2005), y Burín (2007).

El eje teórico central que guía estas nuevas aproximaciones es la necesidad de comprender el género como un proceso histórico. Esto es relevante, pues por

ejemplo, la reducción de la salud mental de las mujeres a problemas reproductivos, se explica como parte del control histórico que la sociedad patriarcal ha tenido sobre el cuerpo de la mujer como garante de la reproducción de la sociedad, y la posibilidad de trascendencia del hombre.

El cuerpo de la mujer ha sido un objeto siempre significado por los otros (familia, pareja) desde la comprensión que se ha tenido del mismo, hasta las funciones que se espera de ellas (Lagarde, 2005). Antes de 1759 el cuerpo que se representaba en los libros era el cuerpo masculino, en parte porque la mujer era considerada un ser imperfecto. El ser femenino ha sufrido una etiquetación constante relacionada con el cumplimiento o no de determinadas expectativas (madres, esposas, putas, nerviosas, locas) (Lagarde, 2005).

La salud mental de los hombres sin embargo, no ha recibido la misma atención que la de las mujeres. Esto es un elemento que no solo limita su comprensión, sino que en sí mismo expresa una limitación de la masculinidad para someterse a análisis ella misma (Lester, Gunn y Quinnett, 2014).

### **Un ejercicio crítico de comprensión del suicidio a partir de la teoría social**

Un intento por lograr una comprensión multidimensional del fenómeno del suicidio, ha estado a cargo de las aproximaciones psicosociales. Las aproximaciones psicosociales comprenden un grupo de elaboraciones teóricas y estudios que tienen en común un posicionamiento crítico a la tendencia individualista de las teorías y modelos psicológicos. Además, comparten su interés por la comprensión de la subjetividad en su contexto social, partiendo de una concepción interaccionista, que reconoce la necesidad de entender las determinaciones biológicas y culturales de la subjetividad (Maroto y Castillo, 2017). Por este motivo, los acercamientos psicosociales emplean herramientas de los Estudios Culturales, la Comunicación, la Psicología, y la Sociología.

No obstante, tal y como muestran los trabajos de Parra (2012), Frosh (2015), Maroto y Castillo (2017), y Gallardo et al. (2017), la perspectiva psicosocial que investiga el suicidio, sigue la misma tendencia de la teoría social a dividir la comprensión entre



un grupo de dimensiones, esta vez relacionadas a lo biológico y lo cultural. Sin embargo, el enfoque de la Salud Colectiva tiene algunas diferencias respecto al enfoque psicosocial para comprender el suicidio, que pueden ser utilizadas para avanzar en la comprensión más integral del tema. Al comparar los trabajos de Guinsberg y Martínez (2009), y Martínez (2014) por un lado, y los de Maroto y Castillo (2017), y Gallardo et al. (2017) con diferentes miradas a lo psicosocial mismo, se pueden determinar tres diferencias fundamentales, cuyos desarrollos sostienen la pertinencia de un enfoque de Salud Colectiva en esta investigación.

Primero, hay una diferencia fundante respecto a la forma de entender el poder. A diferencia de las aproximaciones psicosociales donde se mencionan las determinaciones políticas y económicas de la subjetividad, en el campo de la Salud Colectiva la discusión de las relaciones de poder a través de las desigualdades y las inequidades en salud, es un eje decisivo en toda la problematización teórica y la participación política. En este sentido las relaciones de poder económico y político no son una dimensión más.

En segundo lugar, lo cual aplica de forma relevante al estudio del suicidio, dentro del campo de la Salud Colectiva se produce una discusión fructífera que mira no solo lo que daña la vida social, sino también lo que la protege, a diferencia de la comprensión psicosocial del suicidio, dirigida casi exclusivamente al estudio de los factores de riesgo. Por último, y como consecuencia de que la construcción del campo de la Salud Colectiva entiende la necesidad de discutir los procesos mismos de construcción del conocimiento como uno de los determinantes de la salud atravesados por el poder, a diferencia de las aproximaciones psicosociales, se comienza por la deconstrucción del objeto de estudio. Esto permite comprender vacíos de conocimiento, sesgos, y procesos instituyentes de las miradas sociales en salud. Estos son los ejes con los que se retoma la teoría social, y que diferencian el presente trabajo de una aproximación electiva heurística.

### ***Definir la salud mental como punto de partida: una aproximación***

La Organización Mundial de la Salud (2006) ha definido la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Las críticas a esta forma de entender

y trabajar la salud provienen de las diferencias en los perfiles epidemiológicos entre países, y al interno de estos. A partir de indicadores epidemiológicos como la esperanza de vida al nacer, la mortalidad materna, y las principales causas de morbilidad, se observa el impacto que tienen los procesos económicos, políticos y sociales, sobre las diferentes formas de enfermar y morir de los grupos humanos.

El suicidio es un problema creciente de salud pública a nivel mundial, sin embargo, las aproximaciones psicológicas, y desde el entramado médico-epidemiológico positivista, lo han definido y trabajado fuera de toda determinación en estos procesos económicos y políticos que son históricos. Esto ha sido resultado fundamentalmente de las asociaciones causales que se han establecido entre el suicidio y las enfermedades mentales.

Algunas posturas filosóficas sobre la muerte por mano propia, unido a las aproximaciones cualitativas desde campos como la Antropología, la Salud Colectiva, y los Estudios de Género, han argumentado la necesidad de una mirada alternativa al suicidio como un fenómeno complejo. Schopenhauer (2005) es crítico con una comprensión del suicidio como fenómeno que expresa una voluntad de morir. En sus reflexiones nos explica:

El suicida quiere la vida, simplemente está insatisfecho con las condiciones en que se le presenta (...). Él quiere la vida, quiere una existencia y afirmación del cuerpo sin trabas, pero la coincidencia de circunstancias no lo permite, lo que le produce un gran sufrimiento.  
(p.224)

En el caso del trabajo de Camus (2012), el suicidio constituye una salida a la falta del sentido de la vida, y la angustia en la que viven los seres humanos, una vez que se produce una ruptura entre la estimulación creciente a las aspiraciones, y las vías a las que se puede acceder socialmente para su satisfacción. Estas posturas filosóficas sostienen la necesidad de comprender el suicidio como un proceso relacionado en primer lugar, con la significación de la forma en que se vive, y las especificidades culturales de ello. En esta lógica, es importante analizar cómo se satisfacen las necesidades humanas, incluida la de darle sentido a la vida.

Las investigaciones de Wunderlich et al. (2001), UNICEF (2012), Imberton-Deneke (2014), Calderón et al. (2016), y Martínez (2014, 2016) muestran que el suicidio es un fenómeno que no se explica únicamente por padecimientos mentales, y que no solo expresa un deseo de morir, sino una salida a la necesidad de transformar la forma en que vive socialmente. Esto coincide con las reflexiones filosóficas de Schopenhauer (2005) y Camus (2012).

En este sentido, las transformaciones consustanciales a la sociedad capitalista y el actual sistema neoliberal, han implicado rupturas en las relaciones tradicionales de los individuos con otros, y consigo mismos. Rupturas expresadas en la transformación de las relaciones de pareja, familiares, la desvaloración de saberes e incertidumbre por otros nuevos, el cambio en las fuentes de ingresos, en la relación afectiva con el territorio, y el propio cuerpo. De igual forma, se aprecia que estas transformaciones tienen una expresión diferencial para la subjetividad de hombres y mujeres, relacionado a los procesos a través de los que estos se han socializado como tales.

No obstante un grupo de acercamientos filosóficos, antropológicos y sociológicos, es necesaria una aproximación que problematice el tema como parte del campo de la salud, y específicamente la salud mental. Esto como una vía para articular los saberes que el discurso médico-psiquiátrico ha fragmentado sobre la relación entre el individuo y la sociedad, lo biológico y lo cultural. En lo que sigue, se intentará repensar la salud mental como un proceso dentro un proceso mayor que es la salud.

Desde una postura filosófica hermenéutica, Gadamer (1993) coincide en cómo el saber médico sobre la enfermedad ha relegado otro grupo de saberes legítimos sobre la salud y las formas de vida. Como resultado de esto, incursiona en la comprensión de la salud, e intenta sostener una definición con la cual se coincide en el presente trabajo.

Para Gadamer (1993) la salud es un equilibrio entre fuerzas benéficas y perturbadoras, “el ritmo de la vida, un proceso continuo en el cual el equilibrio se estabiliza una y otra vez” (Gadamer, 1993, p.393). En este mismo sentido explica:

La salud no reside justamente en un sentirse a sí mismo; es un ser ahí, estar en el mundo, un estar con la gente, un sentirse satisfecho con los problemas que le plantea a uno la vida, y mantenerse activo ante ellos. (pp. 388-389)

La postura de Samaja (2004) complementa el trabajo de Gadamer (1993) en la comprensión de la salud. En este camino, Samaja (2004) intenta comprender la relación individuo y sociedad desde la teoría social. Para ello se vale del trabajo de Castellanos (1988, 1990), e integra las categorías *condiciones de vida y situaciones de salud*, en una perspectiva histórica.

Samaja (2004) comienza el análisis de los problemas de salud entendiendo la emergencia histórica de la subjetividad a través del uso de reglas, del lenguaje, y de la actividad del individuo para satisfacer sus necesidades. Estos tres ejes fundantes están determinados por la participación del individuo en diferentes “estratos de sociabilidad”, que vienen a constituir espacios de acción social. Los individuos toman parte en procesos para la satisfacción de sus necesidades como organismos, pero también como miembros de una familia, comunidad, y Estado, con sus roles, funciones y responsabilidades. En este sentido argumenta:

Un mismo actor individual puede prestarle su acción y su voz al funcionario de diversos roles, los cuales estrictamente hablando, son funciones de la comunidad o del Estado o de la sociedad civil. (Samaja, 2004, p.148)

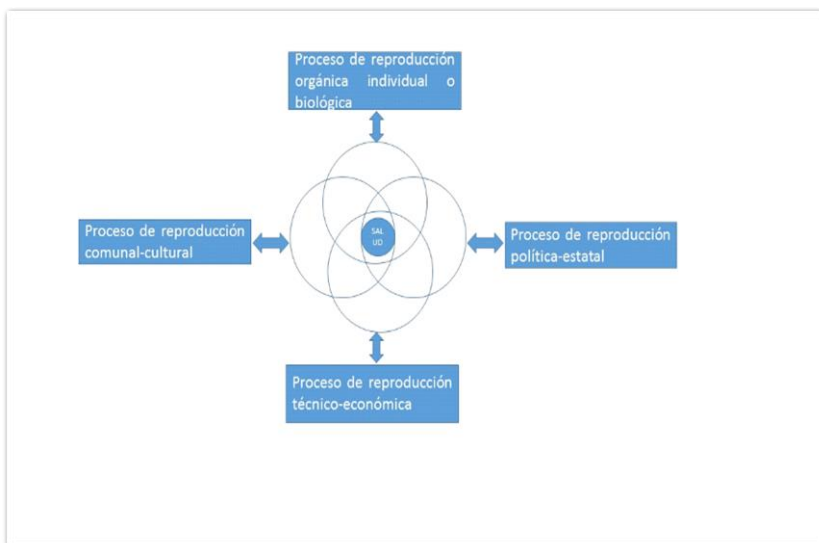
Esta premisa de partida coincide con los argumentos de Berger y Luckman (1995), quienes al igual que Samaja retoman el trabajo de Mead sobre la formación del *self*. En el trabajo de Berger y Luckman (1995) se argumenta la formación del *yo* como un proceso estratificado, y subsumido en varias experiencias como hijo, padre, obrero, etc. Samaja (2004) se refiere al individuo como “unidad de identidades diferentes”.

Estas experiencias estratificadas no solo actúan directamente en la subjetividad, sino también como reglas y discursos objetivados. Por lo tanto, actúan como

espacios de acción configurados más allá de la voluntad de individuos concretos. Estos espacios además de regular la acción y el pensamiento de los individuos a través de una jerarquía de prioridades, le confieren sentido a estas (Samaja, 2004). No actúan por separado, sino que se articulan constantemente cuando los individuos intentan satisfacer sus diferentes necesidades.

De ahí que este tipo de espacios sean pensados desde la acción de los individuos, y denominados por Samaja (2004) como procesos de reproducción social. Samaja (2004) retoma el modelo explicativo de Castellanos (1988, 1990), y presenta una forma de entender esta articulación. Esta se muestra a continuación en el gráfico uno.

### Gráfico 1. Articulación de los diferentes procesos de reproducción social de la vida.



**Fuente:** Elaboración personal a partir de Samaja (2004).

En este modelo, la *reproducción orgánica o biológica* se refiere a la propia existencia y reproducción de los seres humanos como tales. Consecuentemente implica los procesos por los cuales se satisfacen necesidades de alimentación, gestación, y crecimiento (Castellanos, 1988, 1990; Samaja, 2004).

La *reproducción comunal-cultural* se refiere a las acciones y mecanismos por los cuales se utilizan y reproducen las normas y valores de la cultura. Esto incluye la

actividad del individuo en relaciones más allá de la familia. Tal es el caso de su participación en instituciones sociales como la escuela.

La *reproducción técnico-económica* está constituida por las acciones y mecanismos a través de los cuales los individuos producen o generan bienes, y participan en las dinámicas de producción y consumo. Por ello es relevante la participación en todas las manifestaciones del Mercado.

Por último, la *reproducción política* incluye la actuación en las dinámicas políticas de las instituciones estatales (Samaja, 2004). La subsunción del individuo, y por tanto de la subjetividad, viene a estar determinada tanto por el tránsito de este a través de los diferentes espacios, como por la subsunción de cada una de sus actividades, pensamientos y emociones, en una jerarquía de reglas expectativas sociales. En este contexto es que el autor define la salud como una armonía u orden entre todos estos procesos de reproducción social. De manera explícita sostiene:

Hay salud allí donde los procesos de reproducción de las jerarquías estructurales y funcionales de la realidad acaecen o están acaeciendo de la manera esperada (normal). (Samaja, 2004, p.223)

En esta investigación se coincide con él en que hay un problema de salud allí donde se produce una ruptura en la articulación de estos procesos ¿Cómo comprender la salud mental dentro de esta articulación que constituye la salud? La OMS (2013) entiende la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Siguiendo los aportes de Laurell (1982, 1994), Samaja (2004), y Breilh (1994, 2008, 2013) que piensan la salud como un proceso y un objeto de estudio, así como los trabajos de Sennet (1998), Bauman y Tester (2002), Beriain (2008), Lipovetsky y Serroy (2010), y Byung-Chul (2013, 2014b, 2014c) que desde la Sociología permiten ver la articulación entre la subjetividad y las formas de vida social, es posible

identificar algunas limitaciones en este concepto de salud mental. La primera es que la visión de estado no permite problematizarla como un proceso histórico determinado económica y políticamente.

Sennet (1998) por ejemplo, explica cómo lo que él denomina *la corrosión del carácter*, es resultado de la continua movilidad de los individuos tras las fuentes de empleo, que implica la ruptura de los lazos afectivos interpersonales, y la continua reelaboración de la biografía personal. Berriain (2008) sostiene cómo la ansiedad y las vivencias de los individuos sobre sus potencialidades presentes y futuras, han quedado vinculadas a las formas por las cuales las lógicas capitalistas nos hacen juzgar nuestro aprovechamiento del tiempo, que en última instancia es tiempo de vida.

Por su parte Porter et al. (1993), complementan una mirada sobre la salud mental a partir de un enfoque crítico cultural, que trae a discusión el tema del poder. En el trabajo de estos autores se plantea la necesidad de estudiar como parte de la salud mental, las formas a través de las cuales se permite o silencia en un contexto social concreto, la manifestación del malestar subjetivo. De esta forma, el malestar subjetivo deja de ser un problema individual, porque existen mecanismos de dominación que controlan también la manifestación emocional, con consecuencias.

Para Porter et al. (1993), las sociedades responden de manera diferente a los dolores en la vida y a las presiones. "(...). El idioma del sufrimiento y la enfermedad puede ser más o menos expresivo, directo o indirecto, emocional, verbal o físico" (Porter et al. 1993, p.228). La expresión de este dolor no es siempre algo espontáneo, sino que en cada cultura hay un repertorio de oportunidades permitidas para la manifestación de malestares que son aprobados o desaprobados.

Porter et al. (1993) no desarrollan la perspectiva de las consecuencias de estos procesos para la salud mental. Sin embargo, teniendo en cuenta el trabajo de Scott (2000) encontramos algunos argumentos orientadores. El estudio de la represión emocional no debe dirigirse solo a la identificación de sus efectos, sino también a aquellas formas a través de las cuales esta misma represión se convierte en una

forma de subsistencia cotidiana de las personas con sus consecuentes beneficios y obstáculos para la salud mental.

La definición de la OMS (2013) también adolece de pensar la salud mental como un objeto de estudio. Esta precisión es relevante, una vez que el poder del capitalismo se ejerce en forma creciente a través del discurso, y la conquista del significado en la subjetividad de los grupos humanos (Castells, 2009). Este encubrimiento se explica en parte, porque las instituciones sociales son autorreferenciales, es decir, ellas también se refieren a sí mismas, encubren el poder (Berger y Luckmann, 1995).

Ante la necesidad de superar las limitaciones en la forma en que ha venido estudiándose y definiéndose la salud mental, en este estudio se asume una definición que es la siguiente: *Un estado y un objeto de estudio, cuya determinación se encuentra en la articulación de procesos económicos, políticos y culturales, que permiten a los seres humanos enfrentar las presiones de la vida cotidiana, trabajar productivamente, y contribuir con su familia y comunidad.*

***¿A través de qué procesos se relaciona la articulación entre lo económico, lo político y lo cultural con la subjetividad? Comprender el suicidio como parte de los procesos formativos de la subjetividad***

Para comprender la salud mental en la articulación de lo biológico y lo cultural, el individuo y la sociedad, no es suficiente problematizar su determinación social en el campo de la teoría social. Ello se debe a que la misma teoría social es un campo heterogéneo de propuestas, pero sobre todo, a que está atravesado por problemas epistemológicos centrales, cuya salida puede dar más o menos al traste con la determinación social que busquemos construir.

Uno de esos problemas epistemológicos, central para este trabajo, es cómo entender la relación entre los procesos económicos, políticos y culturales, y la subjetividad. El funcionalismo y el estructuralismo han argumentado el determinismo de esas reglas relativamente estables (estructuras sociales) sobre la conciencia de los individuos. Aquí se coincide con Giddens (2011), en que un



ejemplo es el trabajo de Durkheim. Por su parte, las posturas subjetivistas han sostenido una visión de la sociedad como la suma de individuos, porque sin ellos no puede existir lo social (Giddens, 2011).

Dos respuestas alternativas a esta discusión se pueden encontrar en los estudios culturales de Hall (1986), y el trabajo sociológico de Giddens (2011). La utilidad de estas posiciones para comprender críticamente la dimensión social del suicidio, radica en que argumentan una relación entre procesos estructurales y la subjetividad. De esta forma, también se complementan en la argumentación de ejes para el trabajo metodológico.

A partir del trabajo de Gramsci, Hall (1986) argumenta que los procesos económicos no determinan a priori la conciencia de los individuos. Los procesos económicos y políticos no determinan directamente el contenido del pensamiento, sino que crean categorías de pensamiento, operaciones, y espacios materiales de existencia dentro de los cuales se explican las necesidades, y aspiraciones de determinados grupos sociales (Hall, 1986). En este sentido los procesos estructurales operan sobre la subjetividad a través del lenguaje, pero también creando las condiciones materiales dentro de las cuales cobran sentido y se sancionan las necesidades, las aspiraciones, y deseos de los diferentes grupos humanos.

Ejemplos de estos procesos se pueden encontrar en las observaciones de Heller (1977), Preteceille (1977), y Marx (1995). Estos autores coinciden en problematizar el trabajo asalariado en la sociedad capitalista en su dimensión alienante del sujeto respecto a su vida.

Preteceille (1977) se refiere al consumo del tiempo de trabajo y la intensidad del mismo como consumo del tiempo de vida; mientras que Marx (1995) se refiere a la incapacidad del trabajador para decidir respecto al proceso de explotación del cual participa. En esta argumentación, se refiere a la categoría fuerza de trabajo. Por su parte, Heller (1977) estudia la concentración sobre competencias y habilidades específicas, hoy en día catalogado como especialización, con lo que el trabajo puede anular la implicación de la personalidad como un todo integral.

Por estas razones, para Hall (1986) la determinación debe ser estudiada a través de los espacios de operación que crea el poder, y las condiciones materiales de existencia. Estos son los límites creados por el poder. “Las circunstancias materiales son las constricciones de las condiciones de existencia para el pensamiento práctico y el cálculo sobre la sociedad” (Hall, 1986, p.43). Baudrillard (1976) coincide con este acercamiento a la relación individuo-sociedad. Para Baudrillard (1976), el sistema social incide sobre los individuos a través de la producción de “espacios de libertad” y necesidades.

La respuesta de Giddens (2011) a la pregunta por la determinación social, nos remite a una visión de proceso de determinación. Su teoría nos provee de un triángulo teórico con potencial explicativo. Este triángulo es entre las normas, los recursos, y la actividad práctica de los individuos como proceso de reproducción social de sí mismos, a la vez que de las estructuras sociales que le proveen esas normas y recursos.

En la *Teoría de la Estructuración* sostenida por Giddens (2011), se responde a la determinación social de la conciencia de los individuos, a través de lo que se denomina la dualidad de la estructura. Una estructura está constituida por reglas y recursos que permiten la acción de los individuos, y en consecuencia facilitan sentidos y sancionan comportamientos de una forma relativamente estable. En esencia, estas estructuras que pueden ser comprendidas como espacios de reproducción social, son mecanismos a través de los cuales existe el poder en una sociedad.

Los recursos se refieren a los medios a través de los cuales se realiza la acción, o de los cuales se vale la acción. Giddens (2011) no se detiene en la ejemplificación de recursos. La acción y la conciencia se realizan a sí mismas en espacios sociales cuyos límites están determinados estructuralmente (Hall, 1986). Por este motivo, la utilización de estos espacios puede ser pensado como un recurso, y las características de este espacio, como la potencialidad de este recurso para mediar unas acciones u otras, unos procesos de subjetivación u otros.

Los trabajos de Vygotsky (1933) en la Psicología del Desarrollo, y Thompson (1998) en los estudios acerca de la relación ideología y cultura, justifican la operacionalización del lenguaje como un recurso privilegiado por los centros de poder económico y político para mantener el orden social bajo las reglas de su conveniencia. Las reglas por su parte, son las orientaciones explícitas o implícitas que sancionan el comportamiento de los individuos dentro de determinado contexto social (Giddens, 2011). Estas reglas y recursos constituyen una dualidad, y aquí es donde radica el valor para nuestro análisis del suicidio como posicionamiento ante las formas de vivir.

A la vez que el sujeto actúa, con ello también reproduce las mismas estructuras de poder que orientan su actividad y su conciencia, porque se define a sí mismo con los mismos recursos que son facilitados por esos poderes estructurales. Es decir, su reproducción social cotidiana, es a la vez la reproducción social del sistema de poder dentro del cual existe y se define como ser social (Giddens, 2011). Baudrillard (1976) sostiene un argumento en este mismo sentido, cuando explica que “el sistema solo puede producir y reproducir los individuos en cuanto elementos del sistema” (Baudrillard, 1976, p.77).

En Giddens (2011) esta es la dualidad de la estructura, y nos remite a que las estructuras sociales tienen un doble carácter: *construyen y habilitan tanto la acción como la práctica de los individuos*. Esta mirada se debe en Giddens (2011), a que considera que el poder lejos de utilizar siempre la fuerza, también emplea métodos para buscar la aprobación y la conquista de la subjetividad.

Esta mirada sostiene que la conciencia de los individuos es emergente de la utilización práctica de un grupo de recursos y normas, que son empleados consciente o inconscientemente con el fin de satisfacer sus necesidades como seres sociales. En este sentido, la propuesta de Giddens (2011) se acerca a la de Hall (1986) en la mirada materialista de la conciencia.

Estas relaciones no pueden ser comprendidas si no es a través de los procesos de significación, que además de contenidos, tienen la potencialidad de ser expresivos

de la complejidad social para individuos concretos. Por este motivo significación es una categoría teórica central en este trabajo.

### ***La relación del suicidio con los procesos formativos diferenciales de la masculinidad y la feminidad en el neoliberalismo: las expresiones de género en la significación del intento de suicidio***

Cuando en esta investigación se emplea la categoría género para problematizar el suicidio, no se hace partiendo del género como un determinante en sí mismo, sino como un espacio a través del cual se expresa el poder y las dinámicas de los procesos económicos, políticos, y culturales que instituyen la sociedad. Esta visión de género como espacio de expresión es relevante para el estudio del suicidio, una vez que el género es un proceso instituido e instituyente a la vez, performativo (Butler, 1999). En este sentido tiene que ver con la forma en que los seres humanos se viven a sí mismos, las relaciones sociales, toman decisiones, y significan su vida social (Butler, 1999). Aquí radica la articulación género y suicidio.

Para comprender esta articulación se debe ir de lo general a lo particular. En lo que sigue, se argumenta la categoría *formación*, se asume un posicionamiento teórico y metodológico en la comprensión de la categoría *género*, que se vincula con el proceso formativo de la subjetividad de hombres y mujeres, y se problematiza la relación entre suicidio y género en el contexto del neoliberalismo. En este camino se argumenta la categoría *significación* como un momento articulador.

### ***Una lógica de la subjetividad como proceso formativo***

Desde comienzos del siglo II, el suicidio en masa comienza a ser una preocupación social sin precedentes. El suicidio voluntario ante la dominación por parte de otros pueblos y la profanación a convicciones religiosas, explican este fenómeno en parte (Shlain, 2000).

La postura filosófica de Schopenhauer (2005) sobre el suicidio, se sostiene en el argumento de que aunque el individuo se suicida ante el sufrimiento por no poder afirmarse como tal, sí quiere la vida. La Teoría del Comportamiento Suicida, de Linehan (Ellis, 2008) por su parte explica el suicidio como un comportamiento

aprendido para lidiar con el dolor y el sufrimiento psíquico. También como un resultado de limitaciones en habilidades sociales que le permiten al individuo mantener relaciones armónicas con su contexto social.

Luego, las investigaciones de Arias y Blanco (2010), Bonaldi (2010), UNICEF (2012), Imberton-Deneke (2014), Conul y Méndez (2014), y Martínez (2014, 2016) nos permiten comprender el suicidio como salida o solución al sufrimiento, la ansiedad, la incertidumbre, la pérdida del sentido de la vida, y la depresión que resultan de las transformaciones que ha implicado el neoliberalismo en las formas de vida. Estas formas son históricas, y expresan los conocimientos, habilidades, prácticas, y representaciones que los individuos se han formado sobre sí mismos, las relaciones sociales, y el mundo social del cual participan.

Las investigaciones de Martínez (2014, 2016) por ejemplo, dan cuenta de cómo a pesar de que el suicidio constituye una salida de las mujeres ante el sufrimiento de violencia por parte de la familia y la pareja, a estas mujeres le es muy difícil salirse de estas relaciones, en parte debido a que se han asumido acríticamente a sí mismas en un rol de mujer, que las constituye en su dependencia afectiva y económica del hombre. Estos procesos formativos deben comprenderse en el actual contexto neoliberal, porque está implicando una tensión sin precedentes para la salud mental (Guinsberg, 2005).

¿Qué es lo común a posturas epistemológicas tan diferentes como las citadas hasta aquí en este acápite? La salud mental, y el suicidio en este caso, han llegado a ser un problema de connotación mundial porque vivimos en un mundo estructurado bajo reglas económicas, políticas, y culturales (Eckersley, 2001, 2006; Ozdemir, 2013). Para su reproducción en el tiempo, estas funcionan a través de los procesos formativos de la subjetividad (Bourdieu, 1999; Breilh, 2008, 2013).

El argumento que se intenta sostener en esta investigación, es que el suicidio puede comprenderse como parte de la ruptura y la tensión que el desarrollo de las fuerzas económicas y políticas de la sociedad han implicado históricamente para la subjetividad, y que como parte de este proceso formativo, estas tensiones y rupturas tienen un impacto diferencial para hombres y mujeres. Si bien el proceso formativo

de la subjetividad ha sido consustancial al devenir mismo del ser social, hoy adquiere relevancia empírica y como objeto de estudio. Esto se explica en los procesos históricos por los cuales se ha modificado el ejercicio del poder, y su paso de un poder represivo y punitivo, a un poder performativo (Foucault, 1979, 2007; Butler, 2001), es decir, que se integra en la formación misma del ser social como tal, y que se vale para ello de la aceptación y la legitimidad.

A partir de Giddens (2011) podemos entender estas dinámicas como los procesos habilitantes que participan en la conformación de la subjetividad. “La forma que asume el poder está inexorablemente marcada por la figura del darse la vuelta, una vuelta sobre uno/a misma, o incluso contra uno mismo” (Butler, 2001, p.13). Esta argumentación es la que ha dado lugar al enfoque de la Psicopolítica (Byun-Chul, 2014a), y a partir de ella a debates centrales sobre la optimización del devenir como ser social, y sobre la subjetivación en forma de autoexigencias y autoexplotación.

La relevancia para comprender la salud mental instituida desde una perspectiva de género, radica en que el poder de los procesos económicos, políticos y culturales, se instituye como una normalidad (Lagarde, 2005) que incide en la forma en que las personas se piensan a sí mismas, piensan a otros, y se comportan para satisfacer sus necesidades. Este argumento del proceso formativo se intenta sostener en diálogo, y como superación de las posturas epidemiológicas positivistas que se aproximan a comprender el suicidio. Las evidencias que dan un mayor apoyo a la visión determinista del suicidio, provienen de las estadísticas y las investigaciones que buscan las causas en las enfermedades mentales, los padecimientos orgánicos, y los cambios neuroquímicos en el cerebro.

La dinámica de estas enfermedades (demencia, esquizofrenia), y del efecto de los neurotransmisores sobre la conducta y la toma de decisiones parece incuestionable. Sin embargo, la misma especialización hemisférica se ha constituido como un proceso histórico, relacionado con las condiciones materiales de vida, primero de los homínidos y luego de los seres humanos (Shlain, 2000).

Por esto es que Gardner (2005) explica que la rehabilitación neurológica por ejemplo, debe partir no tanto de un modelo de funcionamiento cerebral, sino de la

forma específica en que una cultura modela o estimula unas rutas o unos procesos cerebrales. Estos argumentos nos llevan a una conclusión: el cerebro mismo como órgano material, es un órgano abierto a la cultura, y esta ha intervenido históricamente en su propia funcionalidad y estructura.

En términos de la valoración social del sustrato biológico, nos encontramos con otro argumento importante que abre una puerta a cuestionar el determinismo biológico sobre el suicidio. Siguiendo el trabajo de Wahlbeck y Awolin (2009) sobre las enfermedades mentales, el comportamiento de una persona con un daño orgánico en el cerebro, no puede ser comprendido únicamente como resultado de la incapacidad de autorregulación de la persona.

De acuerdo a esto, la explicación debe considerar también todo el proceso de exclusión y discriminación comunitaria, laboral, etc, que de manera más o menos consciente vive la persona que no puede cumplir con expectativas sociales, que no se puede integrar. Esto hay que analizarlo en un contexto de creciente valorización de la vida según el rendimiento laboral, las posesiones materiales, o el consumo, por ejemplo.

Argumentar este proceso formativo no se ve limitado por el debate entre lo consciente o lo inconsciente. Muchas de las prácticas en la vida cotidiana se han automatizado y se han vuelto rutinarias dado el carácter relativamente estable del actuar y el pensar sobre el mundo (Heller, 1977). No obstante, esto no deja de tener un impacto formativo en la subjetividad. Desde Marx (1995) conocemos que la alienación del hombre de sí mismo, es parte constitutiva de lo que constituye su realidad social.

La subjetividad es una forma de organización de la realidad social (Arce, 2005), cuyo contenido y dinámica depende de la actividad material de los individuos. En esta práctica cotidiana (Heller, 1977) los individuos se reafirman como tales. La subjetividad no es un proceso cerrado, sino que se retroalimenta constantemente de las relaciones sociales, y los proyectos que nos expresan como seres humanos.

Esta es la importancia de la reproducción social (Giddens, 2011) para el devenir de la subjetividad como regularidad, la relación del individuo con otros, y consigo mismo. Como ser social, el individuo deviene tal utilizando los recursos y normas de la cultura para pensarse y definirse a sí mismo (Vygotsky, 1933; Arce, 2005). Deviene tal en el planteamiento y logro de metas y proyectos.

Ferry (1990) y Arce (2005) trabajan críticamente la categoría formación. Formarse no es sólo adquirir conocimiento sobre cómo hacer algo. “Formarse es reflexionar para sí, para el trabajo sobre sí mismo, sobre situaciones, sobre sucesos, sobre ideas” (Ferry, 1990, p.54). Aquí se asume esta forma de entender la formación, porque expresa una forma no lineal de comprender la relación de la subjetividad con el poder. Precisamente en esta lógica es que va la *Teoría de la Estructuración*, de Giddens (2011).

Formación es también “una función social de transformación del saber (...) que se ejerce en beneficio del sistema socioeconómico o más globalmente, de la cultura dominante” (Ferry, 1990, p.50). De esta forma y siguiendo a Breilh (1994, 2008), la formación no es solo un proceso de decisión individual, sino un proceso colectivo y estructural de gestión del orden social a cargo de los centros de poder cuyos núcleos son la economía, la política, y la cultura.

Arce (2005) aporta otra reflexión importante para comprender la lógica del proceso formativo de la subjetividad. Se trata de que los individuos organizan y comprenden el mundo en función de sí mismos. Seleccionan, significan lo que es importante para su subsistencia como seres humanos históricamente situados. El ser “se conforma a partir del modo en que cada quien se relaciona consigo mismo, con los otros, y con las instituciones” (Arce, 2005, p.5).

Estos procesos formativos dependen de que el ser social se intente realizar como tal, en cuyo camino no tiene más opciones que subjetivar los mismos recursos y normas que son construidos colectiva e históricamente. Un ejemplo es el uso del lenguaje, y las categorías sociales que empleamos para definir y pensar nuestras capacidades, las relaciones con los otros, los estados de ánimo, las metas, etc. Esta



es la “dimensión formativa del poder” (Butler, 2001). “El poder impuesto sobre uno/a es el poder que estimula la emergencia” (Butler, 2001, p.212).

Si se parte, como es el caso en este trabajo, de que los individuos se construyen como seres sociales en el empleo práctico de recursos y normas facilitados por las mismas estructuras económicas, políticas, y culturales del poder, ¿a través de qué procesos subjetivos se relacionan los individuos con esas normas y recursos? La respuesta que se intentará sostener aquí, va en sentido de argumentar el papel de la significación.

Las sociedades son órdenes que se organizan a partir de normas. El ser social existe como parte de estas normas, creándolas consciente e inconscientemente, y reproduciéndolas a través de sus prácticas cotidianas como miembro de una familia, una pareja, o en relación a sí mismo (Samaja, 2004; Giddens, 2011). La división de la sociedad en clases, géneros, y etnias, entre otros criterios, también “ubican” a los individuos y grupos humanos en posiciones diferenciadas. La repercusión fundamental de estos procesos constituyentes de lo social es que también se convierten en procesos instituyentes de la subjetividad (Butler, 1999, 2001), y del posicionamiento afectivo y cognitivo de los seres humanos ante sus contextos sociales.

La implicación de este proceso instituyente para el estudio de la subjetividad, y de la forma en que se significa el intento de suicidio es la que sigue: *el ser social es instituido e instituyente de su propia práctica y reproducción social, por lo que sus pensamientos y emociones también pertenecen a esta dialéctica*. “La comprensión no es una cualidad que le llegue desde fuera a la realidad humana, sino su propia manera de existir” (Sartre, 1973).

El argumento de que el ser social existe en un mundo normado que le exige comprender y significar (Gadamer, 1993, 1995, 1996, 1998; Thompson, 1998; Butler, 2001; Giddens, 2011), y los estudios de Foucault (1976, 2000a, 2000b, 2003, 2007) sobre los procesos de disciplinarización del cuerpo y la subjetividad, han servido de base en el presente estudio para argumentar que los significados no solo intentan llevarse a la práctica a través de los individuos, sino que estos últimos

también son “lugares” por los que estos significados “pasan” en forma de discursos o voces, dejando huellas que van desde las creencias hasta el sufrimiento emocional. Se trata de una dialéctica no solo de lo instituido, sino de aquello que es instituyente de las formas de pensar y sentir en un momento histórico concreto.

Por esta razón, y siguiendo el trabajo de Gadamer (1993, 1995, 1996, 1998) y Thompson (1998), en el presente estudio se intenta trascender la investigación del significado como la exploración de los contenidos atribuidos, tal y como ha predominado en algunas aproximaciones cualitativas en Ciencias Sociales en general. Así, se pone el énfasis de la comprensión en los procesos a través de los cuales un significado ha llegado y llega a ser tal para individuos concretos. Esto es rescatar la historicidad de la subjetividad en su propia dinámica, y no solo como proceso “sedimentado”. En esta lógica es que se habla en el presente estudio de significación.

No obstante, para comprender los procesos instituyentes de las formas de pensar y sentir de los individuos y grupos humanos, necesitamos precisiones sobre las formas que adopta el significado. Estas formas permitirán tanto una vía de acceso a los procesos históricos que interesan aquí, como un análisis de ellas mismas en forma de resultados históricos. En lo que sigue se realizan estas precisiones.

La emergencia histórica de la gestualidad y el lenguaje, ha implicado la referencia a objetos y acontecimientos distintos del gesto y la palabra misma (Shlain, 2000). Esto conlleva que la palabra, el gesto, un objeto, etc, sean referenciales porque permiten pensar en algo distinto de sí mismos (Gadamer, 1995; Thompson, 1998). La referencialidad entonces puede ser definida como una primera característica del proceso de significar, es decir, la significación.

La formación como seres sociales implica participar en un mundo que siempre está previamente interpretado. Ello sucede antes del nacimiento o durante toda nuestra vida (Heidegger, 1926; Schutz, 1993; Gadamer, 1995, 1998; Thompson, 1998). Esto implica que antes de existir como tales para nosotros mismos, existimos en el pensamiento y el discurso de los *otros*. De esta forma, comenzamos a pensarnos a

nosotros mismos con las mismas categorías que los otros nos han definido y pensado (Vygotsky, 1933).

Estas categorías están atravesadas por las características políticas, económicas, y culturales de una sociedad concreta (Thompson, 1998). Por esto, el proceso de significación no sólo expresa la particularidad individual, sino ante todo una relación de esta individualidad con discursos sobre lo esperado, y lo que se considera verdad para cada tema (Foucault, 2000a). Esta relación implica que debemos subjetivar esos discursos normativos que siempre son previos a nuestra existencia y nuestro conocimiento, y que circulan en los espacios de nuestra reproducción social, que son familiares, comunales, políticos, y económicos (Samaja, 2004).

En el mismo sentido de los referentes de la significación, hay que tener en cuenta que las interpretaciones sobre la realidad no solo interpelan a algo o alguien en el presente, sino que también se dirigen al pasado y al futuro. Estos “horizontes situacionales” del enunciado son la expresión del individuo histórico, y es pertinente analizar por qué hechos pasados o pensamientos sobre el futuro se actualizan en el presente (Gadamer, 1998).

Siguiendo el trabajo de Kosik (1967), Heller (1977), y Giddens (2011), una característica definitoria del proceso de significación, es que además de existir como proceso de subjetivación y relación afectiva del individuo con su realidad, existe como práctica material aunque sea de forma inconsciente. Rescatar esta observación permite trascender una mirada subjetivista del proceso de significación. Esto es vital, dado que gran parte de la vida cotidiana es regular, rutinaria, acrítica, y naturalizada (Heller, 1977), lo que no implica que deje de participar la significación.

A partir de las características argumentadas anteriormente, la categoría significación será asumida en este trabajo como: *un proceso instituido a la vez que instituyente de forma colectiva, cuyo objeto es la reproducción histórica de las relaciones sociales en un contexto económico y político específico, y cuyas fuerzas dinamizadoras se encuentran en el empleo del lenguaje, la interlocución con las instituciones sociales, y la actividad material de los grupos humanos.*

Una vez asumido un concepto de significación, y partiendo del argumento de que la relación del individuo con la sociedad no es de supeditación de una parte por otra (Giddens, 2011), es pertinente la pregunta: ¿cómo se relacionan los individuos con los discursos circulantes en la sociedad, y las normas y sanciones instituidas en los grupos en los que participan? es decir, ¿cómo se significa? En lo que sigue se intenta sostener una aproximación apoyada en tres categorías: *significante*, *voces*, y *significación de la significación*.

La conciencia es un umbral, y por ello la relación afectiva del individuo con su contexto social es decisiva. La relación de los individuos con la realidad no es tanto con la totalidad de los hechos que le rodean, como con el significado que los hechos tienen para ellos. En este sentido la relación con lo social es significativa (Gadamer, 1995, 1998).

El motivo de que la totalidad social aparezca ante el sujeto como un recorte, es que el sujeto está movido por sus fines, necesidades y motivaciones (Kosik, 1967). De esta forma, la realidad aparece ante él como fines, necesidades, exigencias, instrumentos (Kosik, 1967), y una mirada a los acontecimientos que debe conocer para garantizar su subsistencia como ser social. Su reproducción social dirían Thompson (1998) y Giddens (2006, 2011).

Significante es un concepto que permite determinar metodológicamente dónde, cómo y por qué, se ubica ese “recorte” que el sujeto realiza de la realidad. La teorización de Lacan (1956) sobre el significante es pertinente para los fines del presente trabajo, una vez que para la comprensión psicodinámica de la conciencia, el autor lo comprende en sus movimientos, y como expresión de otros contenidos. Aquí se coincide con Lacan (1956) en entender el significante como un objeto, una relación, o un comportamiento que se refiere o simboliza uno o varios elementos al mismo tiempo.

Si los procesos económicos y políticos actúan sobre la subjetividad no solo como realidad subjetiva, sino también como delimitación de espacios materiales de actuación (Hall, 1986), o constreñimientos estructurales (Giddens, 2011), entonces el “recorte” o la selección que los sujetos realizan de su realidad a través de los

significantes, se debe comprender como resultado de un posicionamiento subjetivo, pero contextualizado en sus condiciones y procesos materiales de existencia.

El “recorte” de la totalidad social se convierte en tal como resultado de una relación con el trasfondo (Kosik, 1967). Primero Saussure (1945), y luego Lacan (1956), entienden esta relación desde el concepto de valor. Saussure (1945) le sirvió de referencia a Lacan (1956). En su trabajo, el concepto de valor sostiene que las palabras no sólo significan algo distinto a ellas, sino también una relación con las que no están presentes.

En esta lógica, la semántica de una palabra se explica tanto en relación con los otros elementos presentes estructuralmente en el discurso, como con los que no están, porque no están por algún motivo. Esta premisa ha sido utilizada por Lacan (1956) como una piedra angular para comprender la organización del inconsciente como lenguaje. Para la presente investigación aporta una mirada sobre la relación del individuo con su contexto social. Esta mirada implica que lo significativo para los individuos no se puede comprender si no es en relación a otras alternativas, opciones, y a su contexto social. Esta es una cualidad que debe ser tomada en cuenta en el estudio de los significantes.

El trabajo de Frankl (1991) también puede enriquecer un acercamiento al concepto de significativo. Aunque no se refiere a este como tal, el autor argumenta su terapia precisamente sobre lo que considera que orienta al ser humano dentro de la totalidad de la vida social: *las responsabilidades*. Para Frankl (1991), las responsabilidades son las formas por las cuales la realidad aparece ante el individuo. En este sentido, las responsabilidades también deben ser explicadas en relación a aquellas actividades o proyectos que no se constituyen como tal.

El concepto de significativo ha sido trabajado también dentro de la investigación en salud por autores como Castro (2000). Aunque Castro (2000) no lo define como tal, si se puede comprender qué entiende por el mismo a partir de la forma en que lo trabaja. El autor entiende el significativo como una experiencia subjetiva que se relaciona de forma específica con discursos y prácticas sociales.

Castro (2000) se pregunta cuáles son y qué función tienen los significantes de las medicinas moderna, tradicional, y doméstica. Por ejemplo, explica que los individuos tienden a reconocer y legitimar los saberes de la Medicina moderna teniendo en cuenta las inyecciones, los sueros, y las operaciones. Por su parte, el discurso y la práctica de la Medicina tradicional es reconocida a través de la presencia de dicotomías como frío-caliente. Se trata de saberes ancestrales enraizados en la idiosincrasia de pueblos.

Para los fines de este trabajo, estas observaciones retoman la necesidad de considerar el carácter histórico de esos significantes. Teniendo en cuenta las aproximaciones teóricas y metodológicas que permiten una aproximación al concepto de signifiante, en esta investigación se va a entender como tal: *las relaciones, las vivencias, o las experiencias que a través de procesos socio históricos se constituyen para los individuos en un “recorte” o focalización de la realidad, que orientan consciente o inconscientemente de forma prioritaria o conflictiva, sus vivencias y comportamientos.*

Como la relación de los individuos con su contexto social es histórica y culturalmente situada, es importante profundizar no solo en lo que constituye un signifiante del intento de suicidio, sino cómo se explica que haya llegado a ser tal en un contexto social. En este trabajo se considera que esa es la segunda cualidad de los significantes. Esta concepción nos permitirá trascender las explicaciones del suicidio a partir de categorías transnacionales como *crisis económica* o *desempleo*, porque las implicaciones son diferentes según el contexto que se estudie.

El ser humano es parte inherente de un contexto social dinamizado por relaciones de poder. Estas relaciones han encontrado en el discurso y la comunicación una fuente priorizada para su ejercicio, como resultado de la orientación persuasiva del poder desde el siglo XVIII (Foucault, 1976). En este sentido, los discursos que circulan alrededor de los grupos humanos van más allá del contenido, y se inscriben en un esfuerzo por normalizar la vida cotidiana de las personas como una forma de lograr la reproducción de la sociedad (Foucault, 1976; Castells, 2009).

Por esta razón los discursos sociales ofrecen un marco de interpretación a las personas sobre lo social y sobre ellas mismas (Berger y Luckman, 1995), y pugnan por conquistar el significado en la mente de las personas y grupos humanos (Castells, 2009). El ser social existe dentro de un marco significativo, ejemplo de lo cual es la misma socialización desde una perspectiva de género. En términos de la significación del intento de suicidio como fenómeno social, esto implica la necesidad de deconstruir los discursos dentro de los cuales se significa socialmente a la persona que atenta contra su vida por mano propia.

Una de las formas de hacer este ejercicio comprensivo es a través del concepto de voz, trabajado fundamentalmente en el campo de la Antropología y la Comunicación. El concepto de voz ha sido escogido en este trabajo por varias razones. Al discutirse el concepto de polifonía, se da cuenta de la participación del *otro* en la forma en que nos significamos como seres sociales, y por lo tanto se abre un espacio para problematizar el poder como parte del habla de los individuos y la forma en que se sienten y piensan a sí mismos. En segundo lugar, la discusión del concepto no se reduce a la exploración del contenido, y da paso a problematizar las relaciones que se establecen entre los individuos y esas voces, eje fundamental en una sociedad donde los discursos no son ingenuos, y buscan instituir o normalizar a los individuos y grupos humanos.

Batjín (1982) y Ducrot (1986) desde el campo de la Comunicación, así como Corona y Kaltmeier (2012) desde la Antropología realizan una mirada sobre la polifonía del discurso. En esta línea buscan entenderlo como una unidad de análisis, que expresa las normas y sanciones del poder que circulan en una sociedad en un momento determinado. Tanto el trabajo de Batjín (1982) como el de Ducrot (1986) son relevantes para este trabajo porque parten de una concepción materialista del lenguaje, y su relación con el contexto histórico social de quien habla. Teórica y metodológicamente sus acercamientos permiten analizar la forma en que se relaciona el individuo con estos discursos. Esto es clave para comprender la significación como proceso colectivo.

Batjín (1982) aborda esta polifonía desde el concepto del “otro”, y por eso su propuesta es conocida como *Dialoguismo*. El “otro” es una institución social que se expresa en normas y sanciones, tal y como Giddens (2011) define lo institucional. El *otro* aparece en nuestros enunciados una vez que lo tenemos en cuenta como oyente, como posición a la que se le responde, posición con la que se dialoga, o a partir de la que se construyen argumentos y justifican acciones.

En esta explicación de Batjín (1982), y siguiendo a la vez el trabajo de Thompson (1998) sobre las características de las formas simbólicas, ese “otro” expresa las reglas y convenciones con las que nos relacionamos en nuestros espacios de interacción de un modo contextual, es decir, en un momento biográfico concreto. Esta expresión es importante precisamente para explicar cómo se introducen en el lenguaje, el comportamiento, y las vivencias cotidianas, los procesos económicos y políticos que median la vida social de los individuos.

Ducrot (1986) se refiere explícitamente a esos “otros” como enunciadores o voces presentes en nuestros discursos. Esos “enunciadores” o “voces” son quienes hablan a través de nosotros con sus reglas, verdades, y argumentos. Esas voces son una “alteridad constitutiva”, un “sujeto empírico” (Ducrot, 1986).

La postura hermenéutica de Gadamer (1995) contribuye a enriquecer la categoría de voz en el mismo sentido en que se ha venido desarrollando hasta ahora en este texto. Gadamer (1995) coincide en que no se puede analizar únicamente el contenido del habla, porque es necesario comprender sus motivaciones subyacentes, y a quiénes o qué interpela. La estrategia de análisis para Gadamer consiste en la comprensión de las preguntas a las que el habla intenta responder. En este mismo sentido el autor explica:

No hay ningún enunciado que se pueda entender únicamente por el contenido que propone (...). Cada enunciado tiene su motivación. (...)  
No hay ningún enunciado que no sea fundamentalmente una especie de respuesta. Por eso la comprensión de un enunciado tiene como única norma suprema la comprensión de la pregunta a la que responde “. (Gadamer, 1995, p.58)



Corona y Kaltmeier (2012) retoman el trabajo de Batjín (1982), y a la par de reflexiones originales, sostienen también la importancia del concepto de voz como lugar donde mirar la dinámica del poder constituyente en los sujetos. El “otro”, esa voz, participa en nuestra representación del mundo y el recorte que hacemos del mismo. Las voces no son determinantes en sí mismas, sino el uso que hace el sujeto de ellas. Es importante analizar la relación de los individuos con esas voces, que puede ir desde la sumisión, la aceptación, hasta el distanciamiento críticamente construido (Corona y Kaltmeier, 2012).

El concepto de voz ha sido útil en la investigación sobre la salud. Un ejemplo es el estudio de Ruz (2002), quien investiga la forma en que se comprende y nombra la sexualidad, y las patologías corporales en la cultura Tzeltal en México. Su estudio muestra que las voces culturales designan, nombran a través de los hábitos y el lenguaje, y son determinadas por las tradiciones históricas de los pueblos. A partir de los trabajos hasta aquí consultados sobre la categoría *voces*, en esta investigación se considera que son cualidades de las mismas: *expresar reglas y convenciones sociales contextualizadas históricamente, responder o cuestionar a otras voces o instituciones sociales pasadas o presentes, y relacionarse afectivamente con las vivencias y el comportamiento de los individuos.*

La conciencia siempre es conciencia de algo, y ese algo puede ser ella misma. Si siempre estamos en relación con un mundo que es previamente interpretado (Heiddeger, 1926; Gadamer, 1993; Thompson, 1998), estamos significando fenómenos, objetos, relaciones, o comportamientos que en muchos casos ya tienen un significado previamente asignado. Por otra parte, los individuos no son meros receptáculos reproductivos de las voces que circulan en una sociedad, sino que esa reproducción implica un sello personal históricamente situado (resignificación).

Estas premisas conllevan a que exista una significación de la significación con doble carácter. Por una parte como proceso afectivo y cognitivo por el cual los individuos interpretan y significan una realidad que ya tiene interpretaciones previas a su existencia, y de la cual dan cuenta. La significación de la significación a este nivel, implica que los individuos no solo interpretan o vivencian su realidad, sino que

también se interpretan, perciben y vivencian a sí mismos como intérpretes, y pueden asumir una postura ante ello. El valor de esta cualidad para la presente investigación, radica en que esta autoconciencia puede ser una de las vías para que las personas se reconozcan a sí mismas, y no como un mero resultado pasivo de sus contextos históricos.

Como resultado de esto, tanto la “hermenéutica profunda” (Thompson, 1998) como la de segundo orden (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 2002), también implica un proceso de análisis por el cual los investigadores cualitativos buscan comprender o significar las interpretaciones o significaciones que construyen y emplean los individuos en sus vidas cotidianas. Perder de vista este tipo de análisis puede explicar por qué en algunas investigaciones cualitativas, el estudio del significado se ha reducido a la descripción, y la mención de categorías sin llegar a sus particularidades históricas.

Las investigaciones consultadas en este trabajo sobre la relación entre el género y el intento de suicidio, también pueden sostener una forma de entender las categorías significantes, voces, y significación de la significación, así como la relación entre ellas. Tomando en cuenta las investigaciones de Wunderlich et al. (2001), y Amezcua et al. (2010) se puede comprender que el sufrimiento de las violencias se ha convertido en un proceso que media prioritariamente la vivencia que las mujeres tienen tanto de sí mismas como de su vida cotidiana, y que ello ha llegado a ser tal como consecuencia de las voces (socialización familiar, escolar, procesos de atención en salud, relaciones de pareja, relaciones de producción), que han legitimado y sostenido un orden social patriarcal.

Otro ejemplo es el de la investigación de Kim y Kim (2009), que muestra que la imagen corporal se ha convertido en un elemento altamente valorado para un grupo de mujeres, y que por lo tanto tiene que ver con sus vivencias negativas de la misma, asociadas en este caso a la ideación suicida. Sin embargo, si abordamos estos resultados con una perspectiva histórica se puede comprender que la imagen corporal se ha convertido en una preocupación y una forma de relación de lo femenino consigo mismo y con su contexto social, como resultado del proceso

histórico por el cual la mujer ha sido significada a partir de la belleza corporal, y como objeto de satisfacción del propio hombre. De esta forma, lo que pareciera ser un factor de riesgo individual, se entiende como resultado de todo un proceso histórico de significación de la figura femenina, erigido sobre significantes que son funcionales a una forma de organización social patriarcal.

Un ejemplo empírico sobre la forma en que los procesos de significación de la significación se relacionan con el intento de suicidio, se encuentra en la investigación de Stefanello et al. (2008). El haber intentado quitarse la vida por mano propia es un proceso que es resultado de las formas en que las personas significan su vida cotidiana, pero el intento mismo también significa algo para el ser masculino por ejemplo, que se percibe a sí mismo con vergüenza. No obstante, y siguiendo los trabajos de Bourdieu (1999) y Burín (2007), no se puede comprender esto sino es en relación al proceso histórico a través del cual ciertas voces han instituido una forma de entender lo masculino como contraposición a lo femenino, definido como emocional, pasional, y por lo tanto débil.

En este punto del desarrollo de la presente investigación nos podemos preguntar: ¿cómo se constituyen y participan históricamente los significantes, las voces, y la significación de la significación, en la formación diferencial de la subjetividad de hombres y mujeres? y ¿cómo se puede comprender la relación de estos procesos con el suicidio en el contexto de transformaciones socioeconómicas que tensan la vida social? Estas preguntas son las que guían los dos siguientes acápite.

### ***La dinámica de las construcciones de género como proceso formativo de la subjetividad***

El debate y la problematización conceptual acerca de la categoría *género* ha sido resultado de esfuerzos en varios sentidos. Son reconocidos los estudios de Levi-Strauss, así como los de Margaret Mead acerca de la naturaleza cultural del ser humano (Lagarde, 2005). También son reconocidos los esfuerzos fundantes de las luchas feministas desde el siglo XVII y de sexólogos como John Money a partir de los años 50 del siglo pasado (Lamas, 1995).

El tema central del debate sobre el género como categoría teórica con implicaciones sociales, ha sido la diferencia entre sexo y género, y cómo a partir de la simbolización de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, se han construido y legitimado identidades y procesos de exclusión social (Butler, 1999). La categoría sexo hace referencia a las diferencias biológicas, cromosomáticas, gonadales, endocrinas, y de funcionamiento del sistema reproductivo entre hombres y mujeres (Lagarde, 2005).

En esta lógica el sexo es un hecho corpóreo, sin embargo, desde el momento en el que el cuerpo mismo y las capacidades humanas tienen sentido en el marco de la sociedad, el sexo puede ser comprendido también como una construcción social. Sexo es también la actividad sexual. “No solo se pertenece a un sexo, se tiene un sexo y se hace sexo” (Lamas, 1995).

Ante este hecho, la relevancia de hablar de la categoría género radica en que a través de ella se pueden comprender los procesos socio-históricos mediante los cuales se han simbolizado las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, y las implicaciones que ello ha tenido para la salud mental de ambos. Hay dos grandes dimensiones teóricas que agrupan las conceptualizaciones sobre el género.

La primera es de tipo cognitiva, y busca las explicaciones en la lógica de procesos cognitivos y psicodinámicos internos al sujeto (Leiva, 2005). Dentro de esta dimensión se encuentra la postura genético-evolutiva desarrollada por Piaget y Kohlberg. La misma explica el género a través de un proceso que va desde la categorización de los otros, hasta el reconocimiento de la permanencia de las cualidades de hombres y mujeres (Leiva, 2005).

La perspectiva de Bem y Markus también es de tipo cognitivista, porque se comprende el género a partir del concepto de esquema. Una vez que se toma conciencia de los rasgos y cualidades de esos grupos definidos como hombres y mujeres, estos rasgos conforman esquemas a través de los que se interpreta lo esperado para hombres y mujeres (Leiva, 2005). En este sentido, los estereotipos tienen un papel en la comprensión de lo esperado.

Dentro de esta primera dimensión el acercamiento psicodinámico o psicoanalítico tiene un papel importante. A partir del mismo se ha argumentado que la construcción de género es un proceso tanto consciente como inconsciente, en el que es decisiva la relación inicial del niño con la madre como figura protectora. Esta relación tiene implicaciones diferentes para ambos sexos, pues mientras la niña mantiene una relación directa con un sexo con el que se puede identificar, el niño debe construir su identidad por contraposición a la madre, y por tanto a la figura femenina.

La mirada materialista puede complementar esta explicación, porque el mismo rol de proveedor asumido por el ser masculino incide en que el hombre generalmente se pase más horas fuera del hogar en las labores productivas. Aun estando en casa, el hombre pensado hegemónicamente tiende a definirse más como proveedor y autoridad, que como figura lúdica.

La segunda dimensión que agrupa las conceptualizaciones sobre género parte del proceso de socialización (Courtenay, 2000). No obstante, dentro de esta perspectiva general hay argumentos diferentes en cómo se entiende el género. A diferencia de la dimensión anterior, esta entiende el género como un proceso que se aprende, y que está en constante intercambio con la cultura económica y política que le sirve de contexto social.

A partir de la *Teoría del Aprendizaje Social*, de Albert Bandura, se comprende que las formas de ser hombre o mujer, los roles que se esperan de unos u otros, es un proceso aprendido, relacionado a las expectativas y las sanciones de determinados grupos y espacios sociales (Leiva, 2005). Dentro de este proceso, instituciones como la escuela tienen un rol decisivo, dados sus fines formativos de la personalidad.

Por su parte, la *Teoría del Rol Social del Género* a diferencia de la mirada que aporta la teoría anterior, permite visualizar la construcción social del género en relación a los procesos sociales productivos. La premisa central de la que se desprenden los argumentos de esta teoría, es que la sociedad se organiza necesariamente a través de sus procesos productivos, y estos implican actividades que generan valoraciones y expectativas diferentes sobre los géneros (Leiva, 2005).

Un resultado de las perspectivas que pertenecen a ambas dimensiones para comprender el género, ha sido una vuelta a los procesos históricos de conformación de la subjetividad. Ejemplos de ello son los trabajos de Shlain (2000), Lagarde (2005), y Burín (2007). Estos estudios sostienen que los rasgos y características biológicas de hombres y mujeres no se pueden explicar, si no es como parte de los procesos de valoración social históricamente situados, que a través de miles de años han configurado incluso, el funcionamiento cerebral especializado.

A causa de la deforestación y otros eventos, los homínidos se vieron forzados a bajar de los árboles. Las exigencias de la vida en el terreno, junto a procesos biológicos como el parto en la hembra, comenzaron a tener implicaciones diferentes para la vida de los machos y las hembras.

La hembra llevaba la cría en su cuerpo, y al nacer esta lloraba. Ambas circunstancias impedían que esta participara en la caza, actividad necesaria para suplir las exigencias energéticas de las nuevas formas de vida. Tanto el tener la cría en el propio cuerpo como el llanto de la misma, hacían que la hembra fuera más lenta, o ahuyentara a la presa. Por este motivo la hembra fue confinada al cuidado de la cría (Shlain, 2000).

Cuando surgió la preocupación por la muerte y el excedente del trabajo, comenzó la preocupación del hombre por sus herederos. Con ello, al control de la mujer se sumó el control sobre su sexualidad, porque la única forma de tener certeza en la legitimidad de los herederos era la lealtad. Con ello surgieron las exigencias de lealtad y castidad a la mujer (Shlain, 2000).

La figura del ser hombre comenzó a adquirir una mayor valoración social respecto a la mujer a partir de diferentes voces. Ser hombre empoderaba diferencialmente porque eran quienes iban a la guerra. La fuerza física y el asumir riesgos significaron la posibilidad de defender a las comunidades de las amenazas externas (Shlain, 2000). Además, el esperma y un “pene externo” eran considerados las fuentes activas de quien daba vida.

Para Aristóteles el cuerpo del hombre era perfecto, y al tener relaciones sexuales con la mujer el hombre le pasaba parte de esa perfección a la mujer. Hubo otras voces que significaron de forma diferente a hombres y mujeres, y que fueron desde la religión hasta el desarrollo de las fuerzas productivas. El cristianismo por ejemplo se convirtió en un discurso de empoderamiento de la figura del hombre, y exigencia de devoción y sumisión de la figura de la mujer (Shlain, 2000; Pagés, 2010).

En el Confucionismo por ejemplo, se espera de la mujer que su actividad social se reduzca al hogar, preserve el matrimonio a pesar de los conflictos con el hombre, y cuide tanto de los hijos como del esposo (Zhang, 2014). El debate aquí no es sobre la asignación diferencial de roles y tareas para hombres y mujeres, sino que esto significa valoraciones diferenciales para unos y otros como seres sociales.

Con el desarrollo de la Revolución Industrial y las fuerzas productivas, el trabajo extra doméstico que ya venía convirtiéndose en un significativo del rol del hombre, contribuyó con una valoración hegemónica del hombre y la masculinidad. Es importante observar estos cambios en dos ejes: lo que la transformación social implicó para hombres y mujeres, y lo que implicó para la relación entre ambos. Esto es relevante, porque el pensamiento de género en ocasiones ha cometido el error de pensar al hombre y la mujer solo en comparación de unos con otros (Burín, 2007).

Las transformaciones sociales a pesar de configurar una sociedad en favor de lo masculino sobre lo femenino, tiene un impacto que puede ser perjudicial tanto para unos como para otros. Siguiendo el trabajo de Coria, Freixas y Covas (2005), la sociedad patriarcal “no le hace ningún favor a las mujeres ni a los hombres”, más bien ha enmarcado y forzado la interpretación de la realidad para los géneros.

A la par de fenómenos sociales como la religión, la acumulación de capital tiene un papel central en la construcción social de ambos géneros. Este proceso no solo se asienta sobre construcciones históricas sobre los géneros, sino que tiende a reforzar el papel supeditado de la mujer, y las relaciones antagónicas entre ambos. Si se piensa que la mujer vale menos, entonces el resultado de su trabajo se paga menos. Hay un sujeto que por la misma cantidad de trabajo recibe menos ingreso. Por otra

parte, como cuidadora y trabajadora doméstica, su trabajo en esa esfera representa para el sistema capitalista el cuidado de una fuerza de trabajo altamente valorada: el hombre (Coria et al. 2005).

Estas nuevas formas de comprender el género contribuyen con una definición dinámica y abarcadora del mismo, que permite entender la relación compleja del individuo y la sociedad. De igual forma, esta definición orienta una forma metodológica de aprehender el género como un proceso en relación con la salud mental. En este sentido Lagarde (2005) sostiene:

Ser mujer o ser hombre es un hecho sociocultural e histórico. (...) Se trata de un complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico-políticas, y psicológicas (...) que crean en cada época, sociedad y cultura, los contenidos específicos de ser mujer o ser hombre". (p.177)

Como complemento a esta visión de proceso Butler (2001) argumenta:

El género no debe interpretarse como una identidad estable o un lugar donde se asienta la capacidad de acción, y de donde resulten diversos actos sino, más bien, como una identidad débilmente constituida en el tiempo, instituida en un espacio exterior mediante una reproducción estilizada de actos. (pp.171-172)

De esta forma se comprende que el género no es una esencia ni una sustancia inamovible. El género es una construcción social histórica, que ocurre y se expresa a través de la percepción e interpretación del mundo y nuestro papel en él. El ser masculino y el ser femenino se reproducen en condiciones materiales y subjetivas concretas, y mediante procesos simbólicos y normativos (Breilh, 1996; Bourdieu, 1999).

Esas dimensiones simbólicas y normativas son subjetivadas esencialmente porque se convierten en instituyentes mismos diferenciales de la personalidad de hombres y mujeres. Los comportamientos, cualidades, emociones, y discursos que se asumen como parte de la identidad de hombres y mujeres, constituyen recursos que



cada uno de los sexos emplean para definirse a sí mismos ante el mundo, orientar sus comportamientos, y satisfacer sus necesidades de estima y pertenencia (Lamas, 1995; Burín, 2007).

Estas expectativas, valores, comportamientos y actitudes, se subjetivan a través de la valoración y sanción social que se materializa en el uso del lenguaje, y la actividad cotidiana no necesariamente consciente. Más allá del tema específico del género, la subjetivación del mundo social se mantiene en el tiempo y adquiere su carácter histórico a través de varios procesos.

Siguiendo el trabajo de Butler (1999), uno de ellos es que los aprendizajes se incorporan como parte de la misma definición que realizan los individuos sobre sí mismos. Ser hombre o ser mujer es un devenir que acompaña a los individuos durante toda su vida. Este aprendizaje ocurre como un proceso biológico-molecular (Kandel, 2001), pero también como un proceso cognitivo social (Leiva, 2005).

Esto acontece a través de exigencias sociales diferentes para hombres y mujeres durante los diferentes momentos de la vida, y que son construidas a partir de procesos que van desde las interacciones familiares, hasta las lógicas de valoración de la fuerza de trabajo (Butler, 1999). En este sentido es que la perspectiva teórica de Butler (2001) es congruente con el nivel epistemológico sostenido por Giddens (2011) para comprender la relación entre individuo y sociedad.

Siguiendo el trabajo de Ruiseñor (2008), esta performatividad se puede comprender en cuatro dimensiones: *de producción, poder, simbólica, y emocional*. Estas son concéntricas porque están presentes al mismo tiempo. La primera dimensión explica cómo el proceso productivo ha otorgado un valor diferente a las competencias y cualidades de hombres y mujeres. La repercusión de esto se aprecia en diferentes oportunidades de empleo, de ascenso laboral, capacitación, y de remuneración, con lo que se refuerzan estructuralmente las diferencias entre los géneros.

La dimensión de poder está estrechamente vinculada a la anterior. Se refiere a que estas relaciones implican posiciones de poder privilegiadas para los hombres en la toma de decisiones, que van desde el nivel de la relación de pareja, hasta la Política.

Estas oportunidades y las relaciones que se instituyen sobre esta base, se convierten en significantes de determinadas responsabilidades para hombres y mujeres. El cuidado de la casa, los enfermos, la educación de los hijos, el cuidado de la estética del cuerpo, la satisfacción del hombre, y la vida en la esfera privada para la mujer, y la mantención económica, la provisión de seguridad, la asunción de riesgos, y la esfera pública para el hombre.

La dimensión emocional por su parte, se refiere a lo que se espera emocionalmente de unos u otros, y la forma en que se valora el cumplimiento de determinados roles asignados históricamente. Por último, en la dimensión simbólica podemos identificar cómo esas construcciones sociales que se expresan en ideas, creencias, estereotipos, comportamientos, expectativas y sanciones (Ruiseñor, 2008).

Esta mirada es útil porque supera la mirada del género a través de la comparación entre los sexos, y comprende la relación entre este proceso de construcción y la historicidad de los procesos económicos, políticos y culturales. Se supera una concepción esencialista del género.

De esta mirada se desprenden algunos ejes metodológicos centrales para la comprensión del género. No existe una sola forma de ser hombre o mujer, porque se trata de un proceso de construcción social que se debe explicar en particularidades socioeconómicas (Butler, 1999; Burín, 2007; Pagés, 2010). A su vez, estas particularidades se deben discutir en relación a las contradicciones esenciales de los procesos económicos y políticos que se expresan a diferentes niveles (grupales, institucionales, estructurales).

También se debe comprender el género como parte de los procesos que sancionan y norman socialmente el devenir de los individuos como seres sociales. Esto implica analizar las construcciones de género como parte de un proceso performativo de la subjetividad, que tiene que ver con toma de decisiones, comportamientos, y emociones, que se explican en la relación de la persona con otros, y consigo misma.

Si partimos de argumentar estas premisas, entonces ¿en qué sentido el proceso formativo de la subjetividad de hombres y mujeres es problemático para entender el

suicidio? es decir, ¿cómo se puede comprender la relación entre las construcciones de género como proceso performativo de la subjetividad, y el suicidio?

***La relación entre el proceso formativo de la subjetividad de hombres y mujeres, y el suicidio en el contexto neoliberal: una aproximación***

Aunque hay autores que declaran abiertamente su intención de explicar la relación entre género y suicidio, sus resultados no permiten comprender un proceso de relación. Blumenthal (1988) se refiere a que los hombres tienden a ser más impulsivos, que abusan más de sustancias, y utilizan métodos más violentos para resolver problemas. Las mujeres por su parte sufren más trastornos afectivos como la depresión. Lo mismo sucede en estudios como los de Rueda et al. (2010), donde se declara explícitamente una preocupación por comprender el suicidio con una perspectiva de género, y los resultados van en sentido relacionar los trastornos adaptativos y el consumo de alcohol en los hombres, y la depresión y el trastorno bipolar en las mujeres.

En estos acercamientos hay una ausencia de un análisis de los procesos performativos de la subjetividad, y su vínculo con los procesos económicos y políticos a diferentes niveles. Por esta razón es que no se coincide aquí con Howton (2000), en que el aumento de estudios epidemiológicos es lo que permitirá llegar a explicaciones. Al menos desde la epidemiología tradicional esto no será posible, porque no se trata de cantidad de estudios, sino de la epistemología desde la que se comprende el fenómeno.

Ser hombre o mujer es un complejo proceso de negociaciones culturales, mediadas por la clase social, y las posiciones de poder de los actores concretos (Bonino, 2002). No obstante, en el caso de la masculinidad se habla de masculinidad hegemónica. Bonino (2002) explica que el modelo de masculinidad hegemónica constituye una voz, y “una estructura simbólica-arbitraria compuesta por un conjunto de mitos, creencias, y significados sobre el ser hombre, que nos indica cómo tiene que ser un hombre «auténtico»” (Bonino, 2002, p.10).

La hegemonía de la masculinidad se instituye como un referente que sirve para juzgar la relación de los hombres consigo mismos, y en relación con aquellos que no cumplen estas expectativas (Pagés, 2010). Esta relación es importante, porque no hay una sola forma de ser hombre. En esta lógica, el modelo de masculinidad hegemónica “selecciona y recorta algunos aspectos de las capacidades humanas, lo valioso en una cultura, y lo adjudica a los hombres” (Bonino, 2002, p.11). Lo mismo sucede con el caso de la feminidad.

Con el objetivo de relacionar el fenómeno del suicidio con los procesos de construcción de género, es importante responder a la pregunta: ¿cómo las formas de vida en el sistema económico neoliberal refuerzan o vulneran los pilares sobre los que se han erigido la masculinidad y la feminidad, y con ello la salud mental de hombres y mujeres? En el caso de la masculinidad encontramos una vulneración a la salud mental en cuatro dimensiones: *la precarización laboral, la reestructuración de saberes, la represión emocional, y la presión ejercida por el modelo de masculinidad hegemónica sobre grupos con orientación sexual diferente.*

Ser hombre ha sido un proceso construido sobre la base de la mantención económica del hogar y la familia. No solo ser hombre, sino ser un buen hombre, es ser capaz de satisfacer las necesidades alimenticias, materiales, y de seguridad de la familia (Burín, 2007; Guerrero, 2007; Pagés, 2010). Por esta razón, es que un grupo importante de investigaciones se preguntan qué sucede con la salud mental de los hombres cuando no pueden cumplir estas expectativas.

Una primera dimensión para responder a ello se produce como resultado de una creciente precarización laboral en el sistema económico neoliberal. Ello se expresa en inestabilidad laboral, el subcontratación, la pérdida de los empleos en un contexto de creciente competencia, y la necesidad de movilidad tras las fuentes de empleo.

El actual sistema neoliberal estimula la movilidad de capitales hacia los sectores de mayor rentabilidad económica. Esto ha implicado un cambio sustantivo en las relaciones laborales (Sennet, 2006). Al aumento de la jornada laboral y la intensificación del trabajo como vía para aumentar la rentabilidad, se ha sumado la

eliminación de garantías tradicionales (Berriain, 2008). Este proceso es el que Bourdieu (2003) entiende como ruptura del “contrato social” entre el Estado y el individuo.

En este escenario de creciente precarización laboral, aumentan los trabajos por temporadas y los despidos. Se produce una ruptura entre las expectativas que el ser hombre necesita satisfacer, y la posibilidad de cumplirlas a través de la vía tradicional: el trabajo.

La investigación de Coleman y Casey (2011), así como la de Imberton-Deneke (2014), muestran que el suicidio ha sido considerado por hombres de diferentes edades como una salida al estrés, la depresión, y los sentimientos de vergüenza resultado de no poder cumplir el rol de proveedores de la familia. El sostén económico de la familia se ha convertido en un significativo de lo que para el hombre constituye un objeto de conflicto o preocupación.

Dado que el ser mujer ha sido construido hegemónicamente en su dependencia económica respecto al hombre, esta situación que enfrentan estos últimos también afecta la satisfacción a las necesidades estéticas y materiales, el cuidado del hogar, y la realización de proyectos de vida por parte de las mujeres (Orozco, 2014). Como complemento estresante, esta incertidumbre tiene lugar para los hombres en un espacio que se vive por ellos como competencia (Murphy, 1998; Pagés, 2010).

En los últimos años ha aumentado el número de mujeres vinculadas al sector laboral, aunque en muchas ocasiones informal. Esto ha implicado también para el ser hombre una pugna frente a la mujer por mantenerse como el proveedor de la familia, y por tanto, seguir sosteniendo su posición de autoridad y control.

Una de las consecuencias de la liberación de capitales en el neoliberalismo, es la movilidad territorial tras el ingreso. Esta movilidad incide en la relativización de los vínculos afectivos que fragmentan las familias y sus afectos, el aumento de la desconfianza comunal, y en la continua adaptación a nuevas relaciones sociales (Lipovetsky, 1988; Sennet, 1998; Bauman y Tester, 2002).

Teniendo en cuenta que como tendencia son los hombres los que mayormente han asumido el reto de la movilidad tras el ingreso, y la migración, es que surge la pregunta por la forma en que estos movimientos inciden en la depresión de los mismos, como antecedente del suicidio (Pagés, 2010). Hay que tener en cuenta que en los últimos años al menos en América Latina, uno de los cambios que más ha reconfigurado la estructura y la dinámica de las familias, es el aumento de la migración femenina (Sagot, 2008). En este sentido, las mujeres sobre todo aquellas de clases pobres, también comienzan a experimentar de forma creciente un desarraigo cultural y afectivo en relación a sus comunidades y familias.

Los cambios en los procesos de acumulación de capital tienen otra dimensión de incidencia sobre la salud mental del ser masculino. La rapidez de los cambios tecnológicos y la revalorización constante de los conocimientos como fuente de subsistencia.

La introducción de avances tecnológicos en la producción y la prestación de servicios, siempre ha representado un reto a la participación de la fuerza de trabajo masculina o femenina. Esto se observa por ejemplo, desde las preocupaciones de Mandeville (1997) en la etapa burguesa. Siguiendo el trabajo de Sennet (2006), hoy el reto no es solo la mantención de los puestos de trabajo que se pierden con la automatización de los procesos, sino que se ubica también en el plano emocional. La automatización e informatización de los procesos productivos anulan la creatividad humana, y solo demandan un monitoreo que puede generar la vivencia de monotonía y hastío (Sennet, 2006).

Esta transformación en los conocimientos necesarios para la participación en el ámbito laboral tiene otra implicación identitaria para los hombres. La identidad masculina ha sido construida en contraposición a la femenina, y dando un peso importante a la fuerza física. Ello se explica como resultado de los procesos de adaptación por el cual el hombre debía ser primero cazador, luego guerrero (Shlain, 2000), y por último impulsar la naciente Revolución Industrial.

Hoy en el neoliberalismo, la informatización creciente ha reducido las brechas en el valor de la fuerza de trabajo de hombres y mujeres con base en la fuerza física.

Como consecuencia podemos preguntarnos si el pilar masculino que ha recaído históricamente en la fuerza física, deja de ser una fuente de diferenciación respecto a la mujer en algunos ámbitos laborales, y con ello disminuye el prestigio construido sobre su base.

En este punto del texto es necesario hacer dos observaciones sobre las cualidades de los procesos que inciden en la subjetividad de hombres y mujeres, y que se relacionan al ámbito productivo. Primero, que el ámbito productivo no es solo el espacio en el que de forma casual han ocurrido estos procesos que vulneran la salud mental. El desarrollo del capitalismo ha pasado por un proceso de despojo de tierras y absorción de medios de trabajo de forma directa, y a través de la competencia, que ha forzado al ser humano a convertirse en fuerza de trabajo, sujeta a nuevas relaciones laborales (Engels, 1961; Preteceille, 1977; Marx, 1995).

En segundo lugar, y siguiendo los trabajos clásicos de Marx (1995) y Preteceille, (1977), no podemos creer que lo que le pasa a la subjetividad del ser humano dentro de la industria, la empresa o el puesto laboral, se queda allí, y se actualiza solo cada vez que el individuo llega a su centro laboral. El capitalismo hoy en su forma neoliberal, penetra cada espacio de la vida social a través de la estimulación del consumo de mercancías y sus símbolos vinculados a estilos de vida. Este consumo lleva implícita una definición de uno mismo y del otro. Como resultado, la racionalidad de los intercambios, las motivaciones, y las altas y bajas de las emociones son transversales a la vida cotidiana (Preteceille, 1977).

Si retomamos el argumento de que la competencia en el mercado laboral ha implicado una creciente optimización física del cuerpo, y una represión de las emociones (Byung-Chul, 2013), podríamos preguntarnos si esto puede estar reforzando uno de los pilares sobre los cuales se ha construido históricamente la masculinidad: el control de las emociones, la represión emocional (Seidler, 1995; Murphy, 1998). Amén de la respuesta a este punto, las investigaciones sobre la salud mental con una mirada de género, sostienen que los hombres siguen reprimiendo sus emociones.

Un resultado de que la masculinidad se haya construido como una oposición a la feminidad, se aprecia en las razones y en las formas por las cuales los hombres tienden a buscar ayuda. Esto es relevante para comprender cómo el hombre llega al suicidio, y qué hace o no para salir de la situación que le resulta angustiante.

Los hombres se han socializado históricamente para la participación en el espacio público, y ser valientes. Esto ha llevado a que invisibilicen sus emociones, no reconozcan la depresión, y en lugar de pedir ayuda se refugien en el consumo de sustancias (Brownhill, Wilhelm, Barclay, y Schmied, 2005; Tsirigotis et al. 2011; Kolves y De Leo, 2013). De esta forma, la construcción social de la masculinidad si bien tradicionalmente ha abierto un espacio de mayor oportunidades sociales al ser masculino, también vulnera su salud mental porque lo despoja de toda afectividad abierta (Breilh, 1996).

El cuarto aspecto que se relaciona aquí con la vulneración a la salud mental del ser hombre, tiene que ver con la presión ejercida por el modelo de masculinidad hegemónica sobre grupos con orientación sexual diferente. Las investigaciones de Noelle et al. (2006), y Montoya et al. (2015), sostienen que los patrones hegemónicos de masculinidad han implicado procesos discriminatorios históricos para aquellos hombres con orientación sexual diferente.

El suicidio en estos grupos se explica como resultado de las vivencias de inadecuación, vergüenza, represión forzada a sus preferencias, y falta de sentimientos de pertenencia. Siguiendo el trabajo de Seligman (2006), la falta de sentimientos de pertenencia es uno de los componentes fundamentales de una vida con sentido.

Para potenciar esta dimensión de la vida social, es imprescindible que los individuos sientan que pertenecen a un proyecto social que los trasciende en sus posibilidades y metas (Seligman, 2006). De igual forma, siguiendo el trabajo de (Seligman, 1975), encontramos que la visión negativa de los individuos sobre sí mismos puede explicar la depresión.



*Edad* no es una categoría esencialista, sino que también es una construcción social que se subjetiva a través de las expectativas, y responsabilidades que se generan *en y sobre* los grupos humanos en diferentes períodos históricos (Domínguez, 2006; Reguillo, 2000, 2014). Por esta razón, es necesario entender la edad como un eje que atraviesa las construcciones de género de hombres y mujeres. En este sentido, el suicidio en la vejez por ejemplo, se explica de forma diferencial en hombres y mujeres.

La jubilación puede representar para el hombre una pérdida de su posición de poder dentro de la familia, no sólo en relación a la mujer, sino también en relación a las generaciones más jóvenes. De aquí pueden derivar vivencias de inutilidad o depresión (Coria et al. 2005). A la pérdida de una posición de poder y prestigio generada históricamente por el trabajo, se unen construcciones sociales de la vejez a partir de la incapacidad, la dependencia, y la carga para la familia. Desde la filosofía, para Schopenhauer (2005) precisamente esta decadencia de facultades en la vejez, es un argumento para justificar una muerte digna a través del suicidio.

No obstante los resultados en estas dimensiones, se argumenta que para los hombres, a diferencia de las mujeres, el hecho de que tengan una mayor participación laboral y en la vida pública en general, los puede proveer de un mayor número de espacios y fuentes de gratificación personal (Kolves y De Leo, 2013).

En el caso de la construcción social de la feminidad, esta se ha erigido sobre los ejes del cuidado al hogar y la familia, la satisfacción del hombre, la reproducción, y una reducción de las actividades a la vida privada del hogar (Breilh, 1996; Butler, 1999; Lagarde, 2005; Burín, 2007).

La teorización y las investigaciones nos permiten afirmar dos grandes dimensiones que vulneran la salud mental de estas, y que pueden explicar la significación del suicidio en estos grupos. Estas dimensiones son: *las inequidades de género que en el plano social han ampliado históricamente la brecha entre ser hombre y ser mujer, y en segundo lugar los resultados de la presión y la asunción de un grupo de expectativas sobre el género femenino, vinculadas a la sexualidad, la complacencia del hombre, y el cuidado tanto del hogar como de la familia.*

La división sexual del trabajo es la categoría teórica fundamental para explicar las desigualdades que existen entre hombres y mujeres, en la participación en el mercado laboral por ejemplo. Tal y como reconoce la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), hoy se producen un grupo importante de inequidades como resultado del sostenimiento de la división sexual del trabajo. Como tendencia, ser mujer sigue implicando una mayor responsabilidad por las tareas del hogar. Como consecuencia, estas han accedido en menor medida a las oportunidades educativas y por ende, en ocasiones se encuentran menos capacitadas para optar por un puesto laboral, o ascender dentro del mismo.

Producto de este rezago, cuando acceden al mercado laboral lo hacen a través de la informalidad con las implicaciones que esto acarrea. Ser mujer no solo ha representado ser relegada al espacio del hogar, sino que el trabajo doméstico no ha sido reconocido como trabajo productivo. En este sentido hay una ausencia de políticas públicas dirigidas a remunerar este tipo de trabajos (CEPAL, 2013).

En los últimos diez años en América Latina se han incorporado al mercado laboral 22,8 millones de mujeres (CEPAL, 2013). Esto representa al igual que en otras partes del mundo, un avance en la incorporación de las mujeres al ámbito laboral. No obstante, las posibilidades de superación, remuneración, y rendimiento de estas se ven limitadas por la asignación rígida de roles de género, y el rezago educativo que han sufrido históricamente (Burín, 2007; CEPAL, 2013).

Según estadísticas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2016), a nivel mundial la tasa de desempleo para los hombres es 5,5%, mientras que es 6,2% para el caso de las mujeres. A escala mundial se estima que las mujeres ganan 77% de lo que ganan los hombres. Esto se debe a prejuicios, y a las dificultades que se les presentan a las mismas para acceder a la educación, la capacitación, y las oportunidades laborales. Todo esto incide en que en su trabajo sea poco valorado, y que su calificación profesional no le permita acceder a trabajos bien remunerados que incluyan prestaciones sociales (OIT, 2016).

La OIT (2016) estima que el trabajo doméstico representa 15,8% del empleo femenino, y este tiene extensas jornadas y bajas remuneraciones que empobrecen

a las mujeres, aumentan su dependencia económica respecto a los hombres, y reducen su capacidad para tomar decisiones. Estas condiciones de trabajo además, sobrecargan de responsabilidades y estrés la vida de las mujeres, una vez que a pesar de laborar fuera del hogar, continúan con la doble jornada de trabajo al llegar a este (Breilh, 1996).

Cuando el hombre sustenta económicamente el hogar, se cree en el derecho de exigir y maltratar (Burín, 2007). Con esto, la mujer también pierde capacidad para tomar decisiones sobre la planificación del hogar, los hijos, e incluso su propio cuerpo (Wunderlich et al. 2001; Stefanello et al. 2008; Angulo y Curbelo, 2012; Imberton-Deneke, 2014).

Esta trayectoria de sufrimiento de violencias tiende a comenzar para las mujeres en su historia familiar, y la relación con los padres (Martínez, 2016). El tema de la violencia vivida por las mujeres es muy importante. Según cifras de la OMS (2015) se estima que entre 15% y 71% de las mujeres entre 15 y 49 años a nivel mundial, han sufrido violencia física o sexual infligida por su pareja en algún momento de sus vidas, y que al menos la quinta parte de las mujeres han sufrido abusos sexuales antes de los 15 años. Estas vivencias se hacen significativas para la estabilidad emocional de las mujeres (Burín, 2007).

Las asignaciones de la mujer cuidadora, generan expectativas de cuidado vitalicio. La mujer debe enfrentar el estrés permanente que implica el cuidado del hombre, la casa, la educación de los niños, y los enfermos. En esta dinámica hay un estrés permanente por lo vitalicio de las expectativas (Breilh, 1996; Burín, 2007). En esta lógica la reducción de su vida al trabajo del hogar, es una reducción también de los espacios sociales de gratificación, y a los que puede acceder la mujer para la toma de decisiones con impacto político en su propia condición (CEPAL, 2013).

La constricción de lo femenino al espacio del hogar tiene otras repercusiones. Cuando la mujer quiere superarse desde el punto de vista profesional, generalmente se encuentra en un conflicto entre el cuidado del hombre, la casa, y los niños, y la carrera. Esto es lo que Burín (2007) llama el “techo de vidrio”.

Una de las dimensiones de la salud mental más impactada en las construcciones de la feminidad, es lo referente a las vivencias de la sexualidad (UNICEF, 2012). Históricamente la sexualidad de la mujer ha sido un objeto de control social, como un medio para controlar la reproducción, que el hombre tuviera garantías de fidelidad y lealtad, y garantizara su trascendencia (Shlain, 2000; UNICEF, 2012). La mujer se ha construido socialmente como un objeto del deseo del hombre, y en este sentido ha sido más importante incluso la satisfacción sexual del hombre, que la de ellas mismas (Figueroa y Olgúin, 2000).

En esta dimensión de la sexualidad, la vivencia del cuerpo ocupa un papel central. El cuerpo se ha convertido en un centro vital para la identidad y la gratificación de la mujer, resultado de las expectativas de satisfacción al hombre (Coria et al. 2005, Lagarde, 2005).

En la lógica neoliberal la forma en que se estimula el consumo no tiene precedentes. En parte, esto se debe a que el consumo se ha volcado sobre el propio cuerpo, y las propias emociones. En este sentido Lipovetsky (2007) sostiene: “el hiperconsumidor ya no está solo deseoso de bienestar material: aparece como demandante exponencial de confort psíquico, de armonía interior y plenitud subjetiva” (p.40).

Los patrones de belleza occidental, acompañados de toda una tecnificación que incluye el ejercicio y las sustancias, se han convertido en referentes de comparación para las mujeres, y un motivo de preocupación por la estética del cuerpo (UNICEF, 2012). Dado el rezago educativo y político que han sufrido grupos de mujeres, en ocasiones el cuerpo mismo se convierte en un recurso para conseguir bienes materiales, acceso, y posibilidades laborales u otras oportunidades de vida (Coria et al. 2005).

Esta decisión puede ser tanto voluntaria, como un constreñimiento estructural, entendido este como la participación del individuo en procesos que escapan a su voluntad (Galtung, 1990). Un ejemplo es el caso de las menores de edad que son obligadas por la familia a contraer matrimonio en países como Turquía, Afganistán y Marruecos, como una vía para salir de la pobreza.

Al igual que en el caso de los hombres, estas creencias, representaciones y expectativas asignadas y asumidas por mujeres, ejercen una presión también sobre aquellos grupos de mujeres que se considera no cumplen con ciertos aspectos de la normalidad femenina. El contenido y la forma en que se sanciona la feminidad por parte de determinadas voces, tiene un impacto también en la forma en que las personas transgénero o con una orientación sexual diferente se significan a sí mismas.

La investigación de Noelle et al. (2006) argumenta cómo el suicidio en mujeres transgénero, se puede explicar a partir de las vivencias de discriminación por parte de las mismas. Como resultado de la discriminación laboral, educativa y sexual histórica que han vivido las mujeres, estas pueden llegar a la edad de jubilación con menos recursos económicos, que limitan su capacidad de decisión, y la calidad material de su vida (Coria et al. 2005).

La incapacidad de decidir sobre su propia sexualidad, incluido su cuerpo, los hijos y sus relaciones sociales, la sobrecarga del trabajo doméstico vitalicio y multitarea, a la par de invisibilizado, rutinario y sin futuro, así como los conflictos que viven entre las aspiraciones profesionales y las expectativas de cuidado del hogar, generan ansiedad, incertidumbre, vergüenza, aislamiento, soledad, y depresión. Estos procesos explican el suicidio tanto como un medio para llamar la atención sobre un sufrimiento inaguantable, como una vía para acabar definitivamente con una vida sin alternativas.

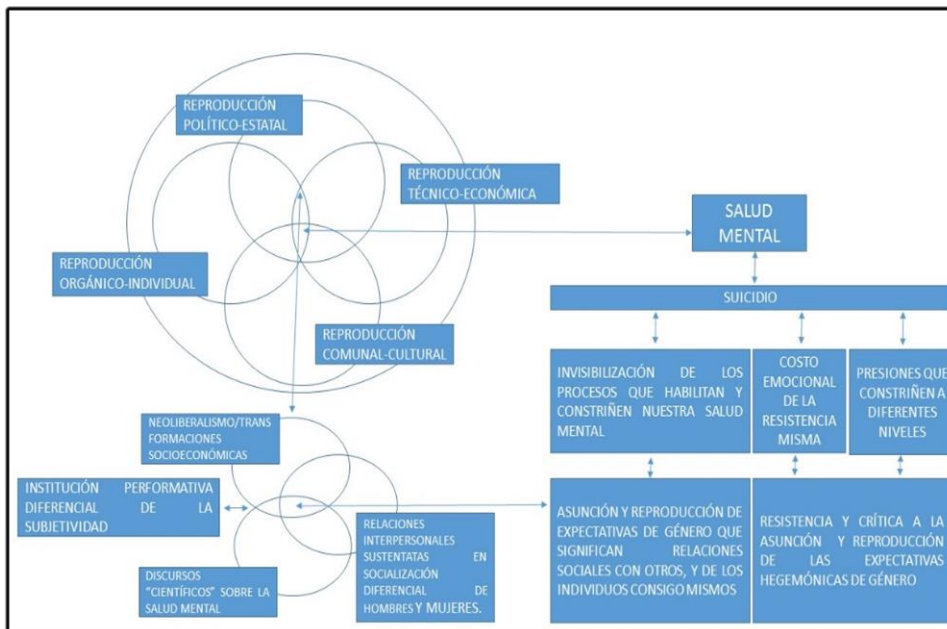
Las investigaciones de Tsirigotis et al. (2011) y Kolves y De Leo (2013), sostienen que un elemento protector contra el suicidio en las mujeres, es que tienden a reconocer más que los hombres la depresión, y sienten menos vergüenza que estos para buscar ayuda y apoyo. Esto como resultado del proceso histórico a través del cual los roles de cuidado y educación de los hijos, han instituido la flexibilidad, la asertividad, y el reconocimiento de las emociones, como cualidades altamente valoradas para la vida social de la mujer.

Los argumentos desarrollados en este acápite, sostienen que lo que se justifica como eventos estresantes en la vida cotidiana, son en realidad hechos que llegan

a ser significados como tales, a partir del valor que tienen para hombres y mujeres en la interpretación de su realidad social. Si estas dinámicas se reproducen, es como resultado de la acción normativa de una red discursiva que se teje entre las aproximaciones teóricas e investigativas al tema del suicidio, la lógica del sistema económico neoliberal, y la socialización diferencial de los géneros.

Partiendo del trabajo teórico de Canetto (1992), Courtenay (2000), Lagarde (2005), Burín (2007), y Pagés (2010), así como de una síntesis de las investigaciones de Wunderlich et al. (2001), Noelle et al. (2006), Stefanello et al. (2008), Kim y Kim (2009), Lara y Letechipía (2009), Coleman y Casey (2011), UNICEF (2012), Imberton-Deneke (2014), Montoya et al. (2015), y Martínez (2014, 2016), se ha argumenta aquí un modelo de relación entre las construcciones de género y el intento de suicidio.

**Gráfico 2. Modelo de relación entre las construcciones sociales de género y el suicidio.**



**Fuente:** Elaboración personal.

## ***Un acercamiento a la construcción social del género en Cuba: premisas para comprender la significación del intento de suicidio***

La preocupación por los temas relacionados a la masculinidad y la feminidad en Cuba, se explica tanto por las dinámicas sociales internas, como por los avances que han existido en el trabajo sobre ambos temas a nivel mundial. Los estudios sobre masculinidad comenzaron apenas en la segunda mitad de los años 90, con la preocupación por los temas de la paternidad, y la construcción social de la masculinidad como trasfondo teórico. Los estudios pioneros estuvieron a cargo de una Organización no Gubernamental (ONG) llamada “Movimiento Cubano por la Paz” (Pagés, 2010).

Sin embargo, los estudios sobre feminidad datan de mediados del siglo XIX, y han atravesado varias etapas desde la lucha por los derechos de las mujeres, hasta el debate sobre su participación en los procesos de democratización del empleo. La etapa más centrada en la investigación científica comenzó desde los años 80, con la creación de las cátedras de la mujer en centros de investigación del país. La cátedra pionera se remonta al 25 de septiembre de 1991 en la Universidad de la Habana. A partir de este período, se refuerza la preocupación por temas como la relación mujer y empleo, y la violencia doméstica (Vasallo, 1995).

A pesar de esta preocupación por el tema de género en las Ciencias Sociales, el estudio del suicidio en Cuba ha estado a cargo fundamentalmente de los profesionales del campo de la Salud Pública. Como muestran los trabajos de Nápoles et al. (1998); Betancourt y Lima (1999); Reyes y Grás (1999); Guilbert y Sánchez (2001); Alfaro et al. (2010); Correa et al. (2011); González et al. (2012); Borrego y Santana (2013); Calvo et al. (2013); Sarracet et al. (2013), así como Fernández et al. (2014), la investigación del suicidio se ha realizado desde una perspectiva epidemiológica tradicional, y en busca de los “factores de riesgo”.

Las observaciones críticas de Linares (2015) contribuyen a explicar el predominio histórico del enfoque epidemiológico tradicional en la Salud Pública cubana. Solo a partir de 2013, el grupo de trabajo denominado: *Grupo de Trabajo para el*

*Fortalecimiento de la Higiene y la Epidemiología del Ministerio de Salud Pública (MINSAP)*, ha dado muestras de un intento por debatir la relevancia de un enfoque de salud poblacional, orientado en sus bases epistemológicas por el desarrollo de la Medicina Social y Salud Colectiva latinoamericanas (Linares, 2015). Por otra parte, los indicadores y resultados positivos alcanzados por la Salud Pública cubana como expresión de la voluntad del Estado son relevantes, y ello ha incidido en cierta medida en las críticas con reservas (Linares, 2015).

Esto es lo que explica la poca problematización de la categoría género para comprender el fenómeno del suicidio en Cuba, desde el campo de las Ciencias de la Salud. Como salida a este hecho, y a partir de las definiciones de salud mental, suicidio, género, y significación asumidas en este estudio, se ha decidido trazar líneas históricas que articulan procesos económicos, políticos y culturales, con el objetivo de problematizar la forma en que puede estarse significando el intento de suicidio en Cuba.

Cuba tiene 168 municipios, y existen 421 establecimientos de salud mental ambulatoria, que se complementan con 23 hospitales psiquiátricos, y una amplia red de consultorios médicos de la familia que conforman un sistema de salud gratuito, universal, y apoyado en la atención primaria a la salud. En este sentido, la sociedad cubana constituye una dinámica relevante para comprender el papel de la significación de la vida social en el intento de suicidio.

Desde finales del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX, hubo un fuerte movimiento migratorio desde España hacia Cuba. La situación económica en España se agravó, y la isla representaba un destino colonial con una economía en ascenso, y nuevas oportunidades de empleo. La inmensa mayoría de los nuevos migrantes eran hombres. El mayor flujo de ellos llegó desde Canarias y Galicia. Las representaciones y creencias de estos hombres jugaron un papel fundamental en la configuración de un ideario masculino en la isla (Pagés, 2010).

Estos hombres llegaron a Cuba con la meta de trabajar y ahorrar para llevar a sus familias desde España, o regresar allá exitosos para establecer un negocio que les



permitiera sostenerse económicamente. En este escenario, y dada la tradición azucarera y agropecuaria de Cuba, predominó el trabajo en el campo, y por ello la fuerza de trabajo del hombre se convirtió en la fuerza de trabajo más valorada (Pagés, 2010).

Antes del triunfo de la revolución cubana, si bien tanto hombres como mujeres estaban limitados en sus posibilidades de acceso a la educación y a la superación profesional, producto de la misma lógica de pago de una sociedad capitalista, las mujeres sufrían mayor discriminación respecto a los hombres. Las representaciones, creencias y actitudes masculinas, confinaban a la mujer al espacio del hogar, y con ello a menores posibilidades de acceso a la educación y el empleo (Castro, 2011).

Una de las dimensiones donde se puede apreciar el predominio de una sociedad patriarcal, es la discriminación sufrida por los grupos de personas con una orientación sexual diferente. Hay evidencias de que desde el siglo XVIII en Cuba ha existido una discriminación abierta contra las personas homosexuales, fundamentalmente a partir de argumentos religiosos, y que cuestionan la capacidad de estas personas para defender militarmente la “patria”. Ello porque sus actitudes y comportamientos se han asociado a una debilidad femenina (Pagés, 2010).

Con el triunfo de la revolución cubana en enero de 1959, se produjo una transformación profunda en las condiciones materiales de vida de la población. El nuevo proyecto se erigió en primer lugar, como una nueva postura moral ante el ser humano. Si bien desde el inicio la construcción del socialismo fue un camino ambiguo (Ramonet, 2006), hubo ejes centrales de orientación: *el desarrollo de las fuerzas productivas y la vida material de la sociedad, a la par del desarrollo armónico de la personalidad, y la coincidencia de los valores y metas individuales con los proyectos y el bien colectivo.*

Se asumió una postura humanista y antimperialista como respuesta a la sociedad capitalista del pasado, y los intentos históricos de injerencia de los Estados Unidos de América. El proyecto político y económico necesitaba de la participación y la conciencia de todo el pueblo. A partir de este proyecto de “hombre nuevo”, se produjo

una reducción en las brechas de discriminación entre hombres y mujeres. Por ejemplo, según datos de la ONEI de Cuba (2017a), del total de mujeres ocupadas en los sectores formal e informal de la economía al 2016 (1 709, 6), 34,87% tenía un nivel educacional superior, mientras que en el mismo indicador tomando como referencia el mismo año, los hombres con nivel educativo superior eran 15,16%, es decir 436,9 de un total de 2 881,5.

El Código de Familia aprobado en 1975 reconoció la igualdad de derechos de hombres y mujeres en el matrimonio. Tanto la liberación de los anticonceptivos como la legalización del aborto en 1965, ofrecieron un mayor control de las mujeres sobre la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo (Moreno, 2010).

La Ley 59 de julio de 1987 por su parte, estableció las mismas capacidades jurídicas para hombres y mujeres respecto a las formas de contratación laboral, los derechos civiles y mercantiles, y el acceso a créditos (CEPAL, 2010). También desde los años 70 se creó el Grupo Nacional de Educación Sexual, hoy Centro Nacional de Educación Sexual, enfocado a la defensa de los derechos tanto de hombres como de mujeres (CEPAL, 2010).

A pesar de esta reducción en las brechas de discriminación entre hombres y mujeres, existieron contradicciones manifestadas por ejemplo, en el trato de las personas con una orientación sexual diferente. La homosexualidad era considerada un vicio moral heredado del pasado capitalista, y a los homosexuales no se les permitía ser parte ni del ejército, ni del partido comunista. Esta discriminación se expresó de forma extrema a través de la creación de las Unidades Militares de Apoyo a la Producción (UMAP), bajo la ley 1129 de 1963 (Matusková, 2014).

Para la naciente revolución amenazada económica y militarmente por Estados Unidos, el desarrollo militar fue un objetivo prioritario. En este contexto, y producto de prejuicios también heredados del pasado, los homosexuales, fundamentalmente hombres, no eran considerados aptos ni capaces para defender militarmente la “patria”, como mismo se argumentaba desde el siglo XVIII. Criticando este postura en 1965 el escritor cubano Samuel Feijó expuso: “ningún homosexual representa la

Revolución, que es asunto de varones, de puños y no de plumas, de coraje y no de temblequeo” (Matusková, 2014). Las UMAP se convirtieron en campos de trabajo con supuestos fines educativos, donde los homosexuales y religiosos estaban forzados a serles productivos a la revolución, y trabajar diariamente (Matusková, 2014).

En la actualidad, y a pesar de la reducción en las brechas de discriminación entre hombres y mujeres, la sociedad cubana continúa siendo patriarcal. Continúan reproduciéndose y circulando en los medios de comunicación y en las relaciones interpersonales, los procesos relacionales que sostienen las creencias, representaciones, actitudes y comportamientos que definen de una forma rígida y tradicional a hombres y mujeres (Pagés, 2010).

Las construcciones sociales de lo masculino que sirven para juzgar y sancionar las actitudes y comportamientos tanto de los hombres como de las mujeres, se apoyan en los argumentos de que es fundamentalmente el hombre quien debe mantener económicamente a la mujer y a la familia. Por su parte, y aunque existe una participación activa de las mujeres en el sector productivo del país, esto no ha representado necesariamente una aceptación por parte de todos los hombres, y se les continua exigiendo de manera predominante el cuidado del hogar.

En términos de la relación de estas construcciones sociales con la significación del suicidio, la investigación de Angulo y Curbelo (2009) muestra que el suicidio puede constituir una salida o solución de mujeres cubanas, al sufrimiento emocional producto de la violencia física, económica, y psicológica ejercida por sus parejas. Lo mismo en relación a las necesidades insatisfechas de expresión y comunicación, una vez que tanto para hombres como para las mismas mujeres, predomina una representación de la mujer como un ser resignado, sacrificado, y represor de sus criterios en pos de no molestar y cuidar tanto del hombre como de la familia.

El Estado cubano se convirtió en garante de las fuentes de empleo para hombres y mujeres, pero esto tiene repercusiones diferentes para ambos. El acceso de la mujer también al trabajo remunerado y legitimado por el gobierno, crea una ambigüedad

afectiva para el hombre acostumbrado a ser el responsable económico. Sin embargo, como él accede también a estas garantías de empleo, paralelamente se refuerza el prestigio emergente de su participación (De Armas, 2007).

Si bien una de las líneas de orientación política de la revolución ha sido el desarrollo de las fuerzas productivas a la par del desarrollo de la personalidad, en los últimos 30 años se han producido un grupo importante de transformaciones socioeconómicas. Su impacto en la subjetividad se ha planteado sólo en términos generales, sin un análisis problematizado desde el punto de vista de la categoría género. En este sentido la presente investigación parte de una relación tanto explorada en sentido general, como necesitada de aproximaciones comprensivas.

Con la caída del bloque de países socialistas en 1989, apoyo moral y económico de Cuba, el país entró en la mayor crisis económica reconocida hasta esa fecha. También comenzaron a reconocerse un grupo de problemas sociales sin muchos antecedentes reconocidos oficialmente. Entre estos se citan el consumo de drogas, el juego prohibido, y la prostitución (Prieto, 1997). Como causas de la crisis general se reconocen también, la estatización de la economía, con mayor número de trabajadores en el control y la administración que en la producción, así como débil infraestructura, y su incidencia en la baja productividad (Prieto, 1997, 1998). Esta crisis sirve de antecedente a las transformaciones que vive hoy el país.

La economía cubana actual enfrenta problemas heredados de los años 90, así como la continuidad de formas criticables de gestión (Prieto, 2008). Desde 2008 Raúl Castro asumió la presidencia, y comenzó un proceso que en el país se denomina oficialmente “Actualización del Modelo Económico”, con su expresión más reconocible en los “Lineamientos de la Política Económica y Social del País”, documento aprobado en el sexto congreso del partido en 2010 (Cordoví y Pérez, 2014; Guerra, 2014).

Uno de los principales problemas que afecta a la sociedad cubana actual es la dualidad monetaria (Mesa-Lago, 2014). Durante la crisis de los años 90 el país se dolarizó ante la desconfianza y la pérdida del valor del peso cubano. Luego en los

años 2003 y 2004 ante cierto balance fiscal, se comenzó a utilizar también el peso cubano convertible que se había impreso desde 1994 (Mesa-Lago, 2014).

Ante el desabastecimiento de materias primas, explicado en parte por un embargo impuesto por Estados Unidos desde 1962, las personas y las familias deben comprar en el mercado negro. En ese momento se hace notable la insuficiencia de los ingresos, y las diferencias en el acceso a más y mejores bienes y servicios de los trabajadores estatales en relación a los privados (Mesa-Lago, 2014; Xalma, 2014).

Un segundo eje de transformación socioeconómica actual está constituido por un proceso de cambios en las relaciones de propiedad, cuyos elementos centrales son los procesos de reducción de plantillas en las instituciones estatales, y la ampliación del sector “por cuenta propia” (Cordoví y Pérez, 2014; Mesa-Lago, 2014). En términos burocráticos esto afecta tanto a hombres como a mujeres porque a diferencia de otros países, estas últimas representan un porcentaje importante de la fuerza laboral del país. Sin embargo, se necesita una comprensión de cómo esto afecta diferencialmente la salud mental de hombres y mujeres.

A partir de 2010 el gobierno volvió a reconocer la baja productividad económica, y lo insostenible de pagar un salario a todos sus trabajadores. Por ello se comenzó un proceso de análisis de la idoneidad para continuar ocupando los puestos de trabajo estatales. El impacto social de este primer proceso es muy importante en el plano subjetivo. Miles de trabajadores experimentados, técnicos y universitarios fueron enviados a sus casas. El Estado históricamente garante de ingresos estables ya no pudo asumir los salarios de todos.

Miles de personas con años de experiencia en un ámbito de actividad concreto, se vieron ante la incertidumbre de perder sus garantías salariales, aunque el acceso universal a la salud y la educación se mantuviera invariable. Las opciones eran la reubicación laboral dentro de un sistema de empleo en transformación, o el trabajo por cuenta propia. De esta forma encontramos una masculinidad y una feminidad que deben reinventarse en relación a sus fuentes de subsistencia, y por lo tanto en medio de la reconfiguración de los recursos y relaciones familiares. Por ejemplo,

sería pertinente la pregunta acerca de cómo se transforma la subjetividad del hombre cubano, una vez que se afectan las garantías salariales que le han permitido por más de 50 años cumplir con su rol de sostén de la familia (De Armas, 2007).

Por primera vez y en sentido general, muchas personas se vieron obligadas a reinventarse desde la creatividad y la autosuficiencia económica para ellos y su familia. No siempre este camino es viable para todos. Para el caso de los profesionales universitarios, cuyas profesiones solo se pueden ejercer a través de las instituciones gubernamentales, el trabajo por cuenta propia implicó una readaptación en otras actividades laborales distintas a su formación (Prieto, 2008; Mesa-Lago, 2014).

Este nuevo comienzo no significa lo mismo para un joven que para una persona cercana a la jubilación, o con más de 20 años de experiencia en su actividad. Si bien estos cambios ocurren en una lógica que no es Neoliberal, sí implican una fragmentación del proyecto colectivo construido sobre la base del empleo formal asalariado. La ampliación del sector por cuenta propia tuvo antecedentes en la crisis de los años 90, aunque nunca se había expandido tanto como en la actualidad.

Con la expansión del sector por cuenta propia, y un segmento de la población que comienza a percibir ingresos descentralizados de la regulación estatal, comienza un proceso de diferenciación social creciente y sin precedentes, con un impacto relevante en la conciencia social (Prieto, 1997, 1998). Aunque no siempre el sector por cuenta propia cuenta con mejores ingresos que el estatal, hay un grupo creciente de personas en este sector con mejores ingresos, sobre todo en grandes negocios. Con la coexistencia de estos sectores, comienza a diferenciarse un segmento de la población con acceso a mejores y más bienes y servicios. Esto, en el contexto de un discurso oficial sobre la igualdad social (Houtart, 2007). Cordoví y Pérez (2014) sostienen:

Más de cuarenta años después de que prácticamente desaparecieran de la realidad nacional aquellos segmentos sociales que podrían ser calificados como clase media, este proceso de actualización que hace

hoy a los actores sociales cubanos “menos iguales”, abre espacios para una diferenciación social relativamente nueva. (p.17)

Las estrategias personales y familiares ante las nuevas transformaciones no son un tema recurrente en la investigación social en la isla. Ello responde a la centralización de este mismo proceso de investigación, y la cosificación teórica de lo económico a través de indicadores como (ingresos, estado de la vivienda, profesión, etc). Esto se puede apreciar por ejemplo en los estudios que analizan la relación entre lo socioeconómico y la salud.

No obstante, dentro del impacto social de estas transformaciones se citan, una desvalorización del trabajo asalariado y el estudio como vías para obtener ingresos y medios de vida honrados. También se cita un aumento de la dependencia de redes solidarias de vecinos y familia (Xalma, 2014). En este contexto se debe considerar también la cotidianidad a la doble moral como un método de subsistencia (Xalma, 2014).

La investigación doctoral de Moreno (2010) arroja resultados importantes sobre el impacto de la crisis económica en Cuba en la organización de las familias. Ante los procesos de crisis económica, la mayor carga ha recaído sobre las mujeres. Mientras que los hombres se han encargado de la provisión económica, ellas lo han hecho de una forma multitarea, que ha implicado la planificación del gasto familiar, el establecimiento de redes de apoyo solidario, además del tradicional cuidado del hogar y cada uno de sus miembros.

Toda esta situación debe ser analizada en el contexto de un mundo neoliberal globalizado, en el que la isla representa un mercado “virgen”, modificable, conquistable. Esta es la razón por la que el discurso oficial retoma a menudo el debate sobre la preparación ideológica de la juventud, como blanco priorizado del Mercado, a la par de relevo de los valores de la revolución. Un ejemplo de lo anterior son las palabras del presidente Raúl Castro en el acto nacional por el aniversario 55 del Asalto al Cuartel Moncada en 2014. De este cito:

En nuestro caso, como sucede en varias regiones del mundo, se perciben intentos de introducir sutilmente plataformas de pensamiento neoliberal y de restauración del capitalismo neocolonial (...) favoreciendo el individualismo, el egoísmo y el interés mercantilista por encima de la moral. (p.4)

La reforma migratoria de 2014 y el acceso sin precedentes a internet, han implicado la relación con otras fuentes informativas diferentes a las nacionales, y el contraste con otros modos de vida. De esta forma coexisten discursos anclados en valores centrales opuestos, tal y como en el inicio del proceso revolucionario (democratización de consumo/racionalización de recursos, importancia de valores para el bien colectivo/atomización del individuo).

Entre estos discursos, es inevitable la emergencia de nuevas concepciones del mundo, la revalorización de proyectos, de nuevas necesidades, etc. Estos procesos van de la mano con una nueva generación más alejada históricamente en lo nacional y lo global, de la generación fundante del proceso revolucionario.

El ciudadano cubano debe reinventarse como mismo se está tratando de reconfigurar el proyecto social. La diferencia estriba en que si bien la dirección política está tratando de preservar los ejes orientadores iniciales del socialismo, los individuos se reinventan también en los modos particulares y concretos de sus vidas. Ello ocurre entre una desconfianza por la legitimidad de un sistema que precariza la vida material, y nuevos discursos sobre la forma de vivir, al que no pueden acceder todos (Houtart, 2007). Estudiando el caso cubano Houtart (2007) explica:

Cuando los actores políticos no logran reducir estas contradicciones en el macro nivel de la sociedad, los actores sociales tratan de reducirlas en el micro nivel, es decir, a su propia iniciativa, lo que abre espacios nuevos a la subjetividad. (p.95)

Ser hombres y mujeres en Cuba es enfrentar exigencias laborales, familiares y de pareja diferentes, que configuran formas de relación con el Estado, con el otro género, y consigo mismos. Por esta razón, el panorama de transformaciones



socioeconómicas acontecidas en Cuba en los últimos años, debe ser analizado de forma diferencial en su impacto para la salud mental de uno u otro género.

En la agenda política e investigativa de la isla, en la actualidad destacan el tema de la defensa de los derechos de la comunidad de personas con una identidad y orientación sexual diferentes a las construidas hegemónicamente, y la emergencia de nuevas masculinidades o formas de pensarse y definirse lo masculino. Esto es una evidencia de que las construcciones de hombre y mujer no son ni únicas, ni monolíticas (Pagés, 2010).

La salud mental no tiene que ver exclusivamente con las exigencias materiales y emocionales que plantea un contexto social a la subjetividad, sino también con las formas permitidas y accesibles socialmente para la expresión del malestar emocional. Esta es una de las bases sobre la que se sostienen los argumentos de Freud sobre los mecanismos psicológicos de defensa, de lo que entiende por personalidad. Llevado a nivel cultural tiene una importancia capital para entender colectivamente la salud mental. En esta lógica Porter et al. (1993) argumentan:

La cultura, los grupos y los individuos responden de diferente forma a los dolores en la vida y a las presiones, el idioma del sufrimiento y la enfermedad puede ser más o menos expresivo, directo o indirecto, emocional, verbal o físico. (p.228)

Hay un repertorio de oportunidades permitidas por una cultura para manifestar de determinadas formas ciertos malestares, en forma de aprobación o desaprobación (Porter et al. 1993). Siguiendo este argumento, es relevante incorporar el análisis sobre la forma en que inciden históricamente sobre la subjetividad de hombres y mujeres, los mecanismos que ha empleado el Estado para el control del habla y la expresión del malestar emocional. Esto es así, porque controlar la expresión es también regular el trabajo *con* y *de* las emociones (Porter et al. 1993).

## Capítulo IV. La apuesta metodológica

### Tipo de investigación

La presente investigación se desarrolla a través de una metodología cualitativa. Lo cualitativo se refiere a la necesidad de entender la forma en que las personas nombran, interpretan y viven su participación en el mundo que les rodea. En este proceso se da importancia a todas las perspectivas y puntos de vista (Bogdan y Taylor, 2000; Castro, 2002).

El proceder cualitativo forma parte de la construcción misma de todo el proceso de investigación, desde la deconstrucción y construcción del objeto de estudio, hasta la fase de análisis de los resultados, a la que muchas veces se ha reducido (Bogdan y Taylor, 2000; Castro 2002). Esta perspectiva de proceso ha sido relevante en la deconstrucción del fenómeno del suicidio, en este trabajo.

La selección de un proceder cualitativo en esta investigación responde a varios argumentos. El primero es esencial, y se fundamenta en una epistemología del individuo como ser social. Los individuos y los grupos sociales existen y se reproducen socialmente en un contexto normado lingüísticamente. Por esta razón, no solo nos posicionamos afectivamente ante los discursos sociales, sino que nos constituimos en un “lugar” donde esos discursos o voces se materializan, ya sea que se le estudie como disciplinarización (Foucault, 1976, 1979), o como conquista del significado en la mente a través de la aceptación y la legitimación de hechos sociales (Castells, 2009).

Es importante notar que no somos cualquier “lugar” para la materialización de esas voces, sino un lugar estratégico para el ejercicio del poder. Esto se debe a que somos quienes reproducimos las relaciones de producción y poder, al mismo tiempo que devenimos como seres sociales. Esta es la razón central por la cual existir socialmente es significarnos a nosotros mismos y lo que nos rodea (Sartre, 1973; Gadamer, 1993; Thompson, 1998; Bruner, 2003).

En este sentido, una investigación cualitativa del significado, a través del encuentro directo, le permite a la persona escucharse y reconocerse a sí misma como sujeto y objeto del cambio. El encuentro aparece como una herramienta en sí misma para potenciar el descubrimiento y la discusión de nuevas formas de experimentar la salud mental.

Aunque este proceso es medular para la salud mental de la persona y los grupos humanos, el análisis del significado que adquiere el intento de suicidio ha tenido una importancia relegada en la investigación sobre el tema. Ello como resultado del predominio de un modelo explicativo positivista de tipo causa-efecto.

Siguiendo el trabajo de Gadamer (1993), cuando esta investigación se realiza retomando la historia de vida de la persona, también se contribuye con un posicionamiento crítico ante las posturas filosóficas y metodológicas entre otras, que defienden la inmediatez de la experiencia humana, rechazando toda articulación histórica entre el presente y el pasado de los grupos sociales. Este planteamiento contribuye con una postura teórica ante el biologicismo que ha prevalecido en las Ciencias Sociales, pero también lo hace ante la necesidad de repensar las diferentes formas de entender lo humano y lo social.

El suicidio es un tema marcado por tabúes, mitos y prejuicios sociales (OMS y OPS, 2014a), lo que dificulta tanto el reporte de los casos como su comprensión. En este sentido, la interacción directa con las personas es un medio para dar voz a quienes no la han tenido producto de estos mismos prejuicios o miedos. Desde una perspectiva como esta, el investigador es tanto quien construye conocimiento de conjunto con la persona, como quien puede apoyarla en la expresión o contención de sus emociones, precisamente ante un tema tan difícil vivencialmente para todos, como es el de la muerte por mano propia.

### **Pregunta de investigación**

¿Cómo se relacionan las construcciones sociales históricas que los individuos emplean para pensarse, sentirse y actuar como hombres y mujeres, y la forma en que se significa el intento de suicidio?

## **Objetivo general**

Explicar la relación entre las construcciones sociales de feminidad y masculinidad, y la forma en que se significa el intento de suicidio en el contexto cubano.

## **Objetivos específicos**

1. Caracterizar los momentos biográficos en los que un grupo de individuos han intentado quitarse la vida por mano propia.
2. Analizar las cualidades de las voces que se emplean por la persona para significar la vida social, qué relación tienen con las construcciones sociales de género, y con la significación del intento de suicidio en el contexto cubano.
3. Determinar cuáles son los significantes de la vida social que se relacionan con las construcciones sociales de género, y cómo se relacionan con la significación del intento de suicidio en el contexto cubano.

## **Criterios de inclusión de las personas estudiadas**

Los criterios para la selección de las personas estudiadas dentro del municipio cuya elección se justificó previamente en este trabajo (Cotorro), fueron: *que residiera en el municipio escogido, estuviera dispuesto/a a participar voluntariamente en el estudio expresándolo a través de la carta de consentimiento informado facilitada (ver anexo uno), no tuviera diagnosticado algún padecimiento mental de nivel psicótico, y hubiera intentado quitarse la vida por mano propia al menos una vez en los últimos dos años.*

El hecho de que la persona resida en el municipio Cotorro de la provincia de La Habana, respondió a un criterio de familiaridad con el contexto socio-económico del municipio, de modo que ello pudiera ser útil en la construcción de los resultados. En segundo lugar, esto responde a un criterio de viabilidad en los desplazamientos para el encuentro con la persona según su propia disponibilidad. Este criterio fue medular, teniendo en cuenta la complejidad de hablar del tema, los registros erróneos de direcciones, y la necesidad de movilidad en función de aquellas personas que aceptaron formar parte del trabajo.

El criterio de inclusión que tiene en cuenta aquellas personas que no tuvieran algún diagnóstico de padecimiento de mental de nivel psicótico, respondió a la posibilidad de mantener una relación dialógica durante el proceso de investigación. El hecho de que se buscara personas que hubieran intentado suicidarse al menos una vez durante los últimos dos años, respondió a la necesidad de comprender el o los intentos, en el contexto de su historia de vida, y que pudieran recordarlo con mayor facilidad.

Se intentó trabajar con al menos seis personas, segmentando la selección según el sexo biológico en hombres y mujeres, y al interno de cada uno en tres grupos etarios (14-29) (30-59) y (60 o más). Teniendo en cuenta el trabajo de Domínguez (2006) y Reguillo (2000), este plan se pensó como resultado de una discusión sociocultural de la categoría edad, y la importancia de comprender la significación del intento de suicidio como parte de los cambios bio-psico-sociales que acontecen en estas etapas de la vida.

El resultado final de la selección contradujo el plan propuesto en términos de la segmentación etaria. Se seleccionaron seis personas. Estas fueron cuatro mujeres y dos hombres. Las mujeres fueron de 16, 46, 76 y 77 años. Los hombres fueron de 46 y 51 años. El motivo de esta variación en el plan propuesto fue la disponibilidad y actualización de los datos de las personas en el registro clínico consultado.

## **Procedimiento de recolección y análisis de la información**

### ***Fase de recolección***

La fase de recolección se llevó a cabo del 1ro de octubre al 4 de noviembre de 2017. Se visitó la Dirección Municipal de Salud del municipio Cotorro en La Habana. Allí se presentó el objetivo general de la investigación tal y como parece en el modelo de carta de consentimiento informado que se utilizó, así como los principios éticos para el manejo de la información de las personas. También se obtuvo información sobre la forma y el lugar en que se registran las estadísticas sobre los suicidios consumados e intentos de suicidio en el municipio.

Como resultado de esta visita se asistió a la Clínica Comunitaria de Salud Mental del municipio. Luego de explicar los objetivos y potencialidades de la investigación, así como los principios éticos rectores para el manejo de la información, a los especialistas encargados de la atención y de registrar los datos sobre el tema, se planificó una segunda visita para acceder a los registros sobre los intentos de suicidio dentro del municipio en los últimos dos años.

En la segunda visita se obtuvieron los registros citados, y se anotó el nombre de la persona, la antigüedad del intento, y su dirección de residencia. En esta fase fueron obtenidos 13 registros. Se procedió a visitar a cada una de las personas con el propósito de explicar los objetivos de la investigación, obtener su consentimiento para participar en la misma de forma voluntaria, y aplicar un cuestionario de caracterización, a través del que se obtuvo información general de cada una de las personas (ver anexo dos). En ese primer encuentro se planificó una segunda visita para realizar una entrevista semiestructurada en profundidad. De las 13 personas solo se pudieron localizar cinco. Del resto, tres se habían mudado de casa, y cinco de ellas tenían registrada de forma incorrecta la dirección.

En la medida en que fueron entrevistadas cada una de las cinco personas, se intentó triangular la información con vecinos y familiares. A la par del registro de la información se intentó buscar otras personas, para lo cual se asistió a la consulta de día del Policlínico Efraín Mayor, del municipio en cuestión. La psicóloga de la consulta sugirió el trabajo con una adulta mayor, cuyo familiar se encontraba en la sala de espera.

Después de explicar los objetivos de la investigación y los principios éticos rectores de la misma a este familiar, se visitó a la anciana en su domicilio en compañía de este. La misma no reconoció haber atentado contra su vida, por lo que la hija insistió en hablar ella en privado acerca del intento de suicidio de la madre.

La búsqueda de las personas terminó bajo los criterios de disponibilidad en los registros municipales de suicidio para el período considerado, y la importancia de profundizar en los casos a pesar de su cantidad. Todas las entrevistas fueron realizadas con apoyo de una guía temática semiestructurada (ver anexo tres),

grabadas en audio con el consentimiento de las personas, y posteriormente transcritas. Se realizaron observaciones generales sobre la apariencia de la persona y el contexto de la entrevista, las cuales son integradas en el análisis de los resultados.

### ***La entrevista semiestructurada en profundidad***

La entrevista en profundidad es una herramienta que permite recabar información relevante sobre un tema o asunto. Esta entrevista funciona a través de una guía temática abierta y flexible, en tanto se ajusta a los intercambios con la persona a modo de conversación. Esto es lo que le da su carácter de semiestructurada, y permite que el intercambio fluya de forma similar a un diálogo cotidiano.

Esto también le da su carácter de profundidad, una vez que le permite al investigador dirigir su atención sobre los temas de su interés, e implicar a la persona en la relación. Así se favorece el pensar y reflexionar sobre el tema en cuestión (Bogdan y Taylor, 2000).

Este proceso facilita la interacción con la persona porque contribuye con el establecimiento de una empatía mutua, y crea un contexto de intercambio similar al de la vida cotidiana. Ello a su vez, es relevante para facilitar el diálogo a propósito de un tema sensible, y para el cual las voces de los actores han estado silenciadas por las violencias, tabúes y prejuicios sociales.

Una aproximación cualitativa, en este caso a través de la entrevista semiestructurada en profundidad, permite al investigador ser parte activa del proceso (Bogdan y Taylor, 2000). En este sentido, permitir que la persona se escuche a sí misma, y genere sentidos a través de la interacción, es también medular ante el predominio que ha tenido el modelo biomédico, donde se supedita la voz de la persona al conocimiento acumulado y probado por la ciencia médica. Estas son las razones fundamentales por las cuales se ha elegido la entrevista semiestructurada en profundidad como la herramienta principal en esta investigación.

El empleo de la entrevista genera un espacio rico de interacción que es necesario poner al servicio de nuestro análisis. Para ello, en este estudio se recurrió a los aportes de los métodos de la Historia de Vida (Ferraroti, 2007; Cordero, 2012), y Narrativo (Bruner, 1991, 2003), también catalogado como Biográfico-Narrativo (Bolívar y Domingo, 2006).

En todos los casos son útiles para facilitar el trabajo durante la entrevista, y aportan dinámicas que reconocen la relación de la subjetividad con su contexto social. Tanto el método de la Historia de Vida como el Biográfico-Narrativo reconocen la necesidad de prestar atención a las vivencias personales con una perspectiva histórica, que retome tanto momentos concretos como el devenir de la historia del individuo. Esto como una alternativa a la categorización teórica sobre los eventos de la vida de las personas. También se interesan en las tradiciones y experiencias compartidas, y el papel regulador que juegan las experiencias prácticas aunque no sean conscientes. Todos estos elementos también favorecen la implicación afectiva de la persona, y con ello se favorece el proceso de intercambio (Bolívar y Domingo, 2006).

Una de las especificidades del método narrativo, y que constituye una ventaja para el espacio de la entrevista, es que la narración es una condición ontológica de la vida social (Bruner, 2003). Al hilvanar un relato, se puede analizar la relación entre lo que se esperaba y lo que ocurrió. El relato es una forma de conocer los temas problemáticos para las personas, las continuidades, así como las rupturas en sus experiencias, y el comportamiento de estos hechos en el tiempo (Bruner, 1991, 2003).

### ***Fase de análisis de la información***

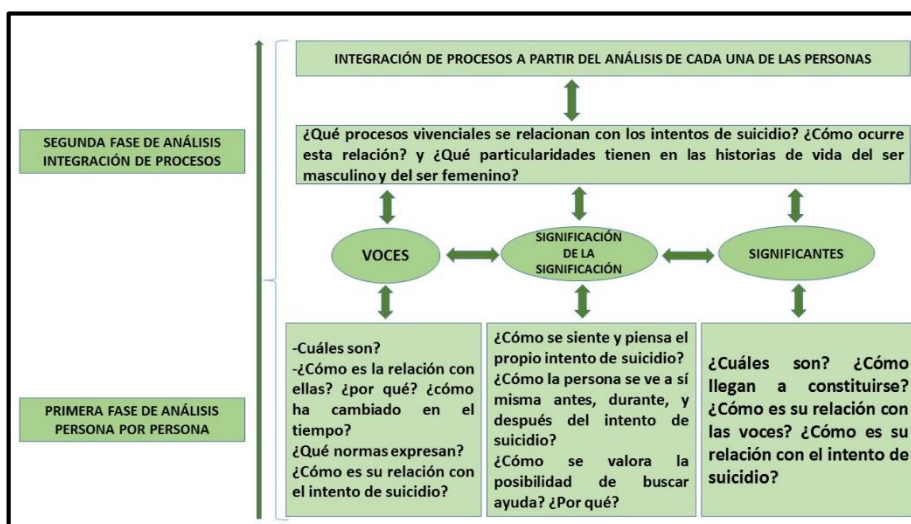
El análisis de los resultados tuvo tres fuentes empíricas: el cuestionario de caracterización general, las observaciones generales realizadas durante la visita a los hogares, y sobre todo, el contenido de las entrevistas semiestructuradas en profundidad llevadas a cabo con las personas, así como con sus familiares y vecinos en la medida de lo posible.



Una vez que se articularon los trabajos empíricos consultados aquí con el trabajo teórico de Gadamer (1995, 1996, 1998), y la metodología de la hermenéutica profunda argumentada por Thompson (1998), se realizó un análisis hermenéutico. Un análisis hermenéutico es el que busca interpretar y comprender la forma en que los individuos significan los sucesos de su vida (Gadamer, 1993; Thompson, 1998). Este análisis no puede reducirse a dar cuenta de las interpretaciones de los individuos, sino que debe comprender y explicar sus interpretaciones. En este sentido es que Thompson se refiere a hermenéutica profunda. Este nivel de análisis se logra a través de procesos intermedios.

El análisis se llevó a cabo a través del empleo de las tres categorías desarrolladas teóricamente aquí: *voz*, *significante*, y *significación de la significación*. Ello se realizó mediante dos etapas: un análisis a nivel de cada individuo, y posteriormente un análisis derivado de la primera fase, en el que se analizaron cuatro categorías de procesos, y las formas particulares en que fueron vividos por hombres y mujeres en las singularidades de sus contextos de vida. Estas categorías fueron: *El sufrimiento de las violencias*, *vivir la ruptura del lazo y la integración social*, *la angustia de mirar como ser*, y *el sentir y la expresión emocional normalizada*. El siguiente esquema representa la forma en que se condujo el análisis.

**Gráfico 3. Fases del proceso de análisis de la información**



**Fuente:** Elaboración personal.

## **Capítulo V. Análisis y discusión de los resultados**

### **La ruta de encuentro con las personas**

Para llegar al encuentro con las personas se siguió el procedimiento de recolección antes mencionado. La información registrada fue analizada solo después de haber sido transcrita para todos los casos. Sin embargo, si después de cada entrevista se hubiera hecho una revisión general de aquellos temas que hubieran sido pertinentes profundizar, se hubiera logrado una mayor profundidad en la aproximación comprensiva que se desarrolla a continuación. Esta es la limitación principal de la forma en que se procedió para el análisis de la información.

El objetivo articulador del análisis fue explicar los procesos a través de los cuales las construcciones de género se relacionan con la significación del intento de suicidio, de individuos cubanos en este caso. A partir de ello, en lo que sigue se realiza una articulación entre las formas de pensar y sentir de los individuos, y la forma en que se significan a sí mismos y son significados por los *otros*.

### **Análisis y discusión de los resultados**

En correspondencia con el consentimiento informado empleado durante el trabajo con las personas, cada una de ellas es identificada con un nombre que preserva su identidad. Las mismas se describen a continuación en la tabla uno en el mismo orden en que se presentan en el cuerpo del análisis.

Posteriormente se realiza la primera fase de análisis de los resultados, correspondiente a cada caso de manera particular. En la segunda etapa se realiza una síntesis de los resultados contruidos a partir de procesos transversales a la masculinidad y la feminidad, y con un impacto diferencial para ambas construcciones sociales.

TABLA 2. Caracterización de las personas estudiadas													
CASO	PSEUDÓNIMO ELEGIDO	SEXO	EDAD	NIVEL ESCOLAR	OCUPACIÓN	ANTIGÜEDAD EN ESA OCUPACIÓN	ESTADO CIVIL	NÚMERO DE HIJOS	PERSONAS CON LAS QUE VIVE	RELIGIÓN	DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL	TIEMPO ÚLTIMO INTENTO	PERSONAS ENTREVISTADAS
UNO	MADE	F	46 AÑOS	TÉC MEDIO CONTABILIDAD	TRAB. CUENTA PROPIA	UN AÑO	CASADA	UNA HIJA	SU ESPOSO	NINGUNA	NO	DOS MESES	ELLA Y SU MADRE
DOS	GLADYS	F	77 AÑOS	NO FUE A LA ESCUELA	JUBILADA	25 AÑOS	VIUDA	DOS HIJAS	SOLA	CRISTIANA	EPILEPSIA	23 MESES	ELLA
TRES	CELINA	F	76 AÑOS	NO FUE A LA ESCUELA	JUBILADA	26 AÑOS	VIUDA	TRES HIJAS	SOLA	NINGUNA	NO	12 MESES	HIJA
CUATRO	MILE	F	16 AÑOS	SEXTO GRADO	AMA DE CASA	16 AÑOS	SOLTERA	DOS HIJOS	MADRE E HIJOS	NINGUNA	NO	OCHO MESES	ELLA Y SU MADRE
CINCO	ANDRÉS	M	51 AÑOS	NO FUE A LA ESCUELA	ALBAÑIL	37 AÑOS	SOLTERO	CERO	PAREJA Y SUEGRO	NINGUNA	NO	12 MESES	ÉL, SU HERMANO Y UN VECINO
SEIS	LEE	M	46 AÑOS	BACHILLER.	ALBAÑIL Y BARBERO	ALBAÑIL 20 AÑOS. BARBERO CINCO AÑOS	CASADO	UN HIJO	SU ESPOSA	TESTIGO DE JEHOVÁ	NO	CINCO MESES	ÉL Y SU MADRE

**Fuente:** Elaboración personal.

### ***El análisis persona por persona***

**Made:** Made tiene 46 años y vive con su esposo. No ha sido diagnosticada con ningún padecimiento o enfermedad mental. Realizó un intento de suicidio dos meses atrás respecto a la fecha de la entrevista.

Consumió un pomo de fenobarbital y un paquete de clorfenhidramina en su habitación. Recibió ayuda por parte de su esposo, y la familia del mismo que en ese momento se encontraba de visita en la casa. Fue llevada al policlínico municipal, y le practicaron un enjuague de estómago. Desde entonces toma amitriptilina recetada por la psiquiatra de la institución.

Como causa de ese intento, Made identifica la presencia de la hijastra quien llegó de la zona oriental de Cuba a visitar a su padre. Sintió que la visita le alteró su rutina y el orden de la casa. Minutos antes del intento se comenzó a sentir “bloqueada”, “confundida” y “sobrecargada”.

La significación del intento de suicidio de Made se puede comprender como parte tanto de la dinámica de su vida cotidiana y sus emociones previas al intento, como posteriores a él. Desde hace un año está presentando problemas con su pareja actual, con quien lleva 25 años de casada, y tiene una hija de 15 años.

Dice que su pareja le es infiel con una vecina, y desde entonces no tiene relaciones sexuales con este. Al evitar las relaciones sexuales con él, este ha comenzado a desconfiar de ella. Él le dice que si no es con él, ella no podrá estar con nadie más.

**“(...) Me cuestiona mis movimientos, si llego tarde, si salgo con mis amigas. Que a dónde voy, que cuánto tiempo me voy a demorar (...)”**

Por esta razón Made se siente presionada emocionalmente. Ante esto ella se cuestiona por qué él si puede salir y demorarse y ella no. Esta situación ha tensionado las relaciones desde hace doce meses. Como parte de esta tensión, el esposo la maltrata psicológicamente. La ofende, y la amenaza diciéndole que si no es con él no tendrá intimidad con nadie más.

La violencia emocional ejercida por el esposo se puede comprender como parte de la construcción social de la mujer desde un punto de vista androcéntrico. Históricamente la mujer ha sido significada como un ser imperfecto e inferior, a la que se le ha asignado una falta de dominio sobre sí misma como resultado de la preminencia de las pasiones (Vegetti, 1981).

Esta cualidad de la forma de significar hegemónicamente a lo femenino, también ha estado presente históricamente en la sociedad cubana (Pagés, 2002; Castro, 2011). Siguiendo el trabajo de Pagés (2002) y De Armas (2007), se comprende que la herencia española cristiana, y la participación de lo masculino en los procesos de liberación nacional, han contribuido con la configuración de este discurso patriarcal.

La consecuencia de este proceso histórico ha sido significar a la mujer como un objeto pasional e híper sexuado al que hay que dominar en nombre de la razón. Siguiendo el trabajo de Amezcua et al. (2010), también se puede explicar parte de la violencia emocional ejercida por el esposo como resultado de una de las expectativas centrales en el discurso de la masculinidad hegemónica: *el desempeño sexual del hombre, y su mayor libertad como conquistador*. La violencia y la presión emocional ejercida por el esposo se explican en el contexto de la

educación patriarcal recibida por sus padres, para la cual la mujer debe permanecer en casa, y su sexualidad debe ser controlada.

Esta voz se entrecruza con otra que tiene la cualidad de ser considerada rectora y guía en la vida de los grupos humanos: *la práctica religiosa*. El esposo de Made practica la Regla de Ocha o santería. En esta religión de origen africano, y por lo tanto marcada fundamentalmente por el imaginario del esclavo varón, la mayoría de las deidades rectoras son hombres, cuyas cualidades son la valentía en la guerra y la fuerza (Oggún), la inteligencia (Obbatalá), la apertura de los caminos de la buena suerte (Elegguá), y la conquista de las mujeres (Changó) (Lara, 2016).

Las deidades femeninas aparecen supeditadas al trabajo espiritual de las deidades masculinas, y son definidas desde la belleza y la voluptuosidad (Romeu, 2006; Lara, 2016). Un ejemplo es la deidad Ochún, cuyo rol es el de *appetebí*, o secretaria de la deidad masculina Orula, según el patakín de Ochún, o historia de Ochún (Lara, 2016).

Este entrecruzamiento de voces confluye en un discurso patriarcal sobre la masculinidad y la feminidad, cuyo resultado general es la actitud tradicional del esposo frente a las tareas del hogar, y la participación de Made en las decisiones. Estas construcciones de género se expresan además, en la violencia y la presión emocional ejercida por el esposo sobre Made para controlar su sexualidad, en medio de una crisis de pareja.

Además de sentirse en el derecho de exigir fidelidad a la mujer aunque sea por métodos violentos, no se siente cuestionado socialmente por su actitud liberal. Esto último como resultado de la legitimidad que ha tenido tanto entre los otros hombres como entre las mujeres mismas, la actividad del hombre como conquistador demostrable (Amezcueta et al. 2010). La construcción de este tipo de presión emocional sobre la mujer, así como su impacto en la valoración del suicidio como una salida, coincide con los resultados de los estudios de caso llevados a cabo por UNICEF (2012), y la investigación de Martínez (2014).

La preocupación del esposo de Made por las relaciones íntimas de esta última, se puede comprender en el contexto cubano a través de otra dimensión fundamental. Durante la década de los años 30 al 50, y el deterioro de Europa como destino turístico a raíz de la Segunda Guerra Mundial, junto a la presencia política de Estados Unidos en el país, la empresa del turismo comenzó a atraer al mercado estadounidense construyendo una imagen de lo cubano como lo voluptuoso, y de Cuba como un destino de desinhibición sexual (Álvarez, 2003).

A esto se sumó la emergencia de un movimiento literario encabezado por escritores negros, conocido como *Negrismo*, que configuró una imagen de lo mestizo y lo mulato como lo sensual y lo exótico (Álvarez, 2003). Aún permanece la imagen autoasumida de lo cubano como lo voluptuoso y lo carnal (Álvarez, 2003).

En este caso específico, para el esposo no se trata solo de la que considera *su* mujer, sino de una mujer profesional, que puede valerse por sí misma en el plano económico, y por lo tanto no es dependiente material de él. Esto es importante porque la dependencia económica es una de las razones que puede atar a las mujeres a una relación violenta (Vasallo, 2001, Espinar, 2003), y por lo tanto llevarlas al sentimiento de que ya no existe más salidas a su situación (Stefanello et al. 2008; Angulo y Curbelo, 2012). Esta capacidad de autosuficiencia en el caso de Cuba, se explica como resultado del aprovechamiento que ha hecho Made del empoderamiento jurídico y educativo del que han sido provistas las mujeres cubanas por parte del gobierno.

El esposo la ha alejado de sus amistades, y como resultado también se han reducido sus espacios de diversión y ocio. Esta es una forma de violencia emocional sobre la mujer, que tiene implicaciones importantes para su salud mental. La investigación de UNICEF (2012) sostiene que la restricción de la mujer al espacio privado-doméstico, es resultado de la misma dominación masculina hegemónica que busca responsabilizar a la mujer de las tareas del hogar, y fidelidad a su persona como proveedor económico. Esto limita las posibilidades de las mujeres para aliviar el estrés de la vida cotidiana a través de actividades de ocio, y otras diferentes a las asignadas a su figura tradicionalmente (UNICEF, 2012).

Investigadores como Miranda, Sánchez y Pérez (2016) se limitan a identificar la violencia doméstica y de pareja como un factor de riesgo para el intento de suicidio en mujeres, mientras otros señalan “problemas familiares” o “problemas de pareja”. Los resultados construidos aquí coinciden con las investigaciones previas de Wunderlich et al. (2001), Stefanello et al. (2008), Amezcua et al. (2010), UNICEF (2012), y Martínez (2014), en el sentido de que trascienden los enfoques descriptivos, y muestran que el intento de suicidio en mujeres se puede comprender en relación a la violencia física y psicológica infligida por sus parejas hombres, quienes la justifican tanto consciente como inconscientemente a partir de creencias asumidas sobre la masculinidad hegemónica.

Un motivo por el cual se intensifica esta presión emocional para Made, es su vivencia de los prejuicios sociales existentes respecto a la persona que intenta suicidarse. Esto se explica en última instancia, como resultado del solapamiento entre las voces clínicas positivistas que atribuyen las explicaciones del suicidio a modelos mecanicistas, y los discursos políticos en el contexto cubano, que buscan conservar un orden social demandante de la implicación y la participación activa de cada individuo con nombre y apellidos. En este mismo sentido, ella misma reconoce que no habla sus problemas con nadie porque:

**“(...) hay muchos prejuicios sobre los temas de salud mental, y las personas indagan y salen estos temas íntimos (...).”**

Esta es una presión emocional de tipo social, en la medida en que el orden social normativo limita las posibilidades de las personas para desahogarse. Ello es crucial para un tipo de análisis que rescata la vida cotidiana de las personas.

Uno de los actores a través de los cuales actúa esta presión social es la figura de la madre. Por un lado, su madre es diabética y su padre hipertenso, y ella no quiere darle disgustos al mencionar la situación, o separarse de su pareja. En última instancia, el no querer mencionar la situación con las personas que le rodean y desahogarse con los padres, se relaciona con la existencia en la familia, de una voz asumida sobre lo que es la buena esposa. La madre constituye una presión

actual en la medida en que señala lo inadecuada que sería una separación ante los ojos de la sociedad, y por la existencia de una hija común.

La madre tiene 76 años, y fue educada en un modelo tradicional en el cual la mujer debe estar casada y preservar el matrimonio a toda costa. La cualidad de tradicional se explica en el contexto cubano a partir de la herencia cultural desde la conquista española, y la difusión del carácter sagrado del matrimonio en el cristianismo, que actualmente se ha expandido en sus vertientes ortodoxas y protestantes.

De esta forma, su figura y voz constituyen una mediación normativa que presiona hacia la mantención del matrimonio, incluso a pesar de los malestares emocionales que pueda experimentar en él. A partir de esta formación tradicional, que hoy se refuerza con la práctica por su parte de la Regla de Ocha, religión afrocubana de cualidad patriarcal (Romeu, 2006; Lara, 2016), la madre intenta que su hija esté siempre disponible para satisfacer y complacer al esposo. Por ello actúa tal y como él, cuestionándole a dónde va, y cuánto tiempo se demorará.

**“(...) para evitar el chu chu chu, el qué dirán. Imagínate se ve feo una mujer separada. Además tienen una hija por el medio. Los hijos necesitan crecer al lado de sus padres, los dos (...)”.**

En última instancia, estos procesos normativos a nivel de la familia, también son funcionales a la mantención del orden socioeconómico y político cubano. Ello, en la medida en que las relaciones de género distribuyen la presión y las responsabilidades de un modo diferencial, con el propósito de implicar a todos los miembros en la reproducción de la familia, lo que es a la vez, reproducción del orden social.

Estos resultados coinciden y confirman los hallazgos de las investigaciones de Pridmore y Walter (2013), acerca de la presión de la familia sobre la figura de la mujer. Aunque no se trata de una presión familiar hacia el casamiento como una forma de salir de la pobreza, que ve a la mujer como un valor de cambio, como en el caso de Turkía o Marruecos, la familia sigue siendo una voz que presiona hacia una normatividad que exige a Made como mujer, ser buena esposa y madre.



Al igual que como sucede a nivel mundial, en Cuba se le exige a la mujer ser multitarea (Moreno, 2010). Lo que en apariencia son solo labores, en realidad son exigencias planteadas desde roles asignados y asumidos por ellas, que funcionan de forma concomitante y solapada, y que en este caso se aprecia tienen un impacto relevante en la emergencia de estrés emocional. Si los roles de género son parte inherente de la identidad personal (Lamas, 1995; Lagarde, 1996), este estrés tiene la potencialidad de estar de forma recurrente en la vida cotidiana de las mujeres en sentido general. Este es un argumento crucial para sostener la importancia de vincular la perspectiva de género con el tema de salud mental.

En este caso, la madre es un agente mediador entre un modelo educativo tradicional, y el esposo. Lo que para la madre constituye una vía para evitarle “problemas en la relación de pareja”, constituye una reproducción de la actitud y las creencias dominantes de la masculinidad hegemónica, con implicaciones para la salud mental de Made en forma de estrés y tensión emocional.

Desde el siglo XIX Cuba comenzó a ser receptora de migrantes fundamentalmente españoles, que llegaban al país en busca de trabajo. Durante ese tiempo emergió una burguesía apoyada en los ingresos de la producción agrícola, la explotación de fuerza de trabajo esclava predominantemente masculina (Pagés, 2010). Tanto el ideal del héroe masculino en las guerras de independencia (Álvarez, 2003), el modelo patriarcal español de familia, como el valor de la fuerza de trabajo primero esclava y luego libre masculina (Pagés, 2010), fortalecieron un modelo de educación patriarcal (De Armas, 2007; Pagés, 2010). Este es el modelo educativo en el cual se formó la madre de Made, y que actualmente se mantiene a pesar de la reducción de las inequidades entre hombres y mujeres desde el triunfo de la revolución en 1959.

Una fortaleza de este estudio es triangular la exploración en el caso, a partir de otras voces circundantes en la vida cotidiana de las personas. Uno de los elementos que no ha ayudado a Made a aliviar estas tensiones emocionales, es la atención clínica que ha recibido. Refiriéndose al momento en que fue hospitalizada tras el intento de suicidio explica:

**“(...) Yo quería hablar con el psicólogo que me atendió en la sala, pero no pude porque estaba él ahí, presente. Le preguntaron a él (...)”**

Ella le hubiera comentado sus problemas con el esposo pero no pudo porque no se creó un espacio personalizado de atención. De esta forma, encontramos que cuando se intenta comprender la salud mental desde una perspectiva de género, las personas pueden ser afectadas también por las construcciones de género del personal de salud. Se asiste aquí a fundamentar tres posibles explicaciones para esa falta de atención personalizada que reclama la misma Made, y analizar el papel que tienen las construcciones de género dentro de estas explicaciones.

En Cuba, el enfoque de atención a la salud mental se lleva a cabo dentro de un marco de Salud Pública con fuertes expresiones positivistas (Linares, 2015). Los mismos resultados de esta investigación nos muestran una clara tendencia hacia el empleo de medicamentos como una salida a los intentos de suicidio. En este sentido, se explicaría la decisión del psiquiatra de no hablar con Made, una paciente medicamentada, y cuya salud mental, entendida en términos de equilibrios y normas biologicistas, estaría como mínimo bajo cuestionamiento.

Esta explicación está estrechamente vinculada con otra posibilidad. Históricamente la hembra ha sido asignada al cuidado de las crías, de los enfermos, y del propio hombre, por lo que han sido significadas en relación a la afectividad y las pasiones (Shlain, 2000). A diferencia de la hembra, al vincularse históricamente a la caza, la defensa de las ciudades, y luego las decisiones políticas, actividades que requerían la planeación y toma de decisiones, la figura del varón ha sido construida socialmente como el portador de la razón (Vegetti, 1981).

Esta construcción social le es funcional a un discurso positivista sobre la salud mental, que al priorizar la identificación de comportamientos observables, excluye la posibilidad de escuchar el malestar subjetivo (Galende, 2008). El discurso de Made podría ir en ese sentido, pero el sistema de clasificación internacional de enfermedades mentales no está diseñado como una herramienta comprensiva (Stolkiner, 2013). Esto a su vez, selecciona y refuerza las competencias que

psiquiatras y psicólogos consideran relevantes para atender al suicidio (Simon, 2006).

De esta forma, la voz de Made queda doblemente silenciada, lo que constituye también una forma de violencia simbólica y emocional. Uno, a causa de la construcción social de la mujer como un sujeto emotivo y poco racional que no podría dar cuenta de lo que objetivamente le sucede. Teniendo en cuenta los trabajos de Galende (2008), Fischer et al. (2009), y Stolkiner (2013), este proceso queda explicado también bajo la lógica de un discurso positivista en salud mental, que no sabe cómo explicar el sufrimiento subjetivo, y persiste en medicalizar la existencia a partir de indicadores de equilibrios y funcionalidad. Esto al margen de cualquier problematización cultural, económica, o política de las formas en que se vive.

El argumento de que la figura de la mujer ha sido diferencialmente tratada en el campo de la atención en salud mental, se sostiene a través de las investigaciones de Lambert, Hampton, y Snell (1986), así como la de Poole y Tapley (1988). La atención que la mujer ha recibido en salud mental ha estado tradicionalmente prejuiciada por estereotipos sexistas. Ejemplos son los casos de que son inmaduras y dependientes emocionales, que a diferencia de los hombres están más motivadas por la búsqueda de la aceptación, que se preocupan excesivamente por los problemas de la vida cotidiana, que son pasivas en la búsqueda de alternativas de solución (Lambert et al. 1986), y pueden salir de sus problemas al igual que los hombres, trabajando (Poole y Tapley, 1988).

Dos, uno de los comportamientos del hombre que violenta física o emocionalmente a la mujer, es restringir su comunicación con otras personas, como una vía para evitar la denuncia y su cuestionamiento (Espinar, 2003). Estas observaciones pueden explicar por qué no se escuchó la voz de Made, y pueden constituir puntos a tener en cuenta en la atención primaria en salud mental. Actualmente la psicóloga del Área de Salud Mental le recetó amictrictilina, y se siente preocupada porque cree que el medicamento no le hace efecto.

Retomar y discutir el valor simbólico del intento de suicidio no se justifica únicamente porque la persona haya querido expresar algo conscientemente a través de él. Discutir su valor simbólico es una forma de analizar cómo es reinterpretado bajo los marcos interpretativos de la vida que ha continuado, y qué dice ello de la salud mental de la persona. En este caso, se aprecia la importancia de analizar la dimensión simbólica del acto desde una perspectiva de género, porque la forma tradicional de comunicar, su voz, ha sido silenciada.

Los resultados de la investigación de Angulo y Curbelo (2009), mostraron que el suicidio en un grupo de mujeres cubanas se explicó como parte de las necesidades insatisfechas de expresión. Sin embargo, en este caso observamos que lo que podría ser entendido como falta de expresión, puede significar el desplazamiento hacia otras formas expresivas del malestar emocional. Tal es el caso del propio intento de suicidio, o de todas aquellas emociones negativas vinculados a este, y que pueden ser invisibilizadas por la mirada clínica positivista.

Históricamente, a través de la relación con su pareja se ha acumulado para Made un sentimiento de minusvalía y desprecio recibido de parte del esposo. El esposo no la tiene en cuenta en las decisiones sobre la casa, ni sobre los negocios, a pesar de llevarlos de conjunto. Tomando en cuenta el trabajo de Bonino (1998) sobre la recurrencia y la intensidad de los micromachismos, se puede sostener que la exclusión de Made, de los procesos de toma de decisión en la pareja no solo significan no escucharla, sino retroalimentarla sistemáticamente con una desvalorización de su persona.

Este proceso de exclusión se fundamenta en la construcción social del hombre en relación a la mujer. El hombre se convirtió en modelo de ser humano verdadero e ideal, como resultado de ser considerado portador de una razón intencional y deliberativa (Vegetti, 1981). Por este motivo, a diferencia de la mujer, el hombre ha sido significado por el propio discurso androcéntrico, a partir de cualidades como la inteligencia, y la capacidad para la toma de decisiones (Lehr, 1982).

Made es una profesional con más de 15 años de experiencia en el sector estatal de la economía, en el que ha sido parte de procesos de toma de decisiones en su

empresa. Sin embargo, desde hace un año cuando se movió al sector cuentapropista en busca de mayores ganancias económicas, comenzó a trabajar en el negocio del esposo.

Allí, la mirada androcéntrica del mismo comenzó a invisibilizar sus competencias en este sentido. Lo mismo sucede en el espacio privado-doméstico, donde es significada, y aparece ante la mirada de la familia únicamente como la responsable de la limpieza, y el cuidado de la casa.

**“(...) Él no me ayuda en ningún quehacer de la casa porque dice que son responsabilidades de mujeres (...).”**

La construcción social hegemónica del hombre se ha hecho como contraposición a la de la mujer, por ser considerada débil e inferior. En este marco de voces hegemónicas, cumplir roles de mujeres puede ser asumido por los hombres como una feminización (Burín, 2007). Para Made, este marco interpretativo se convierte en estrés, sobrecarga de tareas, y tensión emocional. Al ser la única hija hembra y haber sido educada en un modelo de roles tradicionales asignados a los géneros, está asumiendo paralelamente la atención a los hermanos varones que se divorciaron, que actualmente viven en casa de su madre.

**“(...) Soy la mujer de la familia y me toca (...).”**

Sin embargo, a pesar de ser un rol asumido, siente una presión emocional al ser la única encargada de las labores del hogar en ambas casas. A pesar de sentirse sobrecargada de tareas, ante la depresión experimentada en el último año se ha refugiado en las labores del hogar como una forma de mantener la mente ocupada. De esta forma, el lugar de alivio a la tensión emocional lejos de ser un espacio de ocio o diversión, que han sido vedados por el esposo, es también un espacio de sobrecarga, con lo que se refuerza su tensión emocional.

En el discurso patriarcal que genera expectativas hegemónicas sobre las formas de ser mujer, se ha naturalizado la asignación de las mujeres a las responsabilidades de la casa, como una vía funcionalista de encaminar sus aptitudes emocionales y para el cuidado (Vegetti, 1981), cuando en realidad esto ha sido resultado de la

división histórica del trabajo (Shlain, 2000). Como parte de la asunción de esta voz discursiva, tanto la hija, como sus padres, y el esposo, comparten la creencia del aguante de Made ante el estrés emocional que produce la multitarea.

Lo que para ella se significa como un estrés permanente, es significado por la familia como un proceso de adaptación a lo que ha aprendido y se espera de ella. Teniendo en cuenta los trabajos de Bonino (1998), y de Burín (2010), se puede argumentar que esto implica una invisibilización permanente del malestar emocional. Lo que Made hace se considera esperado y normal para las mujeres.

Las implicaciones para la salud mental de Made están atravesadas por la relación histórica de supeditación de la mujer cubana en el espacio doméstico. A esto se agrega un sello importante de poder relacionado a la significación del malestar, y por tanto a la posibilidad de canalizarlo. Hay una comprensión diferenciada del malestar emocional de Made dentro del hogar, en la que además, la comprensión patriarcal se intenta imponer a todos los miembros.

Se espera Made aguante el estrés de las tareas del hogar porque se cree que para eso fue educada como mujer. De esta forma, al ser mujer también le corresponde una expectativa y un umbral de aguante emocional que pone a las féminas en riesgo.

Como resultado de este proceso, la vivencia de sus propias emociones, y la posibilidad de asumir una actitud crítica consciente ante ellas, se supedita a lo que esperan los *otros*, en este caso fundamentalmente la familia. Esto ocurre y se explica en el contexto general por el cual la concepción patriarcal de la sociedad, ha construido a lo femenino como un objeto significado siempre por *otros*, y para el beneficio de *otros*.

Este esquema tiene implicaciones para canalizar las emociones negativas, tanto porque hay una invisibilización de su estado emocional, como porque salirse y ser crítica con esas relaciones de poder, puede representar tanto para la familia como para ella misma, una actitud hostil y de rebeldía. De esta forma, incluso la búsqueda del alivio emocional puede significar un problema para la familia y la propia Made.

Este tipo de dilemas puede contribuir significativamente con la mirada de túnel a la que se refiere Beck et al. (1979) cuando estudia la depresión. También contribuye a explicar la vivencia de que ya no existen más salidas y opciones, cuando en realidad las que se han estrechado son las alternativas de bienestar emocional en el marco normativo del patriarcado, en este caso con cualidad cubana.

El no poder desahogarse con otras personas, no poder comentar los conflictos de pareja con la familia, y el buscar una salida a su estrés emocional en las mismas actividades hogareñas que la sobrecargan, son elementos que tensan su estado emocional negativo. A partir de los trabajos de Joiner (2005), Shneidman (1993, 2005, 2006) así como de Wenzel y Beck (2008), se comprende que es importante la discusión de estas líneas que intensifican el malestar de la persona, porque sus resultados empíricos mostraron que el suicidio no se explica tanto por la vivencia de emociones negativas, como por la vivencia de que estas son insoportables, inaguantables.

Desde una postura cognitivista, Beck et al. (1979), así como Wenzel y Beck (2008) explican el suicidio como resultado de un proceso selectivo, que resulta de la vivencia de depresión o desesperanza. Según sus hallazgos, la depresión y la desesperanza constriñen la forma de percibir el contexto social circundante de la persona, con lo cual el suicidio aparece como la única salida posible. Los resultados sostenidos aquí pueden complementar este tipo de explicación a partir de las construcciones sociales de género, y así enriquecer una comprensión integral del tema.

Los hallazgos construidos aquí permiten sostener que el proceso cognitivo de selección y percepción social, de lo que constituye para la persona un problema o una solución, está mediado por las presiones emocionales que ejercen la asignación de expectativas y roles para hombres y mujeres. Esto coincide con el hecho de que las construcciones sociales de género se asumen en forma de identidades (Lamas, 1995, 2003).

En este caso, ser mujer es una forma ante todo de actuar materialmente en el mundo, y percibirlo. Aunque esto se ha naturalizado, se trata de un proceso

explicado a partir de la división sexual histórica del trabajo. En el caso de Cuba, este proceso se ha sostenido a través de las voces y prácticas sociales que intentan controlar la participación y la implicación de los individuos con el proyecto político, para lo cual le son funcionales las relaciones tradicionales de género, y las instituciones intermedias como el caso de la familia. Lo que para Made son problemas y conflictos, son emergentes de lo que se espera de ella por parte de otros, y por parte de ella misma.

Un elemento esperanzador para resolver lo que considera una traición por parte del esposo, es la religión. Aún lo quiere, y considera que de no resolverse el conflicto con este, acudirá a la religión que profesa su padre. Made tiene una visión esperanzadora sobre el futuro, y no teme ni por su sustento económico ni por el de su hija, en caso de que terminara su matrimonio.

La esperanza proyectada al futuro es una de las dimensiones más importantes de la salud mental (Seligman, 2006). A nivel mundial uno de los procesos que explica el intento de suicidio entre las mujeres es la relación de dependencia económica respecto al hombre, que las fuerza a mantener relaciones violentas en el aspecto emocional, físico, y económico mismo (UNICEF, 2012, Imberton-Deneke, 2014; Martínez, 2016). Estos procesos se pueden explicar como parte de constricciones y violencias estructurales que como parte de las lógicas de las sociedades androcéntricas, han ofrecido pocas oportunidades educativas y laborales a las mujeres (Lamas, 1995).

El caso de Cuba destaca por su particularidad en este sentido, al menos en el plano de la igualdad formal. Desde el triunfo de la revolución en 1959 se han creado instituciones sociales como la Federación de Mujeres Cubanas, y las condiciones jurídicas para reducir las brechas y desigualdades entre hombres y mujeres, respecto al acceso de estas últimas a las decisiones políticas, y la participación en la esfera pública en general. Un ejemplo es la Ley 59 de julio de 1987, que estableció las mismas capacidades jurídicas para hombres y mujeres respecto a las formas de contratación laboral.



Made tuvo la oportunidad de formarse como una profesional, y ello constituye la posibilidad de que pueda pensar en su futuro en términos esperanzadores. Este argumento contribuye con un enfoque de Salud Colectiva, en tanto los procesos de determinación social de la salud, en este caso mental, se aprecian en su estrecha relación con la dimensión estructural.

**Gladys:** Gladys tiene 77 años, vive sola, y tiene diagnosticada epilepsia. Ha intentado suicidarse en dos ocasiones. La primera hace cinco años. En esa ocasión salió de su casa a lanzarse delante del tren, pero al llegar el tren ya había pasado. No lo comentó con nadie.

La segunda ocasión fue hace dos años. Consumió medicamentos dentro de su casa, aunque no recuerda cuáles. El estado emocional horas antes del intento en ambos casos, ha estado caracterizado por los sentimientos de “tristeza”, “depresión” y de “inutilidad”. En su opinión, su intento de suicidio significó una salida a la tristeza y la depresión constante.

La última ocasión los vecinos la llamaron y no respondió, rompieron la puerta de la casa y la sacaron. La llevaron al policlínico municipal, donde le practicaron un enjuague de estómago. “Me entubaron por la garganta”. Posteriormente la enviaron a la sala de psiquiatría del hospital asignado al municipio de residencia, donde estuvo 35 días ingresada. Desde entonces toma meprobamato recetado por el psiquiatra del hospital.

Aunque Gladys tiene tres hijas y cuatro nietos que la visitan seguido, así como una pareja de 65 años, el carácter histórico de su depresión tiene un peso importante en sus emociones actuales. Gladys nació en la provincia Granma, en la zona oriente de Cuba en el año 1940. El oriente del país es una zona cuya actividad económica fundamental ha sido la agricultura, en la cual ha existido una división rígida de roles de género. Por esta razón, ha sido caracterizada como una actividad predominantemente de hombres.

Ella vivía con su madre, sus tres hermanos, y su padrastro porque el padre las abandonó. Su padrastro la golpeaba a ella al ser la mayor de todos los hermanos,

y la madre no podía hacer nada porque también era golpeada. De esta forma, nos encontramos ante una persona cuya historia de vida ha estado marcada por la violencia familiar, en este caso con un sello importante de género.

Al haber sido formado en un modelo educativo patriarcal, el padrastro como hombre creía que al mantener económicamente a la familia, él era la autoridad. De esta forma ejercía su control de forma violenta. Gladys reconoce que se enfermó de “los nervios” por esta razón, y casi siempre estaba muy ansiosa.

Con motivo de ello, a los 14 años se mudó a casa de una tía en la misma provincia, y se separó tanto de la madre como de los hermanos. La violencia del padrastro conllevó a la separación física y emocional entre Gladys y su familia. A la ansiedad se sumaron episodios transitorios de depresión.

Al no contar con el suficiente apoyo económico, con 14 años se mudó a casa de una tía en La Habana en busca de mejores oportunidades de vida para ayudar a la familia. Dado el costo de la educación en ese momento, no pudo estudiar formalmente. Comenzó a trabajar cuidando enfermos y limpiando casas. El cuidado del hogar y del *otro*, son actividades tradicionalmente aprendidas por las mujeres como parte de su socialización como tales (Lamas, 2003). En esta ocasión le sirvieron como una herramienta de subsistencia.

Un alto en esta trayectoria fue encontrarse con una pareja a los 20 años, momento en el que precisamente se encontraba fuera de casa de su tía por problemas de convivencia, y estaba pasando necesidades de alimentación y vivienda. Se casó y vivió 35 años en una relación estable, con un hombre que conoció en una fábrica de hilos. “Fue una relación de amor y comprensión”. A partir de la muerte repentina de este señor, que representaba estabilidad económica y emocional, comenzaron los episodios de depresión de forma recurrente, como resultado del sentimiento de soledad.

Hay varios elementos que agudizan la depresión más allá de la pérdida de la pareja. Por un lado Gladys siente que le afectan “mucho” los problemas de salud que tiene, pues padece de epilepsia, hipertensión, y pérdidas de memoria. Estas últimas

pueden estar relacionadas a la muerte neuronal como resultado de los cuadros epilépticos convulsivos.

Teniendo en cuenta el trabajo de Lorigados et al. (2013), encontramos que las continuas descargas eléctricas sobre estimulan los receptores glutamatérgicos, produciendo la despolarización y repolarización repetitiva de sus terminales. Con esto aumenta su concentración tóxica, y se produce la degeneración de las neuronas pos-sinápticas.

Gladys reconoce que sufre mucho por la pérdida de la memoria, porque a veces va al baño o la cocina y no se acuerda a qué fue. En ocasiones no se acuerda si cenó o no. Para ella, estos padecimientos físicos significan encontrarse en el fin de la vida. Gladys se percibe a sí misma de forma negativa como resultado de sus padecimientos crónicos. Considera que:

**“(...) llegar a viejo es lo último, ser anciano es padecer enfermedades, ser un cadáver (...)”.**

Para quien llegar a viejo es “ser un cadáver”, una muerte por suicidio puede no significar una pérdida, sino una salida al malestar de percibirse a sí mismo de forma negativa. Esta es precisamente la tesis central de la *Teoría del Escape*, sostenida por Baumeister (1990).

Desde una perspectiva cognitivista, esta visión negativa sobre sí misma, y sus implicaciones para la realización del intento de suicidio, se puede sostener a partir del trabajo de Neuringer (1967). Este explica que las constricciones cognitivas en forma de dicotomías extremas, evidenciadas en este caso a través de las palabras “lo último” y “ser un cadáver”, expresan una percepción reducida de la realidad, para la cual la muerte por mano propia puede ser una solución. Una vez más, este pensamiento dicotómico podría explicarse como resultado de sus padecimientos físicos, y lo que significan estos en el plano emocional para la imagen que tiene de sí misma, y sus relaciones cotidianas.

La pérdida de la memoria la afecta además, porque olvida el presente pero recuerda el pasado. Esto ocurre porque mientras el hecho presente puede estar

desconectado de toda estructura categorial, e incluso ser rutinario, los eventos pasados están categorizados en forma de una red neuronal que da sentido a las experiencias (Ribot, 1899).

Por esta razón, los recuerdos más antiguos aunque más distantes en tiempo, se resisten mejor a la pérdida de la memoria (Ribot, 1899). Este proceso neurobiológico no la ayuda emocionalmente, porque los recuerdos a los que puede aferrarse y que conserva, son precisamente los que están vinculados a los episodios de violencia que sufrió en la infancia y la adolescencia. Retomando el trabajo de Laurell (1982), este tipo de observaciones sostiene la necesidad de entender la subsunción entre lo biológico y lo social. Un segundo proceso que la hace sufrir emocionalmente es la depresión.

**“(...) Cuando me deprimó me descuido la imagen. Si tú me vieras en la casa del abuelo pensarías que soy la administradora o la directora. Cuando me deprimó no me arreglo, me descuido y yo siempre he sido presumida (...)”**

La depresión la afecta porque se ve a sí misma como una “mujer” descuidada en ocasiones. En el momento de la entrevista tenía sus uñas largas, y dibujadas, lo que confirma su preocupación por la imagen corporal. Podemos comprender la depresión como resultado del desencuentro entre dos procesos.

La construcción social de la feminidad normaliza el cuidado de la imagen corporal como parte de su expresión, que en este caso ha sido descuidada por padecimientos físicos. La imagen corporal se ha convertido tanto en una expresión, como en una fuente de retroalimentación del deterioro emocional de Gladys.

A diferencia del ser hombre, significado sobre la base de cualidades y valores como la inteligencia y la responsabilidad, la afectividad del ser mujer está más sujeta a los deterioros físicos como resultado de la edad cronológica, porque generalmente se espera de ellas ser atractivas, simpáticas y bonitas, y ello está más anclado en el cuerpo y la imagen corporal (Lehr, 1982; Coria et al. 2005).

La investigación de Kim y Kim (2009) sostiene la importancia que tiene la imagen corporal para las mujeres, y la relación del intento de suicidio con las inconformidades al respecto. Sin embargo, la presente investigación coincide en mayor medida con la de UNICEF (2012), en el sentido de que la imagen corporal es un significante central del mundo y de sí mismas para las mujeres, pero ello no es natural, sino consecuencia de la construcción histórica de la mujer como objeto de placer estético y sexual para el hombre.

Las observaciones realizadas aquí sobre la vivencia de la depresión en el caso de Gladys, coinciden con los resultados de la investigación de Díaz, Carbonell y Marín (2016) sobre los problemas asociados a la depresión en adultos mayores cubanos. Tal y como en el estudio citado, la depresión en el adulto mayor se asocia a otras vivencias negativas, relacionadas fundamentalmente con la desvalorización personal, y el sentimiento de inutilidad.

Paralelamente a los padecimientos físicos y la depresión, la afecta emocionalmente la situación económica del país, con la que se siente muy “decepcionada”. En la actualidad cobra la jubilación del esposo. Son 200 pesos cubanos mensuales para pagar en igual período 180 pesos cubanos en medicamentos. Por otra parte reconoce “tres malangas son 20 pesos, dos libras de frijoles 40 pesos, no es fácil”. Esto, a pesar de que sus hijas la apoyan económicamente.

**“(...) Me siento decepcionada, yo que incluso fui milliciana cuando tenía 20 años. Estoy muy decepcionada del rumbo que ha tomado el país (...)”.**

El impacto de la situación económica del país está imbricado también a la construcción social de la feminidad asumida por ella. Al encontrarse con una pareja a los 20 años dejó de trabajar. Por voluntad propia comenzó a depender económicamente de su esposo, dada su creencia en aquel momento y actualmente, de que los hombres son quienes deben mantener económicamente a la familia. Por esta razón, al no acumular años de trabajo, no pudo aspirar a un ingreso por concepto de jubilación.

Es un hecho reconocido empíricamente que la construcción social de la mujer como dependiente económica del hombre puede precarizar sus vidas (Orozco, 2014), y en ello está comprometida la satisfacción de sus necesidades espirituales y materiales. Gladys es uno de esos casos, donde la solvencia económica impacta el acceso mismo a medicamentos para enfrentar padecimientos físicos irreversibles.

Ante los episodios de depresión en ocasiones decide encerrarse y no hablar con nadie, porque sus enfermedades son irreversibles, y siente que nadie puede resolver los problemas de vejez. Esta autopercepción no se puede comprender al margen de los estereotipos y mitos que históricamente han rodeado la imagen social de la vejez. Tanto en el plano de las relaciones interpersonales directas (Oliva, 2017), como a través de los medios de comunicación (Romay y Mirón, 2015), la vejez ha sido significada a partir de la sabiduría y la experiencia, pero también a partir de las limitaciones físicas, la fragilidad, y la enfermedad.

Otra explicación a este encierro que la coloca en una posición de vulnerabilidad, se puede encontrar en el modelo cognitivo de la depresión, argumentado por Beck (2008). Si los eventos vividos de forma negativa se han hecho recurrentes en la vida de la persona, como es el caso de Gladys, entonces se han generado un conjunto de esquemas de percepción de la realidad de forma pesimista, que se acompañan de correlatos motivaciones y comportamentales, los cuales Gladys se ha visto obligada a sentir.

En otras palabras, la depresión puede llegar a ser significada tanto como una vivencia incómoda, como familiar, ante lo cual los procedimientos o ritos transitorios, como el caso del encierro, pueden haberse naturalizado. Esta observación es importante, en tanto ser críticos con este proceso histórico, se convierte en una herramienta para desnaturalizar la relación histórica con la depresión.

En otras ocasiones Gladys decide hablar con los vecinos cuando se siente deprimida, es decir, triste y sin ganas de hacer nada. Sentirse deprimida es para ella una de las vivencias más negativas, que la hace pensar en la posibilidad de quitarse la vida, sin embargo este punto merece una observación. Estar deprimida

para ella es sentirse sola, sin ganas de hacer nada, pero también sentir que pierde fuerzas físicas.

Damasio (1994) ha propuesto una teoría para comprender el proceso de marcación somática. La esencia de la teoría es esta: *los procesos emocionales tienen correlatos fisiológicos que son asociados a estos. Como resultado, la vivencia posterior de estas reacciones fisiológicas puede ser asociada y atribuida a determinados estados afectivos. De esta forma, la percepción y evaluación de una reacción fisiológica puede incidir en la toma de decisiones de las personas sobre sí mismas.* Las implicaciones de este tipo de análisis para comprender la vivencia de la depresión en el caso de Gladys es el siguiente: la depresión no es una entidad en sí misma, sino que puede existir para la persona en la medida en que es percibida en relación a otras señales.

En el caso de las personas de la tercera edad, hay que ser cauteloso con atribuir la presencia de depresión a la pérdida de fuerzas físicas, porque esta última puede ser resultado del mismo proceso de desgaste físico a lo largo de la vida. No se trata de que la pérdida de fuerzas físicas no pueda ser un causante de depresión. El llamado a la cautela radica en la interpretación de que perder fuerzas físicas es un signo inequívoco de que estamos deprimidos.

Una vez que hablar con los vecinos constituye una vía de distensión emocional, estas relaciones constituyen un soporte emocional para ella. Desde la perspectiva transdisciplinar que desarrolla esta investigación, la importancia de hablar de factores protectores para la salud mental, radica en que constituyen espacios de creación de sentido que enriquecen las vivencias positivas de las personas, y constituyen una alternativa diferente a la de atender contra la vida por mano propia.

Un segundo elemento de soporte emocional es la asistencia a la casa municipal del abuelo. Como resultado del incremento en la mejora de las condiciones de salud de la población desde el triunfo de la revolución, a la par de la esperanza de vida, desde el año 1970 el gobierno cubano creó las casas del abuelo con la visión de mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad (Enciclopedia Colaborativa Cubana, 2018).

Allí reciben alimentación, atención médica, y participan en actividades de socialización con otros ancianos, siempre durante el día. Este espacio es tan importante para el estado emocional de Gladys, que cuando va a faltar por algún problema pide permiso, a pesar de que la asistencia es voluntaria.

En la tercera edad se ha reducido la pertenencia a grupos formales, sin embargo, la asistencia a la casa del abuelo es un elemento, que retomando el trabajo clásico de Durkheim (1983), puede ser considerado protector para la salud mental de Gladys, en la medida en que representa una oportunidad para la reconstrucción de un lazo social que se ha visto fragmentado durante su historia de vida. Un tercer elemento protector ante la depresión y los planes de atentar contra su vida, es la creencia religiosa.

**“(…) Después del segundo intento estando en cama me levanté y vi la imagen de Jesucristo en una ventana, y tú sabes que en los hospitales no hay esas cosas. Desde entonces empecé a ir a la iglesia (…)”.**

Gladys reconoce que esa es una de las razones principales por la que evita quitarse la vida. Sin embargo, ve el futuro de una forma pesimista, y no descarta futuros episodios de depresión, fundamentalmente a causa de las enfermedades, y la situación económica del país.

Teniendo en cuenta los hallazgos de Beck et al. (1979), así como los de Wenzel y Beck (2008), la desesperanza, entendida como “una visión negativa del futuro”, constituye un riesgo de suicidio, en ocasiones incluso más relevante que la depresión. Trabajos como los de Beck et al. (1979), e investigaciones como las de Borges et al. (2012), y Calvo et al. (2013) identifican la depresión como un factor de riesgo para cometer suicidio. Sin embargo, la aproximación cualitativa que se ha llevado a cabo aquí muestra la necesidad de deconstruir y comprender en primer lugar, los procesos de determinación social de la depresión, porque esta no es un ente determinante en sí mismo.



**Celina:** Celina tiene 77 años y vive sola. No ha recibido diagnóstico de algún padecimiento o enfermedad mental específica. Intentó suicidarse seis meses atrás respecto a la fecha de la entrevista. Tomó walfarina y nitropental en dosis no recordadas por ella.

Una de sus dos hijas la llamó y ella no contestó. Al entrar con llave propia, Celina estaba sobre la cama de su cuarto acostada, y en la mesa de noche había dejado 30 dólares, 190 pesos cubanos, y la propiedad de la casa. La hija le preguntó qué había pasado, y ella respondió:

**“(...) Aquí, que tomé pastillas para morir pero no sé qué pasa que la muerte no llega (...)”**

Encima de la mesa había dejado un cuchillo y una tijera para intentarlo en caso de que los medicamentos no cumplieran su objetivo. A partir de este intento la ingresaron una semana, y la psiquiatra que la atendió le dijo que el intento de suicidio significa la presencia de problemas psiquiátricos. Como resultado, desde entonces Celina toma diazepam recetado por esta especialista.

Dado que interesa en esta investigación comprender cómo se significa el intento de suicidio, es necesaria una detención en las implicaciones de este tipo de voz clínica para este proceso de significación. Decir y actuar en consecuencia con el supuesto de que un intento de suicidio significa necesariamente la existencia de un problema psiquiátrico, tiene dos implicaciones fundamentales.

Aun cuando la persona cumpliera con los síntomas establecidos en los sistemas de clasificación psiquiátrica, teniendo en cuenta las raíces positivistas de la Psiquiatría tradicional, se invisibilizarían los procesos sociales e históricos por los cuales se pueden explicar los malestares emocionales de la persona, en este caso Celina. En segundo lugar, y estrechamente vinculado a lo anterior, se produciría una estigmatización de la persona tanto por parte de otros, como por parte de ella misma.

La Psiquiatría tradicional está enraizada en una epistemología de tipo positivista, que sirvió de base inicialmente para la Medicina, y que se enfoca más en constatar

el conocimiento acumulado sobre la enfermedad, que en interpretar a la persona (Szasz, 2001b). Esta epistemología produce saberes, profesionaliza, y crea instrumentos de diagnóstico y evaluación. Constatar síntomas y evaluar el intento de suicidio a través de protocolos rígidos, se llega a convertir en una competencia altamente valorada para los psiquiatras y psicólogos, y definitoria de su misma profesión (Simon, 2006).

En la *Clasificación Internacional de Enfermedades*, en su décima edición (CIE-10) el intento de suicidio aparece como un síntoma del trastorno esquizoafectivo de tipo depresivo, el episodio depresivo sin síntomas psicóticos, el episodio depresivo dentro del trastorno bipolar, el trastorno por estrés postraumático, y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite. En el *DSM-V* por su parte, aparece como síntoma del episodio depresivo del trastorno bipolar, el trastorno de depresión mayor, y del trastorno de la personalidad límite. De esta forma, la racionalidad clínica positivista no solo invisibiliza la posibilidad de comprender a la persona, sino que significa el suicidio como expresión de problemas mentales.

Uno de los procesos por los cuales esta instrumentación incide en la forma en que se estigmatiza a la persona, y se actúa en consecuencia, tiene que ver con el prestigio social de la ciencia clínica, y la relación médico-paciente. La persona confía en el saber acumulado por la clínica, y da credibilidad a su voz a cambio de una “cura” (Gadamer, 1993; Espigares y Orden, 2010; Stolkiner, 2013).

No se puede perder de vista que en consecuencia, la voz clínica es utilizada por las personas para pensarse y definirse a sí mismas (Pearson, 1999). Esto se sostiene también a través de la investigación de Martínez (2014). Teniendo en cuenta la orientación biologicista e individualista de la Psiquiatría tradicional, se entiende su incapacidad para ser autocrítica en este sentido.

Una de las consecuencias más importantes de las limitaciones comprensivas del enfoque clínico positivista, es que generalmente se aplican cuestionarios de evaluación y diagnóstico que son los mismos para hombres y mujeres, sin detenerse en las particularidades de género (Bilsker y White, 2011). En ocasiones hay un trato homogéneo (Poole y Tapley, 1988), cuando socialmente no existe igualdad entre

los sexos, y esto es un problema sociohistórico (Lamas, 1995). La inclusión de estas dimensiones para comprender cómo se expresan las construcciones de género en la significación del intento de suicidio, trasciende la búsqueda del significado en la propia persona, para entender la relación de la persona con las múltiples voces que también la significan.

Desde hace un año Celina está experimentando sentimientos de angustia, como resultado de la vivencia de persecución. Estos sentimientos tienen una explicación que puede ser comprendida históricamente. Ella nació en la provincia Matanzas al sureste de La Habana, en 1941. A los 20 años se casó y se fue de la casa con el esposo. Una de las características del modelo educativo patriarcal, reforzado por las creencias cristianas, es el hecho de que la mujer debe seguir a su esposo. Consecuentemente, en este caso fue Celina quien se vio obligada a salir del hogar, y a separarse de su familia.

El esposo le daba golpes y no le daba dinero para nada, en lo que constituyen manifestaciones de violencias de tipo física, emocional, y económica, que no solo lastiman a la mujer, sino que crean una dependencia que las limita para salir de la relación (CEPAL, 2010; Martínez, 2014). Incluso, en una ocasión el esposo intentó vender la casa con ella adentro. Como resultado de estas violencias, se veía forzada a vender a escondidas artículos confeccionados artesanalmente por ella y sus hijas.

Por esta razón, en contra de la voluntad del esposo se mudó con sus hijas a casa de una tía en la misma provincia, pero el señor comenzó a perseguirla. Por esto, vendió la casa en la que vivía con el señor, y con ese dinero se fue a La Habana y compró una casa allí. El esposo estuvo buscándola durante algunos años, en los que ella y sus hijas permanecían escondidas.

Hace 25 años se casó con otro señor, y ganó en estabilidad emocional. Paralelamente comenzó a trabajar de cocinera en el hospital psiquiátrico del municipio Cotorro, en La Habana. El señor murió hace diez años, y desde entonces comenzó a vivir sola. Se hizo militante del partido comunista, y ocupó cargos en los *Comité de Defensa de la Revolución* (CDR). Tiene una fotografía de Fidel Castro en la sala de su casa.

En la actualidad se siente decepcionada por la situación económica del país, y se culpa a sí misma de no haber previsto a futuro. Celina considera que nunca pensó que después de trabajar tanto, tendría tantos problemas de alimentación y económicos.

**“(...) Si hubiera sabido esto hubiera hecho algo para guardar dinero (...)”**

Piensa que no es justo que después de haber trabajado tanto tenga el congelador vacío. No culpa a la familia, sino que se culpa a sí misma de no haber tenido previsión de futuro, lo que le está causando sentimientos de decepción. Estos sentimientos de culpa y decepción pueden ser comprendidos en una dinámica sociocultural.

Desde el triunfo de la revolución cubana, el nuevo proyecto se erigió como una salida a las limitaciones de la sociedad capitalista imperante anteriormente. Una de esas limitaciones a superar fue el individualismo, porque bajo la lógica de la rentabilidad capitalista, antes de 1959 solo eran favorecidos determinados sectores económicos de la sociedad, mientras la mayoría del pueblo (negros, pobres, población rural) eran excluidos de la salud, la educación, el ocio, etc (Ramonet, 2006).

El fin último de la superación del individualismo fue la creación de un ser humano nuevo, comprometido e implicado afectivamente con el nuevo proyecto de sociedad. Celina se implicó con el proyecto revolucionario a través de su militancia en el partido comunista, y el desempeño en cargos en el *Comité de Defensa de la Revolución*. Se trató de cargos ocupados por voluntad propia en ambos casos.

El proyecto de la revolución conllevó participación activa, pero también esperanzas. Sin embargo, en los últimos diez años se ha producido una fractura sin precedentes en algunas de las bases ideológicas del proyecto, cuyas causas fundamentales se encuentran en las dificultades para la gestión macroeconómica del país.

Desde el año 2010 se han agudizado los problemas de productividad económica que ya se venían presentando desde los años 90. Una de las evidencias de la agudización de la crisis económica cubana, es que el Estado se vio obligado a

reconocer por primera vez su incapacidad de pago para todos los trabajadores contratados en el sector estatal, y la aplicación de la política conocida como “Actualización del Modelo Económico” (Cordoví y Pérez, 2014; Guerra, 2014).

Con motivo de la ampliación del sector por cuenta propia, como una alternativa de solución empleada por el Estado, existe menos regulación de los precios que anteriormente. Esto, unido a un desabastecimiento de materias primas como resultado del embargo económico impuesto por Estados Unidos desde 1962 hasta la actualidad, han implicado una pérdida del valor real de la moneda nacional, y por lo tanto una limitación considerable en la satisfacción a las necesidades materiales (Mesa-Lago, 2014; Xalma, 2014).

En el plano emocional encontramos decepción, porque se ha fragmentado la idea del proyecto de todos y con todos, de la revolución “con los humildes, de los humildes, y para los humildes”, pregonada por Fidel Castro en la declaración del carácter socialista de la revolución cubana en 1961. Para el cubano de hoy, las alternativas se encuentran en la migración, y el emprendimiento por una manutención por cuenta propia, ninguna al alcance de una persona de 77 años, como es el caso de Celina.

En estas dinámicas es que podemos comprender sus sentimientos de decepción y culpabilidad. De esta forma se comprende que la autculpabilidad no es una consecuencia inherente al neoliberalismo económico, producto de la estimulación creciente del individualismo (Guinsberg, 2005), sino también un emergente de la ruptura entre un proyecto social y un proyecto de vida concreto.

Celina defiende los principios de la revolución en la esfera pública, es decir, ante los vecinos, y la comunidad. Sin embargo, tiene manifestaciones contradictorias en el plano de las relaciones con la familia. Hay una fragmentación entre la imagen que mantiene en el plano comunitario, y las emociones que le provoca específicamente el estado de la economía del país en el plano personal. Esto como resultado de las sanciones gubernamentales a la expresión social de malestar, sobre todo de aquellas personas que han ostentado cargos sociales.

Teniendo en cuenta las investigaciones sociológicas de Lemert (1962), esta situación social es determinante en la emergencia de las ideas de persecución, y por lo tanto de la angustia que está experimentando Celina. Las ideas paranoicas no son exclusivamente problemas intrapsíquicos. El grado en que una sociedad se articula para vigilar a sus miembros, y las consecuencias que trae sobrepasar una norma para el estatus de la persona, su familia, y el repudio, crean desconfianza en las relaciones interpersonales, y una presión emocional autoimpuesta (Lemert, 1962).

Como resultado de esta fragmentación emocional, Celina siente que los vecinos están hablando de ella, cuando ve a alguien en la calle usando un celular piensa que están llamando al comité central del partido comunista para decir que ella no está de acuerdo con el gobierno “porque aquí no se pueden decir las cosas”. Siente que los vecinos que viven frente a su casa tienen puestas cámaras de seguridad para grabarla. Estas ideas paranoicas le están causando angustia diaria.

Celina vivió el funcionamiento de las llamadas *Unidades Militares de Apoyo a la Producción* (UMAP), creadas bajo la ley 1129 de 1963 (Matusková, 2014). Allí eran llevados por el gobierno cubano hombres y mujeres que pensaban diferente, y cuyas creencias religiosas u orientaciones sexuales los hacían expresarse con insatisfacción sobre el gobierno. Se trató de personas que en criterio del gobierno, no cumplían con las normas establecidas para demostrar ser un buen revolucionario (no saludar los símbolos patrios, no ir al servicio militar, no asociarse con organizaciones políticas).

Celina también ha vivido y sido parte activa en el funcionamiento de los *Comités de Defensa de la Revolución* (CDR). Se trata de una organización de masas creada por Fidel en 1960, con el objetivo explícito y fundamental de ser un instrumento de “vigilancia revolucionaria”, de todos aquellos que opinaran y actuaran de forma contraria a los valores de la revolución: *colectivismo, solidaridad, antimperialismo*. Una de sus características fundamentales es que opera en la misma comunidad, a través de los vínculos interpersonales cotidianos.

Las garantías a la libertad de expresión ha sido el tema más crucial en materia de derechos humanos para Cuba en los últimos años. El *Observatorio Mundial de Derechos Humanos*, conocido por *Human Rights Watch*, ha reportado limitaciones en el goce efectivo de este derecho en la isla. Ejemplos son los informes de esta organización en los años 2016 y 2017.

La salud mental no tiene que ver exclusivamente con las exigencias materiales y emocionales que plantea un contexto social a la subjetividad, sino también con las formas permitidas y accesibles socialmente para la expresión del malestar emocional. Esta es una de las bases sobre la que se sostienen los argumentos de Freud (2011) sobre los mecanismos psicológicos de defensa de lo que entiende por personalidad. En esta misma lógica, se entiende que la cultura, los grupos y los individuos responden de diferente forma a las presiones de la vida cotidiana, las cuales se pueden expresar de forma más o menos directa en un contexto social (Porter et al. 1993).

Las formas de organización política para el orden y el control social, crean repertorios de oportunidades permitidas culturalmente para expresar de determinadas formas ciertos malestares, en forma de aprobación o desaprobación (Porter et al. 1993; Ozdemir, 2013). Siguiendo el trabajo de Foucault (1976), se entiende que estas formas no son casuales, sino que se explican como parte de las estrategias de los gobiernos para afianzar su poder en el tiempo.

En el caso de Celina, por un lado hay un contexto cultural que limita la libertad de expresión, y que se materializa en una vigilancia a cargo de personas de la comunidad inmediata. Por otra parte se encuentra el peso de las necesidades insatisfechas.

Este vínculo la obliga a actuar de forma fragmentaria por una razón esencial: *lo que políticamente constituye un mecanismo de normalización y búsqueda de la aceptación en medio de una crisis económica, se ha convertido en una limitante de expresión del malestar emocional, y con ello se vulnera la salud mental de Celina.* Esto no se puede comprender, si no es en el marco del funcionamiento de un grupo de organizaciones políticas, como el caso de los mismos CDR, que han convertido

las relaciones humanas en relaciones de vigilancia, así como la espontaneidad y el goce del lazo social, en preocupación por el comportamiento y la expresión que se define políticamente correcta.

En este marco se puede afirmar que el Estado cubano ha ganado y sostenido históricamente parte de su legitimidad como gobierno, sobre la base de la represión emocional del malestar de los grupos sociales, sobre todo aquellos más afectados por las precariedades económicas. El control de la expresión emocional en un contexto normativo, y su impacto sobre la salud mental, ha retroalimentado las dimensiones del proceso de significación, tal y como se plantearon desde el marco teórico de la presente investigación.

La forma de trascender y dialogar con el enfoque clínico positivista no se encuentra solo en dar una explicación cultural a la angustia vivida por Celina. En la medida en que la vigilancia social es un mecanismo estructural, diseñado por quienes ejercen el poder político, la presión que ejerce sobre la expresión emocional no es circunstancial, sino permanente.

Teniendo en cuenta los criterios de Breilh (2015), por estas razones es que no se puede definir el riesgo de la forma en que lo hace el estudio positivista del suicidio, como una contingencia probable. Las explicaciones estructurales le dan al riesgo un carácter permanente.

Paralelamente a la angustia por la vivencia de persecución y vigilancia, Celina se siente afectada emocionalmente por el padecimiento de parkinson, diabetes e hipertensión. En la actualidad tiene una herida que no le cicatriza en una de las piernas, como resultado de la diabetes, y ha expresado en varias ocasiones que es preferible morir a vivir sin una pierna en caso de que tuvieran que amputarla.

Estas enfermedades también representan una tensión en términos económicos. Gasta su jubilación comprando nitropental, diazepam, clortalidona, vitaminas, y levomepromazina, por lo que se siente dependiente económica de la familia. Teniendo en cuenta las investigaciones de Joiner (2005), estas vivencias son un factor de riesgo para el intento de suicidio. Joiner (2005) explica que si bien todos



padecemos emociones negativas en algún momento de nuestras vidas, lo que determina el paso de estas vivencias al intento de suicidio, es llegar a un punto en el que sentimos que somos una carga para los demás. Este planteamiento coincide además, con los hallazgos de Foster (2003) al analizar notas suicidas de personas de la tercera edad.

La coincidencia de estos resultados cuestiona la explicación del suicidio como un problema exclusivo de aquellas personas que padecen enfermedades mentales. El no ser “una carga” para los otros es susceptible de otra interpretación. Lo que la persona y su enfermedad representa para el *otro*, en este caso la familia, están contenidos en la significación del intento de suicidio de la persona. En este sentido, si la imagen con la que la retroalimentan sobre su persona es negativa, esta es la imagen desfavorable con la que la persona se piensa a sí misma.

El sentimiento de integración y de pertenencia social a un grupo, es tanto un recurso de apoyo emocional para la persona, tal y como sostuvo Durkheim (1983), como un proceso que puede ser conflictivo cuando esta integración se vive como problemática para la persona. Por esta razón es relevante la existencia de redes de apoyo social, lo que es medular para el caso de las personas de la tercera edad en Cuba, teniendo en cuenta que para 2050 el país será el más envejecido de América Latina, y entre los más envejecidos a nivel mundial (Corona et al. 2016).

El sentimiento de ser una carga o de representar un problema para el *otro* en el caso de Celina, puede ser comprendido desde otra perspectiva que da cuenta de la especificidad del contexto cubano. La profundización actual de la crisis económica, la ineficiencia en la gestión macroeconómica, y la crisis multidimensional del neoliberalismo a nivel mundial, han implicado una ruptura de las garantías salariales que daba el Estado (Prieto, 1997, 1998).

Muchas personas han sido llevadas a un modelo de autogestión económica sin precedentes, y esto ha representado una sobrecarga de las funciones de apoyo y sostén económico de la familia para sus miembros (Xalma, 2014). En este contexto, Celina aparece como un miembro, pero receptor de ayuda.

Coexistentemente, Celina ha mantenido una demanda histórica de afecto familiar, que es anterior al intento de suicidio, y se dirige fundamentalmente a la hija que vive detrás de su casa. Le reclama a esa hija que cuando sale no le dice a dónde va, que no le pregunta cómo se siente. Desde el intento de suicidio siente que la familia está más cercana emocionalmente a ella, por lo que dice:

**“(...) si yo hubiera sabido esto lo hubiera hecho antes (...)”**

En la medida en que nos encontramos todo el tiempo resignificando nuestra vida cotidiana a través de las relaciones interpersonales, se debe tener en cuenta que la significación del intento de suicidio es también un acto retrospectivo. En ello se integran las vivencias de haber sobrevivido, y la forma en que se reconfiguraron las relaciones familiares en torno a la persona. Como resultado de este proceso, la comprensión del significado del intento de suicidio en este estudio no busca entenderlo tanto como causa, como en su papel mediador en la cognición y el afecto de quien sobrevivió, y necesita seguir adelante.

Celina tiene una visión pesimista y desesperanzada sobre su futuro, fundamentalmente como resultado de la cronicidad de sus padecimientos, y la estabilidad de la mala situación económica del país, por lo que no se podría descartar otro intento de suicidio. Este hecho es relevante, teniendo en cuenta que las emociones que resultan de la proyección hacia el futuro son cruciales para la dimensión del placer en términos de salud mental (Seligman, 2006).

Esta proyección vivencial negativa hacia el futuro puede ser comprendida en el contexto de la actual situación socioeconómica del país. Desde que triunfó la revolución, como una alternativa para eliminar el individualismo de la antigua sociedad capitalista, y mover a las masas (Guevara, 1965), el discurso y la acción política tuvo y ha tenido un eje importante de trabajo: *crear sentimientos de pertenencia a la comunidad, y estimular el colectivismo.*

Sin embargo, en la actual coyuntura socioeconómica de la isla, la agudización de la crisis económica, y la incertidumbre de las nuevas formas de autosuficiencia material a la que han sido llevadas muchas personas, han debilitado el ideal de

integración social (Prieto, 1997, 1998). En este marco socioeconómico, podemos comprender las esperanzas de apoyo de quien se encuentra en una situación de vulnerabilidad económica, y la decepción de quien trabajó y esperó un futuro mejor.

**Mile:** Mile tiene 16 años, y vive con su madre. Nunca ha recibido diagnóstico de padecimiento o enfermedad mental. Intentó contra su vida hace ocho meses respecto a la fecha de la entrevista.

Tras una discusión con la madre ingirió un pomo completo de fenobarbital en su casa. Minutos antes del intento sintió su mente en “blanco”. La madre la llevó al policlínico asignado al lugar de residencia. Al llegar al mismo, Mile no quería hacerse el enjuague de estómago “porque quería morir”.

Mile tiene dos hijos, un varón de dos años y una hembra de 11 meses, y se encuentra en estado de gestación con cinco meses, de otro joven que tiene 24 años y está sin empleo. La madre no sabe por qué ella no se ha cuidado en las relaciones sexuales, tema del cual no dialogan.

Ella no se cuida en las relaciones sexuales porque dice que está muy joven para utilizar métodos anticonceptivos. Retomando a Hiernaux (2008) sobre los modelos culturales, que se cita aquí una vez que se coincide con parte de su trabajo al entender la relación entre lo psíquico y lo cultural, cuando Mile se piensa “muy joven” para usar métodos anticonceptivos, también se está definiendo a sí misma como *no vieja*, y puede estar expresando un sentido que asigna lo anticonceptivo a la vejez. Esta observación puede ser importante para ulteriores actividades de prevención y sensibilización con el tema.

A Mile le afectó emocionalmente la salida del hermano del hogar, quien emigró ilegal hacia Estados Unidos. Desde ese momento comenzó a querer tener un hijo “uno mío, un hijo que nadie me quitara”. De esta forma, tener un hijo se convierte tanto en una experiencia emocional gratificante para Mile como mujer, como en un evento que le exige responsabilidad permanente, y por tanto es vivido por ella como una limitación para disfrutar de la vida.

No ha querido abortar por temor a alguna complicación de salud dada su edad, aunque el aborto ha sido legislado como una posibilidad de atención especializada e institucionalizada en Cuba para cuidar la salud materna, desde 1965 (Castro, 2011).

Quiere ir a fiestas y divertirse hasta tarde, pero la madre le exige que cuide a sus hijos. Por esta razón, Mile en ocasiones vive a sus hijos como una limitación para disfrutar de la vida. Esta exigencia es un medio a través del cual la madre le quiere hacer sentir su responsabilidad de una forma impositiva. La madre le reclama no haberse “cuidado” en las relaciones sexuales, sin embargo, Mile ha tenido una educación sexual deficiente, como resultado de que la comunicación con la madre ha sido problemática.

Su información sobre los métodos anticonceptivos es escasa. Ello ha estado mediado por una comunicación problemática con la madre, única fuente de información en el hogar ante la muerte del padre, y la reducción de su vida al espacio doméstico como resultado de su primer hijo. Sin embargo, una de las razones fundamentales de esta educación sexual deficiente se explica en última instancia, como resultado de la educación sexual recibida por la madre.

El desconocimiento y los prejuicios sobre el cuerpo de la mujer, la división sexual del trabajo, y los discursos religiosos puritanos, han generado falsas creencias sobre la inferioridad del cuerpo de la mujer, su hiperactividad sexual, y la construcción social del hombre como el dominante y conquistador en la relación. Como consecuencia, históricamente ha surgido una normalización diferenciada para el control de la sexualidad de ambos sexos. La sexualidad femenina ha sido más reciamente controlada (Antón et al. 2014). Ejemplos de estos procesos se aprecian en la investigación de UNICEF (2012).

La madre de Mile nació en 1971, y fue educada en una sociedad cubana con más limitaciones en el plano de la educación sexual, en comparación con la actualidad. La sociedad cubana se ha caracterizado por un modelo de educación sexual de tipo patriarcal, y un control sobre los temas de la sexualidad de ambos sexos (Castro, 2011). Esto ha sido resultado entre otros procesos, de la circulación de los

preceptos moralistas cristianos, y el empleo de producción científica internacional con una orientación sexista sobre el tema (Castro, 2011).

Solo desde mediados de los años 70 se comenzó un programa nacional de educación sexual. No obstante, los temas iniciales se abordaban desde una perspectiva biologicista, y se enfocaban en las características de los órganos reproductivos, y las enfermedades de transmisión sexual (Castro, 2011). La creación de las cátedras de Sexología y Educación Sexual en las universidades médicas por ejemplo, tiene 24 años de antigüedad, mientras que la incorporación teórica explícita de la categoría *género* en los temas de educación sexual data de los años 90 (Castro, 2011). Este contexto cultural en torno al tema de la educación sexual, explica en cierta medida las limitaciones de la madre de Mile para orientar a su hija respecto al tema.

La vivencia de los hijos como una carga, y las discusiones recurrentes con la figura de la madre, se intensifican como resultado de dos procesos coexistentes. La madre es Licenciada en Contabilidad, y producto de los embarazos de la hija dejó su empleo para cuidarla y apoyarla en la casa. Al ser la única proveedora económica del hogar, la situación económica de la familia empeoró, lo que se confirma con la observación de una vivienda sin servicio de electricidad, ni muebles en la sala. La madre reconoce que se siente muy estresada y deprimida por no tener otro apoyo económico, dado que el esposo, padre de Mile, murió y el hijo varón emigró ilegalmente a Estados Unidos, y nunca más han sabido de él.

En segundo lugar, el padre de sus dos hijos solo la apoya económicamente de forma asistemática, y se ha deslindado de la crianza de los mismos, dejándole la responsabilidad exclusiva a ella. El padre de sus hijos cree que estos estarán mejor con ella, porque:

**“(...) las mujeres son de la casa, y los hombres no tienen tiempo para estar con sus hijos porque se la pasan trabajando (...)”.**

De esta forma, lo que constituye una creencia argumentada en el modelo educativo patriarcal, y reforzada en una sociedad androcéntrica en el plano efectivo, tiene dos

implicaciones fundamentales para la salud mental de Mile como mujer. Una es la sobrecarga de tareas al quedar responsable casi exclusiva de la crianza de los hijos, y la otra es la limitación de sus posibilidades de trabajo fuera del hogar, o el estudio. Estas limitaciones tensan las relaciones en el hogar, fundamentalmente con la madre, porque de esta forma ella también ha quedado sobrecargada con la manutención económica de la casa.

La asunción acrítica de una voz sobre el rol del hombre en la educación de sus hijos, se ha convertido también en una limitación de las posibilidades de ocio y disfrute del tiempo libre para Mile. Este hecho es vivido por ella con angustia, lo que se explica porque la adolescencia es un período donde las relaciones afectivas fuera del hogar, y con los coetáneos, comienzan a ganar un espacio significativo en la vida (García, 2006, 2008). Por otra parte, la situación social que no les permite definirse como niños, pero tampoco como adultos, a la par de los cambios neurobiológicos en el cerebro, inciden en que la adolescencia sea una etapa generalmente de inmadurez emocional, en término de habilidades para el manejo del estrés, la escucha, y la solución de problemas (García, 2008).

Si bien esto es un hecho para hombres y mujeres, en estas últimas, la falta de información oportuna y educación sexual en general, puede implicar embarazos no planificados, y esto en una cultura patriarcal puede ser vivido y significado como una limitación más para las mujeres que para los hombres, quienes reducen su responsabilidad al plano económico. Estar presente en la educación de los hijos es más que dar recursos económicos a la madre, pero esta reducción ocurre como resultado de que la figura del hombre ha sido significada históricamente como el encargado de la provisión material y económica de la familia (Imberton-Deneke, 2014). Para la mujer adolescente embarazada, y en este caso para Mile, a la expectativa y ansiedad por los cambios físicos y biológicos, se suma la vivencia de llevar al hijo en su cuerpo, y la experiencia de la maternidad, por lo que tener un hijo es una experiencia con implicaciones diferentes para las mujeres.

Mile dice “el suicidio es salida a todos los problemas”. Este pensamiento coincide con los argumentos de Baumeister (1990), para quien el suicidio no es tanto

infligirse un dolor, como escapar de aquellos que provocan los problemas de la vida cotidiana. Con ello se sostiene otra vez, la necesidad de trascender la perspectiva de que el suicidio es un asunto casi exclusivo de aquellas personas con patologías mentales.

El criterio “salida a todos los problemas” merece otra observación que da cuenta de la importancia de la perspectiva de género para comprender la salud mental, y en este caso el intento de suicidio. Siguiendo los trabajos de Kosik (1967) sobre la totalidad social, y los de Bourdieu (1999) sobre la forma en que las identidades de género constriñen la percepción de lo social, lo que constituyen “todos los problemas”, en realidad son para ella los problemas que se han creado como resultado de la vivencia bio-psico-social de la etapa de la adolescencia, y de las construcciones sociales de género que le asignan roles, expectativas, y con ello presiones emocionales.

La actual situación depresiva de la madre no permite que esta la pueda apoyar, porque le dice que sí, que el suicidio es una buena solución. A cada rato Mile siente que la vida no tiene sentido,

**“(...) porque es muy difícil poder ser alguien teniendo tantos hijos (...)”**

Ser alguien significa para ella tener una carrera, aprender algo para no ser “esclava” de la casa. Investigaciones como las de Qin y Mortensen (2003), así como la de Baca y Aroca (2014) identifican el tener hijos como un factor protector contra el suicidio para hombres y mujeres, como resultado de la responsabilidad que implica la labor educativa para los padres. Sin embargo, una aproximación comprensiva como la de este estudio, muestra que tener hijos es una vivencia y una responsabilidad con un impacto diferencial para hombres y mujeres.

La idea de no ser “esclava” de la casa merece una observación. Si bien la mujer ha sido significada socialmente como la responsable del hogar, y el cuidado de los hijos, en Mile se observa una posición crítica al respecto. Esto, como resultado de la vivencia negativa de limitarse al espacio doméstico cuando tiene deseos de salir a divertirse, pero también como resultado del empoderamiento de las mujeres en

todas las esferas de la vida pública, a partir de las políticas trazadas desde el triunfo de la revolución para reducir las brechas de género. Una muestra de ello es que en ocasiones se expresa decidida, y piensa que si podrá superarse profesionalmente. Quiere seguir estudiando cuando cumpla 17 años.

En términos semánticos, en el contexto cubano lo opuesto de “*ser alguien*” en la vida es *no ser nadie*, y ese *no ser* para ella puede ser salvado precisamente en el contexto de un sistema de educación gratuita a todos los niveles. En este sentido se observa, que a pesar de que la reproducción de la sociedad patriarcal ocurre de forma relevante a través de las relaciones cotidianas, la dimensión estructural y la responsabilidad estatal tiene un peso importante en el empoderamiento de las mujeres.

Una manifestación importante de esta responsabilidad, es la creación de oportunidades que también son una forma de superar el impacto diferencial que como tales, tienen para las mujeres los eventos de la vida cotidiana, como es el caso de la crianza de los hijos. De esta forma, el cuidado de los hijos no tiene que representar necesariamente para ella la renuncia al desarrollo profesional, y la autorrealización en este sentido.

A pesar de que en su caso se entrecruzan las precarias condiciones económicas de la familia, y la necesidad de cuidar a dos hijos, más otro en período de gestación, la infraestructura creada por el gobierno cubano para el apoyo a las madres, y el acceso a la educación para todo el pueblo, viabilizan oportunidades que para Mile favorecen la posibilidad de un proyecto que de sentido a su vida. Como parte de esta infraestructura se encuentran los círculos infantiles creados desde 1961 para el cuidado de los hijos de las madres trabajadoras, y la universalización de la educación superior, que descentralizó la educación superior hasta los municipios, con horarios ajustados a las actividades laborales de diferentes grupos sociales.

**Andrés:** Andrés tiene 52 años, y divide su convivencia entre la casa de su esposa fuera del municipio, y la suya donde vive solo. Aunque reconoce su hábito de ingerir alcohol de forma frecuente, cuya antigüedad es de 15 años, nunca ha sido tratado por ello, o por algún diagnóstico psiquiátrico.



Andrés ha intentado quitarse la vida en tres ocasiones, en las que existe una coincidencia en el estado emocional, caracterizado por el estrés, y el sentirse bloqueado, sin alternativas de solución. La relación entre el intento de suicidio y percepción de que ya no existen más alternativas a los problemas, coincide con las observaciones de Beck et al. (1979), sin embargo, es necesario contextualizar este hecho más allá del proceso cognitivo porque ello no es un epifenómeno.

El primer intento ocurrió hace tres años. Andrés se encontraba en estado de embriaguez dentro de su habitación, como parte de un albergue para personas sin vivienda. Abrió un tanque de gas para “explotar”, pero los vecinos sintieron el olor y abrieron la puerta. Como resultado intervino la policía.

La segunda ocasión fue hace un año y medio, también en estado de embriaguez. Intentó ahorcarse en la misma habitación, pero al no sentirlo los vecinos abrieron la ventana del baño y le cortaron la soga con la que intentaba ahorcarse. Coincidiendo con los resultados del estudio de Corona et al. (2016) en Cuba, el ahorcamiento aparece como uno de los principales métodos de suicidio empleados por los hombres.

A raíz de ese intento de Andrés, los vecinos lo bañaron. No recibió ningún tipo de atención especializada, probablemente a causa de la creencia de que se trataba exclusivamente de una consecuencia de la intoxicación por el alcohol.

El último intento de suicidio fue hace un año respecto a la fecha de la entrevista. A pesar de tener casa propia, se encontraba bebiendo con amigos del albergue donde había vivido. De repente, y también en estado de embriaguez se lanzó delante de un auto.

Reconoce que su deseo era el de morir. Sus amigos lo bañaron y llevaron al policlínico asignado a la zona de residencia. Desde entonces toma amitriptilina recetada por el psiquiatra de la institución, y no ha recibido seguimiento ninguno.

De esta forma, la significación del intento de suicidio aparece como un proceso significado durante la misma historia de vida de la persona. Este proceso le permite a la persona hacer interpretaciones retrospectivas de eventos vitales, motivo por el

cual la significación de un evento aparece como una unidad de análisis relevante que da cuenta de la forma en que la historicidad de los individuos media su percepción de los hechos. Por esta razón, se reafirma la pertinencia en este estudio, de estudiar el cómo de la significación, sin reducirla a contenidos.

Andrés nació en la provincia Granma, ubicada en la zona oriental del país. Granma ha sido tradicionalmente una provincia con poco desarrollo industrial y en los servicios, ante lo que los amigos de los padres les dijeron que lo llevarían a él y a su hermano a La Habana, para que pudieran trabajar y ayudar económicamente a la su familia.

En ese momento se produjo una separación emocional respecto a la familia, con el objetivo de trabajar y ayudarlos económicamente, pero determinada en última instancia por la construcción social y la significación del hombre como quien debe proveer económicamente a la familia (Coria et al. 2005; Pagés, 2010), en este caso aplicado al hombre hijo. Los estudios de casos de UNICEF (2012) coinciden con este argumento, al mostrar cómo la emigración tras las fuentes de empleo es asumido mayormente como una responsabilidad de los hombres, asentada en la misma creencia.

A los diez años de edad los amigos de la familia lo llevan junto a su hermano a La Habana. Le dieron casa, y lo matricularon en un curso de albañilería, porque la construcción ha sido tradicionalmente considerada un trabajo fuerte, y por lo tanto para hombres.

A los 15 años ya había aprendido albañilería. Con sus ganancias se independizó de los amigos de la familia. Su hermano regresó a Granma porque los padres se enfermaron, y él se quedó en La Habana sin familia. Al no tener casa, se fue a vivir a un albergue en la localidad de Lawton dentro de La Habana. En este contexto comenzó a beber.

Pasado un año después de haber estado viviendo en el albergue se casó. A raíz de sus hábitos de beber y su agresividad cuando lo hace, la primera esposa se separó

de él. Este acontecimiento lo vivió con mucha angustia, en el marco de la necesidad afectiva por estar alejado de la familia.

**“(...) Ella era la única familia que yo tenía pero me abandonó (...)”**

Este hecho lo identifica como el causante de su primer intento de suicidio. Andrés abrió un tanque de gas para “explotar”, pero los vecinos sintieron el olor y abrieron la puerta. Como resultado de esto intervino la policía, aunque significando el acto y a la persona de una forma negativa.

**“(...) La policía me dijo muchacho deja esa bobería (...)”**

Este tipo de significación es contraproducente en caso de personas que intentan suicidarse, porque desestima el valor simbólico del acto, cuando precisamente puede ser algo que lo explique para la persona, aunque de forma inconsciente. Es necesario replantearse la formación de personal como los bomberos y la policía, ante las acciones de personas que atentan contra su vida, teniendo en cuenta que en ocasiones los intentos implican peligros para grupos de personas, y por lo tanto se requiere de su presencia (OMS, 2009). Además, lo que para ellos puede ser una intervención técnica o para el control del orden público, para la persona es un evento vital que expresa y lo retroalimenta sobre su salud mental.

Después de dos años de haberse divorciado se volvió a casar. Esta segunda esposa también terminó divorciándose de él al año, a causa de la bebida, sus agresiones en estado de embriaguez, y que él no le dedicaba tiempo. En este contexto de separación, comenzó a reclamarle a la misma que ella no lo quería. Este sentimiento de minusvalía incidió en su segundo intento de suicidio. Trató de ahorcarse en estado de embriaguez, pero los vecinos abrieron la ventana del baño y le cortaron la soga.

La investigación epidemiológica positivista identifica el consumo de alcohol como un factor de riesgo para cometer suicidio (Rueda et al. 2010; Razvodousky, 2011; Borges et al. 2012; Gil, 2012; Castro y Salvo, 2013), sin embargo no explican el proceso por el cual ocurre esta relación. Aunque la sustancia sea la misma, las trayectorias personales que explican y significan el consumo son particulares. En

términos generales, y a diferencia del consumo de otras sustancias, a nivel mundial existe una alta permisividad del consumo social de alcohol (Pardo, 2014).

El consumo de alcohol es una actividad que se significa de manera singular por la figura del hombre. La construcción social del hombre “duro” y autosuficiente, ha reforzado la idea de que los hombres corren y asumen riesgos, aunque sean para su salud (Farapi, 2009; Pagés, 2010). La investigación de Franco (2013) por ejemplo, nos ayuda a entender que este proceso riesgoso, puede ser incluso satisfactorio en sí mismo para los hombres, con lo que se refuerza la pertinencia de comprender la doble implicación de las construcciones de género para la salud humana: como proceso satisfactorio con una contraparte que puede vulnerar y poner en riesgo la esfera emocional.

En este marco de significación social, consumir alcohol no es vivido necesariamente como un problema para una forma de asumir la masculinidad (Farapi, 2009; Pardo, 2014). Por otra parte, como resultado de las expectativas de represión emocional en la voz de la masculinidad hegemónica, el consumo de alcohol se significa en grupos de hombres como una salida al malestar emocional, generado tanto por la vivencia de situaciones problemáticas (Brownhill et al. 2005; Tsigotis et al. 2011), como por la represión emocional que norma el discurso del ser hombre.

En el caso de Andrés vemos que el consumo de alcohol tiene un impacto en el uso de su tiempo, y sobre su comportamiento, de modo que se producen rupturas en las relaciones afectivas. Ello ocurre en un contexto precisamente de carencias afectivas como resultado de la separación familiar, y rupturas matrimoniales anteriores.

El último intento de suicidio fue hace un año respecto a la fecha de la entrevista. Se encontraba bebiendo con amigos en el albergue, y repentinamente en presencia de estos, se lanzó delante de un auto. Inmediatamente los vecinos lo llevaron al policlínico, y el psiquiatra le recetó amitriptilina. Los vecinos lo convencieron, y estuvo ingresado de forma ambulatoria un mes en un centro de salud mental en Lawton. De esta forma, aparecen las relaciones vecinales como un proceso de apoyo emocional para la persona.

Andrés se encontraba ingresado bajo un sistema ambulatorio, y por voluntad propia, pero le dijo al psicólogo que no iría más a las terapias grupales porque sentía que sus problemas eran inferiores a los de las otras personas. Refiere no haber recibido atención personalizada, por lo que al final de la entrevista agradeció el espacio de escucha, y reconoció que necesita más espacios de ese tipo.

**“(...) Contra compadre, te agradezco hayas venido la verdad. Mira como hemos hablado. Te he dicho cosas que no le he dicho a nadie. Uno a veces no necesita que le traigan a uno un pedazo de carne, sino que lo escuchen (...)”.**

En términos de la significación del intento de suicidio se observan dos hechos relevantes. Primero, si la explicación del intento de suicidio no se puede reducir al padecimiento de una patología mental, surge la necesidad de comprender el contexto sociocultural en el que está inmerso la persona, como una herramienta para enriquecer su atención (Foster, 2003; Shneidman, 2005, 2006; Fischer et al. 2009; UNICEF, 2012, Imberton-Deneke, 2014).

Sin embargo, los trabajos de Gadamer (1993), Fischer et al. (2009) y la investigación de Martínez (2014) específicamente acerca de los significados sobre el suicidio construidos por profesionales de la atención en salud mental, en Tabasco, México, muestran que las miradas clínicas biologicistas no han sido formadas para este tipo de trabajo hermenéutico.

En segundo lugar, y estrechamente vinculado al anterior, la atención personalizada y el trabajo comprensivo, es una herramienta por la cual la persona puede tener la oportunidad de desahogarse, pero también de escucharse y comprenderse a sí misma. En esta lógica, y partiendo del trabajo de Frankl (1991), permitir que la persona se escuche es facilitarle una vía de significación del acto de atentar contra su vida por mano propia, y que esta significación también forme parte de la forma en que se vive.

El ser hombre ha sido construido o significado socialmente como un controlador de emociones, que siempre tiene el dominio sobre sí mismo. Por esta razón,

generalmente se resisten a buscar y pedir ayuda para sus problemas emocionales (Murphy, 1998; Stefanello et al. 2008; O'Donnell y Richardson, 2018). En este marco, la atención en salud no puede perder la oportunidad de trabajar y comprender a quienes han sobrepasado esta barrera identitaria cultural.

La emocionalidad de Andrés ha estado vulnerada en dos dimensiones fundamentales. Por un lado la necesidad de afecto al vivir lejos de la familia, que se ha reforzado por el consumo del alcohol, una vez que este ha incidido en las rupturas de sus relaciones de pareja, y que la familia no quiera saber de él.

**“(...) Mi familia no me soporta por la tomadera, pero no me llaman ni para saber cómo estoy. No me entienden. No he tenido hijos precisamente por este problema de la bebedera. Ninguna mujer va a querer tener hijos conmigo así (...)”.**

Andrés tiene una nueva pareja desde hace seis meses, quien vive en la localidad de Lawton en La Habana. Su pareja también bebe alcohol. Respecto a ella también se queja de que no lo quiere, y que emocionalmente le afecta mucho la soledad.

**“(...) Me golpea mucho la soledad, no tengo con quien conversar, tengo televisor sí, pero con el no puedo hablar (...)”.**

Como resultado del consumo de alcohol, gasta el dinero que gana en su trabajo, y continúa comportándose de forma agresiva con su pareja. Estas manifestaciones explican las discusiones y separaciones recurrentes respecto a su pareja actual.

En segundo lugar, emocionalmente también se siente decepcionado y frustrado. Aunque estos sentimientos definen su emocionalidad actual, tienen una explicación histórica. Esta determinación permite comprender la cualidad de sus emociones actuales, y su proyección a futuro.

Andrés comenzó a trabajar hace diez años en una brigada de construcción llamada “José Martí”. Los jefes inmediatos comenzaron a vender de manera ilegal los materiales “no tenía materiales para trabajar honradamente” por lo que se sentía presionado a formar parte de la corrupción para poder “subsistir”, algo que reconoce está en contra de sus valores. Por esta causa solicitó la baja, y comenzó a trabajar

en una brigada de construcción en su colonia. A los seis meses se tuvo que ir por la misma razón:

**“(…) porque no podía vivir del trabajo honesto (…)”**

Para poder “vivir”, es decir, en sus propias palabras, comer, vestirse y mantener económicamente a su familia, se veía obligado a formar parte de la corrupción y la malversación. Reconoce que ha persistido en trabajar de manera honesta, pero que poco a poco vivir del salario ha perdido el valor. De esta forma, es posible comprender su frustración y decepción como resultado de una ruptura entre sus valores de honestidad y sinceridad, y la satisfacción a necesidades como son el vestir, la alimentación, y la provisión económica a la familia.

Esta ruptura laboral, que lo es también del lazo social, merece otra observación. Si la masculinidad hegemónica ha sido construida a partir de la responsabilidad de proveer económicamente a la familia, los hombres pueden ser el grupo más expuesto a este tipo de prácticas deshonestas, con el propósito de conseguir esas provisiones económicas a toda costa, aunque en medio de una crisis económica.

Además de la exposición a este tipo de prácticas, que son criticables, nos encontramos en este caso ante otra dimensión del proceso. Para Andrés no se trata solo del proveer, sino del proveer honesto. Por esto se encuentra en una encrucijada emocional doble: proveer-no proveer, ser honesto-transgredir sus valores.

La pertenencia y la integración social son necesidades humanas fundamentales (Heidegger, 1926; Augé, 2000), que protegen la salud mental dado que los grupos se constituyen en objetos de identificación, y las personas se sienten valiosas, tenidas en cuenta, existen para *otros* (Ferry, 1997). Con apoyo en el trabajo de Durkheim (1983), se comprende que los sentimientos de integración social son relevantes para proteger contra los intentos de suicidio. Sin embargo, en este caso esa posibilidad se ve limitada en un eje central como son los valores. La totalidad social aparece ante la subjetividad de Andrés en términos de valores, pero falla el anclaje y la identificación con el grupo de personas que busca. Esa parte de la sociedad que busca ya no existe más tal cual.

En medio de una crisis socioeconómica que ha afectado los valores tradicionales en la sociedad cubana, Andrés se ve decepcionado por lo que son alternativas de solución para otros. No se trata de justificar una postura u otra, sino de entender las relaciones humanas en una sociedad marcada por las carencias materiales, que fragmenta los vínculos cuando cada quien intenta buscar la subsistencia para sí mismo, y los suyos. Esto podría complementar una explicación sobre sus sentimientos recurrentes de soledad.

Estas limitaciones en la satisfacción a sus necesidades materiales y emocionales, se explican también como parte de las construcciones históricas de la masculinidad en Cuba. La actividad de construcción, y dentro de ella la albañilería, han sido consideradas tradicionalmente tareas exclusivas de los hombres, como resultado de la creencia en la fragilidad de las mujeres. Siguiendo el trabajo de Lamas (1995), se comprende que este tipo de tareas no solo han asignado una forma de trabajo a los hombres, sino que los han constreñido a las mismas.

Esta constricción es relevante, porque marca los aprendizajes de las personas, y lo que constituye una percepción de sus posibilidades de empleo está también mediada por los aprendizajes hacia los que fue dirigido. En el caso de Andrés, esta constricción es vivida a la vez como habilitación. No obstante, la misma no le permite ni cambiar de empleo, ni ver el futuro de una forma optimista.

**“(...) Yo no sé hacer otra cosa, esto es a lo que me dedico porque fue lo que aprendí. No creo que mi futuro sea bueno porque el trabajo de la construcción es desgastante (...)”**

Los motivos en la personalidad se organizan de forma jerárquica. Esto significa que dependen unos de otros (Calviño, 1987). Como resultado de ello, la limitación para satisfacer necesidades a través del trabajo, es también una limitación para satisfacer los roles asumidos como parte de la identidad masculina. En su caso, el rol que se ha visto más afectado es el de proveedor de la familia, específicamente de su pareja actual.



Las dificultades para cumplir el rol de proveedor de la pareja se significan de una forma más angustiante como resultado de sus experiencias pasadas de separación. Refiriéndose a la primera esposa dice:

**“(…) Además de no resistir la bebedera, se cansó de no tener agua, no tener que cocinar, de vivir apretados, de pasar trabajo (…)”**

Estas limitaciones le producen estrés, y se sostienen como parte de la asunción de varias ideas de masculinidad. La primera es que debe mantener a la esposa, aunque la actual sea enfermera y perciba más salario que él.

**“(…) Me da pena no poner un buen plato de comida a la mesa. La gente y ella misma dirá, contra para qué tengo marido (…)”**

Además, está a cargo de la mantención económica de la hijastra, y el hijo de esta. La hijastra no trabaja por cuidar a su niño, y él la mantiene económicamente. Reconoce que mantener a la familia lo hace sentir bien.

**“(…) Las personas yo sé que dicen ah, mira fulano es un buen hombre, está haciendo bien su papel (…)”**

Esta vivencia confirma que los roles asumidos como parte de la construcción hegemónica de la masculinidad son normalizados y sancionados permanentemente por la sociedad (Bourdieu, 1999; Butler, 1999), en este caso por los *otros*, la comunidad de vecinos cercanos a Andrés, y su pareja. En el caso de Andrés, si bien estas creencias le generan vivencias positivas en forma de expectativas y desempeño, encuentran limitaciones importantes en la esfera de la vida cotidiana.

Estas limitaciones en lo social pueden ser comprendidas en el contexto cubano, como parte de la agudización de una crisis económica multicausal, que ha implicado disminución del poder adquisitivo del peso cubano, en un marco de desabastecimiento de materias primas, y creciente especulación en los precios (Mesa-Lago, 2014). El acceso a remesas familiares, la malversación, y el éxito de grandes negocios particulares, también han facilitado el acceso a mejores bienes y servicios de un segmento pequeño de la población (Cordoví y Pérez, 2014).

Con esto se ha demeritado el valor del trabajo estatal (Mesa-Lago, 2014), y se ha configurado una doble moral para los trabajadores del sector estatal que también necesitan satisfacer sus necesidades (Xalma, 2014). Estos hechos han redundado en la configuración de una nueva forma de conciencia social, en la que el trabajo honesto ha perdido su valor motivacional como fuente de satisfacción material (Prieto, 1997, 1998).

No obstante este contexto limitante, Andrés se continúa exigiendo a sí mismo, y asume estas responsabilidades a pesar de sus dificultades económicas. Este proceso sostiene la importancia de analizar los procesos por los cuales se asumen y reproducen las construcciones sociales de género, como parte de la identidad personal y la vida cotidiana.

**“(...) He venido caminando de Lawton hasta aquí [referido a su departamento en el municipio Cotorro, separado de Lawton por 8 kilómetros] por no tener los 40 centavos de la guagua (...)”.**

Este doble carácter, gratificante y estresante de los roles de género asumidos, en este caso por Andrés, tiene una implicación importante para discutir la significación del intento de suicidio. Este proceso dialéctico permite argumentar que el intento de suicidio no se puede explicar únicamente como resultado de un deseo de morir. Los mismos roles, y condiciones en las que estos se ven obligados a materializarse, constituyen tanto un proceso de afirmación e implicación con la vida, como un proceso alienante y opresivo emocionalmente para una masculinidad en este caso, construida hegemónicamente.

Esta observación sostiene una postura crítica ante el modelo biomédico, porque lo que daña la salud emocional, no tiene total autonomía de los mismos procesos por los cuales el sujeto busca afirmarse e implicarse con la vida social. De esta forma, resulta inadecuado explorar únicamente y en sí mismos, los llamados en los modelos clínicos y epidemiológicos tradicionales, “factores de riesgo”.

La cualidad normativa constrictiva de los roles de género, en este caso tiene una importancia capital para comprender la dinámica de los procesos de autocuidado

en la salud mental de los hombres. Siguiendo los trabajos de Foucault (2002), Keijzer (1998, 2003), y Figueroa (2015 a, b), la posibilidad del hombre para pensarse a sí mismo y reconocerse como sujeto del sufrimiento, se ve mediada y reducida por su preocupación por el *otro*. Esta dinámica tiene una importancia crucial para la comprensión y prevención del suicidio a largo plazo, porque implica que toda actividad en estos sentidos, debe comenzar por favorecer el reconocimiento de lo masculino como un sujeto del malestar emocional.

Estos procesos implican que el análisis del impacto de las crisis y los problemas económicos en las vidas cotidianas, debe realizarse también desde una perspectiva de género. Ello implica ir más allá de identificar consecuencias para hombres y para mujeres, y problematizar lo que significa ser hombre o ser mujer en un contexto socioeconómico determinado.

Después de la última vez que Andrés intentó contra su vida, se pasó tres días sin salir de la casa por vergüenza al qué dirían los vecinos. En un plano general se aprecia que aún se mantienen prejuicios y la estigmatización social de aquellos que atentan contra su vida, en parte como resultado de la patologización que han implicado los acercamientos de la Psiquiatría y la Medicina (Alberdi, 1991; Guinsberg, 1996). Esto explica que Andrés no quiera salir de la casa por vergüenza, y aumenta su vulnerabilidad emocional, en la medida en que en su caso concreto, se entrecruzan necesidades insatisfechas de afecto e integración social.

Para la voz de la masculinidad hegemónica, se espera que los hombres sean dominantes de sus emociones, y estén en control de sus vidas todo el tiempo. Una manifestación de malestar emocional puede ser considerada una debilidad ante la mirada de la sociedad, y de la persona misma que se asume como tal (Linehan, 1973; Breilh, 1996; Pagés, 2010). Por esto, en criterio de Andrés los hombres que atentan contra su vida son unos “cobardes”. Una vez más aparece la voz hegemónica de la masculinidad cuando se refiere a “los hombres” más allá de su caso concreto.

Si se articula el trabajo de Heidegger (1926) y Schutz (1993) con el argumento sobre la performatividad en la socialización de género, propuesto por Butler (1999), se

comprende que ser socializado como hombre es enmarcar el horizonte de interpretaciones posibles en relación al discurso de la masculinidad hegemónica. Por esto el grupo de referencia a partir del cual Andrés evalúa su intento, es el de los otros hombres pensados, imaginados, asumidos.

En este contexto, se complementa la explicación de la vergüenza de Andrés al intentar contra su vida. La investigación epidemiológica positivista señala a los intentos previos de suicidio como un factor de riesgo para cometer suicidio entre hombres (Hawton y Heeringen, 2009; Rábago, Flores, Gómez, Gómez, Ureña, y Vargas, 2010; Gallardo et al. 2017). Sin embargo, con una aproximación cualitativa y hermenéutica como la de esta investigación, comprendemos cómo el intento previo llega a ser motivo de vergüenza para los hombres. Este es uno de los ejes sobre los que se sostiene el reclamo de autores como Murphy (1998) para que se incorpore la mirada de género en la Psiquiatría.

Como resultado de las frustraciones en el trabajo de la albañilería en el sector estatal, y en el marco de nuevas leyes impulsadas en el país para estimular el trabajo por cuenta propia, Andrés obtuvo licencia para ejercer este oficio por su cuenta. Hace cuatro años comenzó en ello, pero está enfrentando dificultades que reconoce, le afectan “mucho” emocionalmente.

En las obras, las personas no tienen dinero para emprender proyectos por su cuenta, y acuden a subsidios del Estado. En este tipo de proyectos el pago es al final de la obra, pero le resulta engorroso esperar terminar una obra grande para cobrar el salario. Otras veces faltan los materiales porque es por subvención, y entonces se queda sin fuente de ingresos.

Por estos motivos está endeudado con el pago de la licencia al Estado, y los intereses le van subiendo cada vez que no paga. Ya le ha dicho varias veces a las instituciones estatales encargadas, que le cancelen su licencia por su incapacidad de pago. No acceden a su cancelación hasta que no pague, pero no puede pagar hasta que no le paren la deuda. Por esto se encuentra en un círculo vicioso burocrático, que está creando una situación de estrés emocional.

**“(...) El Estado no deja de ganar dinero con uno, les he dicho mil veces que me la cancelen porque no puedo pagarla, pero dicen que no pueden hasta que no pague lo que debo, ¿qué hago? (...)”**

Es un círculo vicioso reforzado además, porque cada vez que obtiene dinero por su trabajo, lo usa en la compra de bebidas alcohólicas para invitar a amigos, como una vía también para suplir su necesidad de afecto. A raíz de su primer trabajo en la brigada de construcción estatal, desde hace un año vive en un departamento asignado a su persona. Sin embargo, en este sentido también se han acumulado algunos reclamos a funcionarios gubernamentales, que no han tenido respuestas.

Su departamento se filtra por el techo, cuando se conectan varios equipos eléctricos a la vez se desconecta la electricidad, no se pueden lavar trastes porque se acumula el agua, y no puede limpiar el suelo porque también se le filtra el techo al vecino del piso inmediato inferior. Andrés se queja de la desidia de los funcionarios gubernamentales comunitarios, y manifiesta sentirse estresado con la situación.

**“(...) Me he quejado muchas veces con el delegado pero no pasa nada, nos han abandonado (...)”.**

Una vez más se refiere a “abandono”, en una muestra del impacto emocional de esta situación, que limita la higiene y el confort dentro de su casa. Esta percepción de abandono puede ser observada desde otra perspectiva fundamental para entender sus emociones. La palabra “nos” expresa un vínculo con los *otros* también afectados. En este sentido, si bien es cierto que no se produce una visión del fenómeno enfocada en sí mismo (Beck et al. 1979), sí se produce una relación emocional con la amplitud de la desidia en términos de los afectados.

Tanto la situación en su vivienda, como la deuda son una fuente de estrés emocional en la vida de Andrés, que se agudizan como resultado de la desidia y la burocracia administrativa que no le permite visualizar más alternativas a este tipo de problemas. Esta vivencia de falta de alternativas se aprecia cuando pregunta “¿qué hago?”, o cuando se refiere a que los funcionarios encargados de atender su demanda lo han “abandonado”.

Una vez que este proceso escapa a la voluntad de la persona, y la coloca en una situación de vulnerabilidad, se trata de una violencia estructural, como una forma de violencia cultural (Galtung, 1990). Este tipo de procesos estructurales han recibido poca atención en las explicaciones sobre la salud mental. Ello se relaciona con la preminencia de las explicaciones biologicistas e individualistas (Matrajt, 1995; Breilh, 2015), que se reducen a identificar los llamados factores de riesgo.

El riesgo no es necesariamente una contingencia probable. Un riesgo para la salud, en este caso mental, también puede tener un carácter relativamente estable (Breilh, 2015), como es el caso de las legislaciones y procedimientos burocráticos que funcionan como una racionalidad instaurada.

El mismo hecho de que escapen a la voluntad de los individuos tiene repercusiones importantes en la salud mental. En la medida en que escapan de su voluntad, estos procesos institucionales generan ansiedad, incertidumbre, angustia, estrés, y la vivencia de que ya no existen más alternativas de solución, la cual puede ser buscada en la autoagresión (Galtung, 1990). Retomando el trabajo de Baumeister (1990), esta autoagresión puede ser significada como una forma de acabar y escapar del malestar inaguantable que vive en uno mismo.

La importancia de este análisis histórico radica en la posibilidad de entender el comportamiento y las emociones actuales de la persona, y en este camino, articular también las explicaciones históricas con las biológicas en forma de subsunción. Las vivencias sociales negativas que escapan a la voluntad de los individuos, tienen repercusiones importantes a nivel cognitivo y emocional.

Los aportes de Beck (2008) sobre un modelo cognitivo de la depresión, sostienen que la cualidad de recurrencia de vivencias negativas en la vida cotidiana, generan esquemas neurales que producen una percepción negativa de la realidad presente, y una anticipación ansiosa y pesimista sobre el futuro, que una vez que se confirman, en este caso en un contexto de precariedad generalizada, refuerzan la activación y funcionamiento de estos esquemas.

En este mismo sentido coincide la *Teoría de la Desesperanza Aprendida*, desarrollada por Abramson, Seligman y Teasdale (1978). Para estos autores, la depresión no tiene que ver exclusivamente con la intensidad del evento vivido negativamente, sino también con las atribuciones de causalidad que realiza tanto consciente como inconscientemente la persona. En esta lógica, y en relación a las condiciones materiales de vida, la desesperanza de Andrés se refuerza porque atribuye la causa de sus problemas materiales a la desidia y la burocracia gubernamentales, las cuales en el caso cubano, han tenido y tienen un carácter relativamente estable, y global. En otras palabras, la tristeza y la depresión tienen tanto que ver con los eventos burocráticos y la desidia, como con la imposibilidad que él tiene para modificar esos eventos.

Este tipo de análisis contribuye con el argumento en el que confluyen aproximaciones diferentes como las de Schopenhauer (2005), Shneidman (2005, 2006), y el trabajo de Guinsberg y Martínez (2009) con jóvenes mexicanos en Tabasco, en el sentido de que el suicidio no significa necesariamente un deseo de morir, porque también puede significar el deseo de vivir, pero de otra forma.

Siguiendo a Frankl (1991) y Seligman (2006), se vulnera una parte importante del sentido de la vida, que se expresa en la proyección optimista sobre el futuro. En el caso de Andrés, entra en una crisis de veracidad el fundamento de sus esperanzas en el gobierno, basado en el ideal expresado por Fidel Castro de hacer una revolución “de los humildes, con los humildes, y para los humildes”.

**“(...) Contra compadre, esto no es lo que dicen ellos. Los otros días vinieron a dejar un botellón de oxígeno a un vecino que estaba ahogándose, pero por la mujer no tener los 15 pesos para pagarlo no se lo dejaron. La mujer del hombre salió buscando el dinero, y como no pudo pagar se lo llevaron. Cuando regresaron a la semana el tipo ya se había muerto (...).”**

En este contexto Andrés no ve el futuro de una forma optimista, lo que implica una ruptura en las fuentes de sentido de la vida, como una forma de pertenecer y vivir socialmente.

**Lee:** Lee tiene 46 años, vive con su esposa, y no ha sido diagnosticado con algún padecimiento o enfermedad mental. Ha intentado quitarse la vida por mano propia en tres ocasiones.

El primer intento fue con 20 años de edad, cuando ingirió queroseno en su casa, y en presencia de su madre. En ese momento no recibió atención especializada. La penúltima vez fue hace un año en casa de la esposa, cuando tomó sometasona en dosis que no recuerda. La esposa lo llevó al policlínico asignado a su área de residencia. De allí fue remitido a la sala de psiquiatría del hospital general que está asignado a su municipio de residencia. En él estuvo ingresado durante 15 días, y a partir de ese momento comenzó a tomar carbamacepina y piroxina diariamente, una de cada una en el día, y luego en la noche. Esto por indicación del psiquiatra que lo atendió.

El último intento fue hace cinco meses respecto a la fecha de la entrevista, a pesar de estar bajo tratamiento con medicamentos. Lee trató de ahorcarse en el baño de casa de la madre. La hermana y la madre al no verlo por un tiempo, lo buscaron y sacaron del baño donde intentaba ahorcarse. Como resultado de este intento no recibió atención especializada.

Los sentimientos de soledad y la depresión han sido comunes a los tres intentos de suicidio. Estos sentimientos pueden ser comprendidos en relación a la vivencia histórica de discriminación, entrecruzada con una necesidad no satisfecha de afecto en el plano familiar, fundamentalmente respecto a la figura de la madre.

Lee nació en el municipio Colón, en la provincia Matanzas al sureste de La Habana. Es el menor de dos hermanos, una hembra y un varón. El padre los abandonó cuando era pequeño, y la madre quedó encargada de la crianza de ambos. A diferencia de la hermana él fue criado con un modelo educativo violento, a golpes. Cada vez que no hacía lo que la madre quería recibía golpes. La madre explica:

**“(...) Esa debe ser la forma de educar a los hijos varones. Son más fuertes físicamente que una, y si una no hace así se te montan encima, te gobiernan (...)”**



Esta creencia de la madre sobre lo masculino es resultado de la educación tradicional recibida por su familia. No obstante, hay otra voz que complementa esta mirada a lo masculino: *la práctica religiosa*. La madre de Lee es practicante de la santería, en la cual las deidades rectoras son mayoritariamente masculinas, y son definidas entre otras, por las cualidades de la fuerza y la valentía en la guerra (Lara, 2016).

En este imaginario, la madre sostiene una actitud violenta que tiene por objeto no solo a Lee, sino a la imagen que ella tiene de lo masculino como motivado por la dominación y el control. De esta forma, el discurso de la masculinidad hegemónica, disponible tanto para hombres como para mujeres, se vuelve sobre el mismo Lee en forma de un modelo educativo violento, como respuesta a la dominación asignada al ser hombre.

La madre se enamoró del presidente del poder popular del municipio Cotorro en La Habana, y la familia se mudó a la capital del país. Desde ese momento Lee comenzó a sentir un trato diferencial entre su hermanastro y él. Comenzó a sentir que la madre era más solícita con su hermanastro.

Por la mediación de su padre, el hermanastro no recibía golpes, razón por la que Lee comenzó a sentir que su hermanastro recibía un trato preferencial. Actualmente Lee cree que la familia lo discriminó, y aún lo discrimina porque solo llegó a cuarto grado de escolaridad.

**“(...) Ellos me desprecian porque soy el de menor grado. No reconocen mis talentos. La penúltima vez que intenté quitarme la vida mi madre no fue a verme, pero la última vez tampoco. Sin embargo, mi hermano se enfermó y si fue a verlo. Desde que me casé no ha venido a visitarme aquí a la casa (...)”.**

El sentimiento de discriminación de Lee puede ser comprendido en dos ejes que complementan la explicación acerca de la responsabilidad de la madre. No se trata tanto de una vivencia de discriminación, como de la falta de reconocimiento a sus

talentos intelectuales y manuales, lo cual ha sido históricamente erigido como un pilar fundante de la masculinidad hegemónica.

Por otra parte, la comparación con la figura del hermano, con un mayor nivel educativo, es también la comparación con otro hombre, más capacitado, y reconocido entre sus iguales por ello. La competitividad entre hombres ha sido una de las presiones del discurso de la masculinidad hegemónica asumido por hombres, a lo que no ha escapado al caso cubano (Pagés, 2010).

En este contexto, Lee trata de construirse una imagen positiva de sí mismo, relacionada precisamente a competencias cognitivas. Se nombra a sí mismo como “Lee”, reconociendo que es una evocación a la sabiduría de la cultura oriental, y de forma recurrente se nombra como un doctor de la sabiduría de la calle.

**“(...) Tú eres doctor, pero yo también hasta cierto punto soy un doctor, un doctor de la sabiduría de la calle, con su sabiduría (...)”.**

Cuando se refiere a sus relaciones vecinales, el significante que emplea para describir su contexto comunitario es el afecto que le tienen los vecinos. Como consecuencia de su necesidad insatisfecha de afecto, y la vivencia de discriminación por parte de la familia, cuando se refiere a sí mismo lo hace empleando símbolos como el caso de un árbol seco que talló, y tiene en la sala de la casa.

**“(...) Ves, ese árbol me representa a mí. La gente ve el árbol seco por fuera, pero el árbol da frutos. Esos frutos son como mis talentos (...)”.**

Esta necesidad de afecto en relación a la familia, fundamentalmente hacia la figura de la madre, se está reforzando en la actualidad como resultado de su ingesta continua de alcohol.

**“(...) Cuando bebo me pongo agresivo, tiro cosas, yo sé que insulto a las personas. La bebida me hace daño (...)”**

En este mismo sentido la madre explica:

**“(...) Su hermana y yo le hemos cogido miedo porque cuando toma se pone muy agresivo. Es una linda persona pero hay que cogerle miedo cuando se toma tres buches (...)”**.

Producto de esta ingesta, la familia se ha distanciado emocionalmente de él. Esta actitud también está relacionada a la formación de su carácter como una persona violenta e impulsiva, reconocido por él mismo, y que se explica como parte del modelo educativo violento en el que ha sido educado. Él mismo reconoce que ha intentado quitarse la vida porque necesita más apoyo emocional de la familia.

**“(...) Me gustaría que me pregunten cómo me siento, cómo estoy, qué decisiones estoy tomando (...)”**.

Lee está experimentando una ampliación en ese distanciamiento afectivo por parte de la familia, como resultado de su ingesta de alcohol. En la actualidad se trata de un distanciamiento explicado por dos razones fundamentales. La primera es que la madre considera que los varones deben ser independientes y autosuficientes, por lo que la educación de Lee siempre ha sido desde la distancia, haciendo que sea único responsable de sus decisiones y asuntos. En segundo lugar, la madre en ocasiones quiere apoyarlo emocionalmente más, pero como resultado de su misma formación tradicional en la que los hombres deben ser autosuficientes, no sabe cómo transmitirle apoyo emocional a su hijo de una forma diferente a como ha venido haciéndolo.

**“(...) Mijo, yo la verdad a veces quisiera ayudarlo más porque lo veo sufriendo, pero no sé qué hacer o decirle. Los hombres deben ser autosuficientes (...)”**

Como resultado de estas creencias asumidas sobre la forma de ser de los varones, sus intervenciones ante los intentos de suicidio de Lee no han sido de apoyo. La madre le ha dicho que intentar contra la vida es una cobardía, que los hombres deben enfrentar la vida como venga porque para eso son hombres. También le ha

dicho que a diferencia de otras personas con diagnósticos psiquiátricos, él no tiene “verdaderos problemas”.

En lugar de ser de apoyo, estas intervenciones contribuyen con el malestar emocional de Lee en varios sentidos. Este tipo de comentarios contribuyen con la formación de sentimientos de culpa, y limitan la posibilidad de observar el acto desde una perspectiva simbólica, como un llamado de atención sobre un malestar emocional.

A partir de una voz asumida sobre lo que considera que debe ser la actitud masculina ante los problemas de la vida, la visión negativa de la madre sobre el acto se convierte en una significación negativa de Lee. Esta significación es reforzada por el hecho de que la madre justifica el intento en los casos de personas con diagnósticos psiquiátricos, ante lo que él “no tiene verdaderos problemas”.

Cuando un diagnóstico psiquiátrico justifica un intento de suicidio ante la mirada social, se refuerza la falsa creencia de que el intento de suicidio es una alternativa de quienes son enfermos mentales. De igual forma se limita la posibilidad de comprender a la persona en la complejidad de su vida emocional.

Este significante del intento de suicidio desde la justificación, es empleado en la vida cotidiana de los grupos humanos, pero se ha configurado como parte de la legitimidad asignada socialmente a la voz clínica positivista, como la verdad (Gadamer, 1993; Foucault, 2003). Una verdad construida precisamente en nombre de una objetividad sin subjetividad.

Sin embargo, la subjetividad es innegable, por lo que cuando se estigmatiza no se niega, sino que se cosifica. No se deja de hacer algo, sino que se hace algo que vulnera la salud mental de la persona. En este caso, lo que es un criterio de verdad para la voz de la Psiquiatría, se convierte en un criterio de verdad también para la forma en que es significada la persona por otros tan importantes como la familia.

Delimitado este hecho, y teniendo en cuenta que el ser hombre ha sido significado tradicionalmente en la expectativa de represión emocional, se podría cuestionar si entonces la estigmatización asumida por el propio hombre podría ser una vía para

que se reconozca su necesidad de ayuda. Lo que puede ser una estigmatización que coadyuva con una mirada negativa de la persona, también podría ser asumido por esta como una herramienta para poder llamar la atención legítimamente, cuando la única forma de mirar y legitimar las emociones de los hombres es a través del diagnóstico clínico formal. Tomando como referencia el trabajo de Burín (2010) en relación a la forma de mirar y desnaturalizar los síntomas del malestar emocional de las mujeres, se podría pensar en la necesidad de aprender a mirar y desnaturalizar también lo que constituye un malestar emocional para las formas de ser hombres.

La ingesta de alcohol también ha fragmentado sus relaciones vecinales en el plano afectivo. Cuando bebe, en ocasiones agrede verbalmente a los vecinos.

**“(...) Cuando hago eso siento tremenda vergüenza. A veces me he pasado dos días bajo la cama sin querer salir por la vergüenza. No es fácil que las personas te vean y digan mira ese, se pone pesado cuando toma (...)”**.

De esta manera, la ingesta de alcohol impacta de otra forma tanto sus relaciones vecinales inmediatas, como la vivencia que Lee tiene sobre sí mismo. Al perder los límites cuando bebe, también pierde su capacidad de autocontrol y autodominio, uno de los ejes sobre los que se ha fundado la construcción social de la masculinidad hegemónica (Stefanello et al. 2008; Farapi, 2009; O'Donnell y Richardson, 2018). En este contexto realizó el último intento de suicidio en casa de su madre, mientras esta y su hermana se encontraban allí.

**“(...) Yo sé que si un día me suicidio mi madre va a decir, contra era verdad que necesitaba más ayuda emocional (...)”**.

Entre Lee y su familia se intercambian mensajes sin receptores. Por parte de Lee, hay continuos mensajes por los que se solicita primero un reconocimiento de su persona (habilidades, “talentos”, emociones), y luego de su malestar emocional. Sin embargo, para la familia, sobre todo la madre, su malestar emocional no tiene

justificación legítima, y por lo tanto no merece respuesta, dígame afecto. El mensaje no es legítimo para la familia, y por tanto no hay apoyo emocional.

La misma construcción de la masculinidad en la que ha sido educada la madre, es en la que ha sido educado Lee. Por eso no puede entender la respuesta de la familia ante su malestar, y lo que para la familia es una no respuesta por la falta de legitimidad del malestar emocional de *un hombre*, para Lee es desatención y falta de afecto. De esta forma, la asunción de las construcciones sociales de una masculinidad hegemónica contribuye con la alienación afectiva de lo masculino a través de sí mismo, y a través de los *otros* que reproducen las prácticas y voces hegemónicas.

Retomando las coincidencias en los fundamentos materialistas con los que Heller (1977), Hall (1986), y Giddens (2011) explican la forma de producción y reproducción de la vida cotidiana, y el propio ser humano como parte indisoluble de este proceso, se puede sostener que el intento de suicidio no puede ser comprendido exclusivamente a través de lo que las personas dicen, porque el comportamiento también materializa significados.

Estar en el mundo social y ser parte de él es pertenecer, tener vínculos emocionales, identificarnos, tener un *otro* interlocutor. Por eso es que el *otro* siempre está presente en nuestro decir y nuestra actitud (Heidegger, 1926). En este sentido, el intento de suicidio de Lee significa para él un llamado de atención al afecto del *otro*, específicamente la familia.

Este tipo de significado coincide con los resultados de Ceballos-Espinoza (2014) al analizar notas de personas que atentaron contra su vida por mano propia. Los resultados de su investigación sostienen que el *otro* es una figura recurrente en el reclamo de estas personas, primordialmente cuando el sujeto necesita asumirse como objeto del deseo de otros.

En este sentido, el lugar físico donde ocurre el intento de suicidio puede ser comprendido también como un lugar simbólico, que en este caso se relaciona con el reclamo histórico de afecto y apoyo emocional a la figura de la madre. Esta

observación coincide además con un punto de vista psicodinámico, para el cual lo que se considera un síntoma, puede ser también un intento de la persona por restituir un vínculo roto, por recomponer una relación, o crear un nuevo sentido de pertenencia (Galende, 2008). Este tipo de análisis complementa las aproximaciones epidemiológicas positivistas y biomédicas, en las cuales el lugar del intento es solo un lugar físico describible.

En esta dinámica histórica, desde hace un año y medio Lee está experimentando sentimientos de minusvalía y depresión. Esta emocionalidad se ha reforzado como consecuencia de una ruptura en trayectorias religiosas. Lee profesaba la religión pentecostal, pero al ver el enriquecimiento de los pastores se decepcionó, a pesar de ostentar el cargo de vicepresidente de la sociedad en su colonia.

Lee identifica que en el último año, lo que más malestar emocional le provoca y la razón por la cual en ocasiones piensa en suicidarse, es el no poder dormir. Hace ejercicios físicos y ve televisión hasta tarde para quedar dormido, pero esto no le ha servido para dormir. Atribuye su insomnio al haber practicado religión yoruba diez años atrás. “Cuando tu abandonas esa religión los demonios te atormentan”. Este hecho muestra la complejidad de trabajar con la salud mental, y la necesidad de ir más allá de una mirada biomédica en la explicación del suicidio, dado que en este caso por ejemplo, hay una atribución de causalidad a fuerzas espirituales.

Así, el insomnio se vive con una angustia que se intensifica en la medida en que se le atribuye una causalidad a fuerzas que escapan a la voluntad de la persona. Estas fuerzas además, están presentes en su cotidianidad precisamente como resultado de un cambio en su vida espiritual, y la práctica de otra religión en la actualidad. El cambio en las creencias y la fe tiene un doble carácter, porque a la vez que abre un espacio de nueva realización personal, se convierte en el motivo que justifica la presencia de fuerzas espirituales contrarias. Este proceso se aprecia cuando Lee dice: “cuando tu abandonas esa religión”.

La angustia y el insomnio no son solo síntomas como lo calificaría un enfoque clínico positivista, sino que en sí mismos son acontecimientos significativos con una doble implicación para la salud mental de Lee. Confirmando los resultados de la

investigación de Littlewood, Gooding, Kyle, Pratt y Peters (2016) en Reino Unido, sobre el vínculo de los procesos de depresión y el insomnio, en el corto plazo el no poder dormir se ha convertido para Lee en un tiempo de generación de malestar físico, agotamiento, y de ideación suicida en ausencia de otras personas en vigilia que pudieran impedirlo.

Por otra parte, complementando los resultados de la investigación de Littlewood et al. (2016), las cualidades espiritual y conflictiva de las voces en relación a las cuales se significa el insomnio, implican que Lee viva en un conflicto permanente por deshacerse de esas voces o “demonios”. Esto ocurre precisamente como resultado de la práctica de otra religión con un fundamento casi diametralmente opuesto<sup>3</sup> a la Regla de Ocha.

En el último año conoció a su esposa actual, testigo de Jehová, y también se bautizó como testigo de Jehová. A la fecha de la entrevista lleva seis meses de casado con ella. La esposa lo ayudó a obtener su título de bachiller, y con él pudo matricular en un curso de albañilería, con lo que se siente más útil. Cuando se siente deprimido la sienta y le dice que ella hará como un doctor, y él le contará sus problemas “Le digo siéntate, tú serás como el doctor y yo el paciente”.

Partiendo del trabajo de Gadamer (1993) y Pearson (1999) sobre la forma en que el discurso médico es auto asumido por la misma persona, en este caso se observa la manifestación de un proceso capital en la significación que la persona hace sobre sí misma, y sus problemas emocionales: *se ha asumido el esquema médico-paciente como una forma de pensar el malestar emocional*. Lo fundamental para comprender la forma en que significa el intento de suicidio no radica tanto en el hecho mismo, como que esto represente una forma atomizada y biologicista, y por

---

<sup>3</sup> Un eje esencial de diferenciación entre los testigos de Jehová y los practicantes de la Regla de Ocha o religión yoruba, radica en el discurso, sobre todo de los primeros, sobre la religión “verdadera”. Los Testigos de Jehová se rigen por la Biblia, donde por ejemplo, se rechaza la idolatría cristiana. Paralelamente los seguidores de la Regla de Ocha, rinden culto a sus deidades directamente, y a través de un conjunto de rituales simbolizados en figuras, y prendas de vestir. Por ejemplo el culto a Eleguá, o el uso de la Mano de Orula.



lo tanto fatalista de pensarse y sentirse a sí mismo. Una de las fortalezas del presente estudio radica en trascender la comprensión del significado del intento de suicidio como un fenómeno exclusivamente individual, y en este sentido es relevante entender la forma en que la persona vive e interioriza la atención clínica.

Al ser testigo de Jehová predica, le habla a las personas intentado darles ánimo, y con ello se siente útil. Aunque explica que en sus dos últimos intentos de suicidio no ha pensado en Dios, porque ha sentido que ya no existen más alternativas a sus problemas, reconoce que la Biblia es un apoyo espiritual para no atentar contra su vida.

El sentir que no hay más soluciones a los problemas se explica como parte de sus vivencias históricas negativas, pero también como parte de la asunción de una filosofía de vida de tipo dicotómica, en la que las personas son buenas o malas.

**“(...) La personalidad es como tener dentro dos perros, uno bueno y uno malo. Si alimentas al perro malo se pone gordo y se come al perro bueno, porque se pone flaco. En la vida hay que alimentar al perro bueno todo el tiempo (...).”**

Siguiendo el trabajo de Hiernaux (2008, 2009), cuando la “manera de ver las cosas” es dicotómica o binaria, se genera angustia y ansiedad, como resultado de la posibilidad de perder el control de lo que sucede con otros y con uno mismo. Este tipo de percepción de sí mismo y de la vida cotidiana, constituye una constricción emocional, porque los errores se interpretan desde el marco binario que es también emocional (Hiernaux, 2009).

Al tomar como referencia los aportes de Williams y Pollock (2000), se comprende que este pensamiento dicotómico implica también un sesgo en la solución de problemas, teniendo en cuenta que una de las fases más importantes en este proceso es la valoración de múltiples alternativas de solución. De esta forma puede comprenderse la vergüenza al comportarse de manera agresiva cuando bebe, o la forma negativa en que se ve a sí mismo cuando no consigue atención afectiva por parte de la familia.

Una vez que se trata de dos polos, la responsabilidad que asume la persona es también la de lograr un equilibrio entre ambos: *que el perro malo no se coma al bueno, o que su parte mala no predomine sobre la buena*. Teniendo en cuenta que la masculinidad hegemónica ha sido construida en contraposición a la feminidad, y por lo tanto en el dominio de la razón sobre las emociones (Vegetti, 1981; Butler, 1999), se puede sostener que la preocupación por el equilibrio entre los polos buenos y malos de la personalidad, que menciona Lee, puede ser un significante valioso para sí mismo como hombre.

El poder normalizador de esta filosofía de vida reconocida como tal por Lee, se observa a través de dos expresiones. Una de ellas es “todo el tiempo”. La segunda radica en la misma cualidad de la metáfora elegida, porque la alimentación de cada uno de los perros que cita es para él una forma de alimentar las cualidades buenas, por encima de las malas, pero la alimentación es una actividad de la que depende la vida misma. No obstante, esta “manera de ver las cosas” o de darle sentido a la vida (Hiernaux, 2008) no se reduce a un hecho personal, sino que tiene una explicación sociocultural.

Retomando el trabajo de Hiernaux (2008, 2009), esta explicación se puede realizar a través de líneas socioculturales de sentido. Las múltiples voces en las que se socializa el ser humano como tal, históricamente han dividido la percepción del mundo entre bueno/malo, vida/muerte, derecha/izquierda, alma/cuerpo, etc. El ejercicio de la política gubernamental en el contexto cubano ha tenido una participación activa en este sentido. La actitud de hostilidad política tanto del gobierno como de cubanos que viven fuera del país, hacia aquellas personas cuyas ideas difieren de las suyas, han implicado que los ciudadanos cubanos más que escuchar, se hayan visto obligados a elegir entre categorías: revolucionario/gusano, verdadero cubano/vende-patria, comunista/disidente.

Una génesis de este tipo de actitud gubernamental puede encontrarse en la ideología fundante del proyecto socialista. En el trabajo de pensadores referentes para el socialismo como Mao Tse Tung (1968) por ejemplo, la relación de tipo antagónica entre el individuo y el partido comunista es planteada como una dicotomía entre

ideas correctas e incorrectas, y en consecuencia, el partido debe actuar para reducir esas manifestaciones contrarias, en una especie de reducción de la disonancia. Este contexto de voces significantes de los individuos es medular, precisamente como resultado del control del Estado cubano sobre las voces consideradas legítimas e ilegítimas.

En el caso de Lee, se puede sostener la incidencia de otra voz sobre la configuración de la forma dicotómica de ver la vida cotidiana: *la espiritualidad como resultado de la práctica religiosa*. La razón de focalizar de manera central la participación de esta voz en el caso de Lee, no se debe tanto a su práctica religiosa, como al hecho de que la misma cualidad espiritual la configura socialmente como una voz rectora de la totalidad de la vida de la persona (Berger y Luckman, 1995; Hiernaux, 2009).

Luego de practicar la santería, Lee se dedicó a la religión pentecostal. Esta religión es un ejemplo de voz con una visión dicotómica del mundo. Su contenido y prácticas limitan lo mundano de lo espiritual, y dentro de la dimensión espiritual, toman como referencia al propio cuerpo como símbolo para separar lo bueno de lo maligno, que debe ser exorcizado inmediatamente a través de rituales instituidos (Leguizamón, 2014).

Al finalizar la entrevista, Lee agradeció el espacio como una oportunidad de desahogo que no había experimentado anteriormente. En términos del proceso de significación del intento de suicidio, esto implica que escuchar y brindar una atención personalizada puede ser una herramienta valiosa para que la persona también se escuche a sí misma, y pueda tanto significar como resignificar su actitud ante la vida cotidiana.

### ***Integración de los resultados***

Un acercamiento descriptivo a las personas con las que se trabajó ofrece la posibilidad de conocer datos importantes. Estamos ante de seis personas que han intentado contra su vida por mano propia, como mínimo una vez durante los últimos dos años. Ello, a pesar de no tener diagnosticada ninguna patología mental, a no ser el caso de Celina, con epilepsia. También existen casos en los que la persona

ha llegado a intentar contra su vida en más de una ocasión, sentido en el cual predomina el grupo de hombres, con tres intentos en todos los casos.

Se observó que los hombres emplearon una variedad de métodos desde la ingesta de medicamentos (sometasona), queroseno, hasta otros más violentos como el lanzamiento delante de automóviles, la explosión, y el ahorcamiento como método común a los casos masculinos. Por otra parte, hubo coincidencia en el empleo de medicamentos como método de suicidio en el grupo de mujeres, los cuales en términos de frecuencia de uso fueron fenobarbital, clorfenhidramina, walfarina, y nitropental. Cinco de seis personas después del último intento han sido recetadas con uno de los siguientes medicamentos: diazepam, amitriptilina, meprobamato, carbamacepina, y piroxina.

Para las personas con las que se trabajó, el intento de suicidio se significa como una salida a las vivencias negativas de depresión, tristeza, ansiedad, las necesidades insatisfechas de afecto, y “una salida a todos los problemas”. Sin embargo, el trabajo de comprensión fue pertinente una vez que permitió comprender el proceso de institución de esos significados, y desde una perspectiva de género.

Luego de haber realizado un análisis sobre cómo se instituye la relación entre las construcciones sociales de género y la forma en que se significa el intento de suicidio, persona por persona, se pasó a un proceso de integración de los resultados. Uno de los resultados de esta primera fase de análisis, confirmado por la teoría, es que aunque las construcciones de género performan y se materializan en cuerpos concretos, y asumen ciertas tendencias, no pertenecen al dominio exclusivo de la masculinidad o la feminidad.

Un ejemplo es la madre de Made, quien presiona a su hija para adherirse a la disponibilidad de satisfacer esposo, en nombre del discurso y la voz tradicional que ha configurado su misma identidad y formación. Otro ejemplo es la madre de Lee, quien emplea la voz patriarcal sobre la forma en que ella considera deben ser los hombres, para la educación de su hijo.

Esta es la razón fundamental por la que la integración de los resultados no se desarrolla separadamente para hombres y para mujeres. Esta fragmentación además, representaría conferirle legitimidad a los discursos o voces sociales que intentan comprender y luchar separadamente por el bienestar emocional y los derechos de hombres y mujeres, precisamente en un escenario de cambio social y teórico, en el que se sostiene la necesidad de hablar de diferentes formas de ser hombres y ser mujeres.

Por las razones anteriores, en lo que sigue el análisis se realiza a partir de categorías de procesos, establecidas con base en la primera fase de análisis. Ello es congruente además, con el propósito de este trabajo de dar cuenta de los procesos instituyentes de esas formas de ser hombres y ser mujeres.

Para establecer las categorías que se desarrollan a continuación se utilizaron varios criterios. El primero fue que dieran cuenta de un proceso, es decir, de la relación de los individuos con su contexto socioeconómico y político, más que de una condición o estado. En segundo lugar se trató de que en su totalidad abarcaran todo el espectro de acontecimientos explicados durante la primera etapa de análisis.

Por último se intentó que fueran excluyentes desde el punto de vista lógico. Sin embargo, desde el punto de vista hermenéutico, durante su desarrollo se presentan de las de mayor nivel de inclusión hasta aquellas más subsumidas, y que dan cuenta de procesos más particulares.

### ***El sufrimiento de las violencias***

Galtung (1990) y Espinar (2003), quien continúa el trabajo del primero, se cuestiona las limitaciones de comprender la violencia como los actos ejercidos sobre otro con el fin intencional de causar daño físico o emocional, incluido la propia muerte. En esta investigación se coincide con Espinar (2003), en que una de las limitaciones de estas definiciones clásicas es que no permiten observar las multiplicidad de procesos sutiles y de baja intensidad a través de los que actúan las violencias.

Por esta razón, siguiendo el trabajo de Galtung (1990), Bonino (1995), el de Espinar (2003), Parra (2012), así como las investigaciones de Noelle et al. (2006), Haas et al. (2014), Montoya et al. (2015), para los fines del análisis realizado aquí se entiende por violencia todos los actos y procesos a través de los cuales se impide o limita conscientemente o no a otros, la satisfacción a sus necesidades básicas de alimentación, vivienda, vestido, comunicación, o reconocimiento de sí mismo, con implicaciones también en lo somático, lo físico, y lo emocional. En este sentido se entiende que las violencia pueden ser de tipo física, psicológica, económica, y estructural o cultural.

Uno de los procesos que impactan en mayor medida la salud mental de las personas con las que se trabajó, es el ejercicio de la violencia por parte de los *otros*, y de la persona respecto a sí misma. Si bien la violencia fragmenta el lazo social, su práctica en sí misma, sea consciente o no para la persona, genera malestar emocional. Esta es la razón por la cual se ha separado como categoría de análisis, respecto a *la ruptura del lazo y la pertenencia social*.

La primera dimensión de este proceso se encuentra en la violencia ejercida por la pareja, de lo masculino a lo femenino, como resultado de dos procesos interrelacionados en la construcción de la feminidad y la masculinidad, con cualidades que particularizan el caso cubano. Por un lado y retomando los trabajos de Pagés (2002, 2010), encontramos que en Cuba ha predominado una organización patriarcal de la sociedad, constituida fundamentalmente sobre la base de la herencia cristiana, entrecruzada con la práctica posterior de la religión Afrocubana, y la valoración hegemónica de lo masculino sobre la base de su participación en las batallas de liberación nacional. Esta construcción social ha generado sentidos contrapuestos a lo femenino, entendido como débil, intuitivo, y con un rol reducido al espacio privado-doméstico, el cuidado de la familia, y del hombre.

En este sentido se encuentra Made, quien se sobrecarga emocionalmente con las tareas del hogar, porque el esposo ha asumido y declarado explícitamente que las tareas de cuidado de la casa son responsabilidades femeninas. En ello han incidido

dos voces solapadas en la educación del esposo. Por un lado los procesos educativos con una concepción patriarcal de la sociedad, y por otro lado la práctica de la Regla de Ocha, religión afrocubana erigida *sobre y en función* del culto a las cualidades que se han asignado tradicionalmente a lo masculino: la fuerza física, la sabiduría, y las habilidades para la guerra (Romeu, 2006; Lara, 2016).

Otra forma de expresión de esta violencia psicológica y emocional ocurre a través de insultos y amenazas, cuando Made decide no tener relaciones sexuales con su esposo en el contexto de un conflicto de pareja. De forma histórica, Made también ha sido excluida por parte del esposo de la posibilidad de decidir sobre la casa y sobre los negocios, a pesar de tener formación profesional en contabilidad.

Retomando el trabajo de Burín (2007, 2010), comprendemos que esta exclusión de los procesos no solo representan la exclusión de procesos de toma de decisión, sino que en la medida en que son decisiones relacionadas con el espacio de vida de la persona, también significan su anulación como ser social. Este proceso de significación de Made responde a un proceso de significación de lo femenino, como resultado de la reproducción de las voces y las prácticas sociales que han argumentado a la mujer como una figura pasional, intuitiva, y por lo tanto poco capacitada para tomar decisiones. Sin embargo, y siguiendo a Lagarde (2005) y Burín (2007, 2010), a través de este proceso de reproducción y relación entre la masculinidad y la femineidad hegemónicas, se invisibiliza la posibilidad de comprender la determinación socioeconómica que durante siglos ha incidido en la división sexual del trabajo, y por lo tanto de la significación diferencial de vivencias y competencias para los sexos.

Las amenazas e insultos relacionados a su negativa de tener relaciones sexuales con el esposo, acompañadas del control sobre la forma en que utiliza su tiempo, y el aislamiento a la que se quiere someter respecto a sus amistades por parte de este último, son generadores de ansiedad e inconformidad. Este tipo de presión proviene tanto del esposo como de la propia familia, específicamente la figura de la madre. La relación con la madre tiene dos dimensiones. Por un lado sus

padecimientos crónicos evitan que Made le comente su situación emocional para no generarle malestar.

Por otro, la madre juega un papel activo funcional a la organización patriarcal de la sociedad cubana. Esto ocurre porque ella ejerce presión y control sobre el uso del tiempo de Made, con el fin de evitar una ruptura en la pareja, y en consecuencia la opinión social acerca de una mujer divorciada. De esta forma, la familia se ha convertido en una mediación entre las construcciones sociales de la mujer como ser cuyo tiempo y participación se han reducido al espacio doméstico, y el cuidado de la familia.

Aunque la presión se ejerce fundamentalmente por parte del esposo y la madre, la opinión sobre una mujer divorciada, en criterio de la madre afecta la imagen de la familia. Aunque en un contexto diferente, estos resultados sobre el doble discurso de la permisividad para hombres y mujeres contribuyen con el argumento sostenido en la investigación de Pridmore y Walter (2013) acerca de la presión de las familias, cuyos miembros se han socializado en una educación patriarcal.

Otros ejemplos de sufrimiento de violencias durante la historia de vida, ejercida por la pareja, lo encontramos en los casos de Celina y de Gladys. Ambas sufrieron violencias físicas y emocionales. Celina además, vivió las manifestaciones de la violencia económica sobre ella y sus hijas, sobre las que perdió la capacidad de decidir como consecuencia del mismo proceso.

El sufrimiento de una violencia física y psicológica, construida sobre la creencia de que la manutención económica del hogar da derechos a violentar e imponer su voluntad a los otros, también está presente en el caso de Gladys, violentada por su padrastro, al igual que su madre. En ambos casos, el ejercicio de las violencias implicó tanto un sufrimiento recurrente, como la necesidad de salir del hogar en forma de escape. Esto conllevó una ruptura en los lazos familiares, y la necesidad de reinventar los mecanismos de subsistencia económica. Este solapamiento de procesos coincide con los resultados de la investigación de Martínez (2014).



El ejercicio de las violencias simbólicas sobre los individuos, también puede encontrarse en la atención especializada a la salud mental. Esta violencia simbólica tiene varias manifestaciones. Encontramos el caso de Celina, donde la voz de la Psiquiatría positivista a través de la psiquiatra que atendió su caso, le ha colocado una etiqueta diagnóstica a su malestar emocional.

En consecuencia, el tratamiento se dirige al control de sus emociones sin entender su historicidad, y por lo tanto todas aquellas explicaciones que sin negar la aproximación clínica positivista, podrían complementarla. Teniendo en cuenta los trabajos de Matrajt (1995), Galende (2008), Fischer et al. (2009), y Stolkiner (2013), tal y como sucede en otros contextos internacionales, las prácticas clínicas no pueden interpretar y comprender porque los profesionales que las ejercen no han tenido una formación hermenéutica.

Otro caso en este sentido es el de Made, silenciada durante la atención a su intento de suicidio. El psicólogo que la atendió no la escuchó en ningún momento, y detrás de esto se pueden argumentar varias explicaciones. La investigación de Castro y Salvo (2013) es un ejemplo de la forma en que se ha asociado el intento de suicidio a la falta de reflexión y la impulsividad. La misma asociación que realiza la psiquiatra que atendió a Celina, entre su intento de suicidio y una posible patología mental, complementa la caracterización de un contexto dentro del que sería comprensible, lo que no significa justificable, que se asumiera por parte del psicólogo, que quien atenta contra su vida por mano propia está dominado por lo irracional, y por lo tanto su discurso no sería confiable.

Un segundo argumento podría ser coexistente con el anterior, y se basa en que si la mujer ha sido tradicionalmente tratada como un ser inferior, pasional e intuitivo (Vegetti, 1981), podría ser mejor hablar con el hombre, a cuya figura se le han asignado históricamente las cualidades de la razón. Si el hombre ha sido significado históricamente como el poseedor de la verdad racional, para el pensamiento clínico positivista esto representa una oportunidad de caracterizar y controlar lo que pasó.

De este tipo de procesos se desprenden dos resultados medulares para la comprensión. Uno, que tal y como se ha venido sosteniendo a lo largo de la

investigación, no se puede comprender la salud mental únicamente en el individuo, porque también tiene que ver con las respuestas que se le dan a los malestares emocionales. En segundo lugar, y en relación al primer aspecto mencionado, en este proceso el ser humano que atiende es fundamental, porque el orden patriarcal se reproduce concomitantemente entre la familia, la comunidad, pero también los procesos de atención en salud mental a cargo de hombres y mujeres también con formas de ver el mundo. Estas explicaciones posibles coinciden en un punto: la creencia en la falta de legitimidad de Made como mujer, lo que a su vez representa la invisibilización y negación de la persona como un todo bio-psico-social.

Un último ejemplo acerca de la violencia ejercida por la atención en salud mental es el de Andrés. Andrés sintió que la terapia grupal de la que participaba perdió su utilidad, y que otros tenían problemas más importantes que los de él. Esta autoexclusión es resultado de dos procesos coexistentes. Por una parte la falta de atención personalizada, y por otra el no encontrar una respuesta al malestar emocional histórico dentro del esquema cerrado de una atención homogeneizante, e insensible a la historia de vida de las personas. De esta forma, la violencia del método clínico es utilizada por la persona respecto a sí misma, y lo que constituye una limitación de la voz clínica tradicional, se significa por la persona como una falta de sentido de las respuestas que busca.

Este fracaso es decisivo, porque la voz clínica ha sido legitimada socialmente a través de los significantes de prestigio y experticia, de modo que cuando esta respuesta falla, la persona se piensa y siente a sí misma sin salida. Esta es una de las razones por la que el sentimiento de que ya no existen más alternativas, que suele estar presente en los intentos de suicidio, no puede ser explicado únicamente como un problema individual, ajeno al contexto sociocultural y los procesos mismos de atención en salud mental. En esta lógica se complementa la explicación de *Teoría del Escape* acerca del suicidio, propuesta por Baumeister (1990) desde los referentes de la Psicología de la Personalidad y la Psicología Social.

En la medida en que la práctica profesional se convierte en una voz a partir de la cual la familia entiende el malestar emocional de sus miembros, como en el caso de

la madre de Lee, la persona se entiende y asume a sí misma, como en el caso del mismo Lee, o la persona valora sus avances y mejorías, como en el caso de Made, preocupada por su depresión a pesar de estar medicamentada. En el contexto interpretativo de esta práctica clínica positivista, las soluciones se convierten en la vivencia de no salida, porque la medicalización de la vida cotidiana es un camino sin salida cuando no se problematizan las formas en que se vive socialmente.

Una de las formas de violencia simbólica que también repercute en la negación e invisibilización de la persona que necesita apoyo emocional, se observó a través de otro tipo de voces. Históricamente se ha construido y sostenido una doble moral que sanciona diferencialmente la sexualidad masculina y la sexualidad femenina (UNICEF, 2012).

La mujer ha quedado asignada al espacio doméstico y a guardar fidelidad al hombre. Sin embargo, esta doble permisividad sobre la forma de interpretar y vivir el uso del espacio público y de su propia sexualidad al servicio de los hombres, puede ser vivida con vergüenza por parte de la pareja mujer, cuando esta presume infidelidad. Paralelamente a este sentimiento de vergüenza, se encuentran los prejuicios sociales acerca de la persona que ha intentado suicidarse, sostenidos en Cuba por una larga tradición cristiana, la práctica de una educación patriarcal tradicional, y una práctica psiquiátrica aún con una orientación biologicista e individualista.

El resultado del solapamiento de estos dos tipos de voces, ha sido para Made la vergüenza a hablar con vecinos u otros conocidos sobre su malestar emocional, incluido su intento de suicidio. De esta forma, la comunidad puede aparecer tanto como una voz de soporte ante el intento de suicidio, como una presión que obliga a la persona, en este caso una mujer, a vivir de forma limitada la posibilidad de nombrar su malestar, y pedir ayuda.

Otra forma de intervención violenta de *otros*, tal y como se ha definido la violencia en esta investigación, se aprecia a través de la policía. En el caso de Andrés, al intentar acabar con su vida por mano propia a través de un botellón de gas, también puso en peligro la vida de otros. Una vez que esto se hace bajo los efectos del

alcohol, la intervención en este caso policial, corre el riesgo de entender a la persona como un peligro, o como un alcohólico. Con ello se puede perder de vista que se trata de alguien que necesita ayuda emocional. Se pasa por alto que el consumo de alcohol no necesariamente es una causa del intento de suicidio, porque ambos pueden significar formas diferentes de expresión de un mismo malestar emocional.

Todas estas construcciones sobre lo que se espera y la forma en que se asume lo masculino y lo femenino, tienen repercusiones importantes sobre la forma en que las personas se sienten y piensan a sí mismas. Este proceso puede ocurrir en forma de exigencias autoimpuestas, o violencias físicas y psicológicas de la persona respecto a sí misma. Esto genera ansiedad, depresión, y una inconformidad del individuo respecto a sí mismo. Tal es el caso de Andrés, quien ha vivido en un modelo de sociedad para el cual los hombres deben ser los proveedores económicos de la familia, incluso a pesar de que la pareja mujer perciba un mayor salario.

Andrés se encuentra pasando por un período de inestabilidad laboral, como consecuencia de una crisis económica y cambios profundos en las relaciones laborales dentro del contexto cubano. Ello limita sus posibilidades de proveer a la familia tal y como él quisiera, y tal y como él considera que esperan los demás de él. Sin embargo, en medio de limitaciones en forma de deudas, e inestabilidad en los contratos, persiste en exigirse a sí mismo la provisión del hogar. Tal y como en la investigación de Bolaño (2016), se aprecia que la necesidad asumida de cumplir con los roles tradicionales de género, a la vez encubre para la persona misma la posibilidad de comprender su malestar emocional.

El segundo ejemplo de expresión de esta violencia de la persona respecto a sí misma se puede comprender a través del empleo del método de suicidio. Para autores como Blumenthal (2010), estos procesos se explican por la diferencia entre los grupos de hábitos, comportamientos, y características de personalidad de hombres y mujeres, como si esto fuera lo que los definiera como grupos, en lugar de procesos sociales instituyentes. Sin embargo, en la presente investigación se coincide con los argumentos de Canetto (1992), y Canetto y Sakinofsky (1998)

acerca de que el método de suicidio mismo tiene que ver con una construcción social de los géneros.

De esta forma, la institución hegemónica de las identidades de género, a la vez que orienta a la persona en la sociedad, se convierte en una forma de asumir responsabilidades, sentir, pensar, y expresar los malestares emocionales, buscar ayuda, y reconocer emocionalmente al otro. Esta dinámica explica la vivencia de malestar con el propio intento, y de no tener más alternativas a los problemas. Por esta razón es que una mujer como Celina, también estaba decidida a emplear un cuchillo o una tijera en su momento.

Si bien estas exigencias generan angustia, tienen una contraparte que produce satisfacción cuando se cumple el rol, porque ser hombre o ser mujer es parte histórica de la propia identidad personal (Bourdieu, 1999; Butler, 1999). La emoción negativa resulta de la imposibilidad de satisfacer una de las necesidades relacionadas al deseo de vivir. Así coexisten el deseo de vivir, pero de otra forma, tal y como identificó Schopenhauer (2005).

Por esta razón, y al igual que Shneidman (1993, 2006) al comprender las emociones negativas, en este caso concreto de Andrés, podemos afirmar que el intento de suicidio no es necesariamente un deseo de morir. Siguiendo el trabajo de Filho (2000) en relación al concepto de riesgo en el campo de la epidemiología tradicional, se puede afirmar que este es uno de los argumentos por el que resulta insuficiente abordar el tema del suicidio solo desde el daño o el riesgo, tal y como lo hace la biomedicina.

Tomando como referencia los trabajos de Foucault (2002), Franco (2013), y Figueroa (2015b), podemos comprender que si bien la conciencia del cuidado de sí en la construcción de lo femenino puede desaparecer cuando se define a la mujer, y esta se asume como un objeto de satisfacción para los *otros*, como en el caso de Made; en el caso de los hombres también desaparece esta posibilidad de reconocerse a sí mismo como ser emocional, y quererse tal y como se es. Ello ocurre cuando lo masculino, tal y como en el caso de Andrés, se piensa y siente a

sí mismo a partir del servicio que se presta a los *otros*, como una forma de sentirse bien consigo mismo.

Una vez que la voz del enfoque clínico positivista ha invisibilizado el debate sobre la determinación socioeconómica y política de la salud mental, y por tanto también del suicidio (Guinsberg, 1981, 1996, 2005; Breilh, 1996), es fundamental rescatar aquellos procesos de violencia estructural. Estos procesos tienen implicaciones fundamentales para el malestar emocional.

En la medida en que escapan de la voluntad de los individuos, la persona no se reconoce como parte necesaria del cambio, y pierde la esperanza de una mejoría material y emocional. El caso del proceso burocrático que no le ha permitido a Andrés pagar su deuda fiscal, ha incidido en su vivencia de encontrarse en un callejón sin salida.

Igual sucede con el conflicto que vive entre la necesidad de proveer económicamente a la familia, pero hacerlo de una forma honesta. La elección se ve forzada a ocurrir en un contexto cubano de precariedad económica, donde las mismas políticas gubernamentales han incidido en la pérdida del valor del trabajo estatal como medio de subsistencia (Mesa-Lago, 2014).

Esta misma crisis económica como forma de violencia estructural, se ha convertido en un proceso que ha precarizado materialmente la sociedad cubana, y que se ha convertido en un significativo del malestar emocional de Andrés, Celina y Gladys, a pesar de otros apoyos económicos de la familia ya sea dentro de Cuba, o desde el exterior. Esta precarización se expresa desde limitaciones en el acceso a medios materiales para mejorar la calidad de la vivienda como en el caso de Andrés, hasta los obstáculos para acceder a mejor alimentación como el mismo caso de Andrés, y medicamentos como en los casos de Celina y Gladys. En estos últimos casos, las limitaciones económicas se vuelven críticas por el padecimiento de enfermedades crónicas, que colocan al anciano en una situación particular de vulnerabilidad para su bienestar físico y emocional.

El caso de Andrés es ilustrativo en otro sentido relacionado también a la violencia estructural. Además de la ingesta de alcohol, como uno de los motivos por el cual ha perdido lazos formales como el matrimonio, se encuentra la precariedad económica y material que ha implicado hasta por parte de sus parejas. El proceso por el cual este hecho se cita aquí más como un ejemplo de sufrimiento de violencias que como un ejemplo de ruptura del lazo y la integración social, tiene que ver con que estas pérdidas han implicado paralelamente, una violencia de Andrés respecto a sí mismo, mediadas por construcciones de género.

La precariedad que guarda relación con el contexto económico cubano austero, ha sido vivida por Andrés también como resultado de su incapacidad para proveer económicamente a su pareja como hombre. Esta historia de pérdidas explica tanto su aprehensión actual a las relaciones de pareja y el temor a la pérdida de esta, como la forma en que se exige a sí mismo la provisión de esta y su familia, aún en medio de una situación de inestabilidad laboral, y de que su pareja percibe más salario que él.

El sufrimiento de las violencias estructurales, económicas, físicas, y psicológicas, adopta múltiples formas, sutiles e invisibilizadas en ocasiones. Esto implica que limiten las posibilidades mismas de establecer lazos sociales, o que incluso, el establecimiento de estos lazos de pertenencia sean opresivos de la salud mental, cuando las relaciones mediadas por las construcciones de género se asumen y reproducen acríticamente. Esta es la razón por la que la categoría “sufrimiento de las violencias” es considerada en este trabajo como la de mayor nivel de inclusión, y por lo tanto aparece desarrollada en primer lugar.

### ***Vivir la ruptura del lazo y la integración social***

Al retomar el trabajo de Heidegger (1926), Durkheim (1983), Augé (2000), Seligman (2006), y las investigaciones de Bonaldi (2000), así como la de Fisher et al. (2009), se entiende por lazo e integración social aquí, todas las relaciones humanas que de forma consciente o no, generan el sentimiento de que se existe y se es importante para *otros* en algún sentido, sentimientos de identificación, o de que se es importante para el desarrollo de un proyecto grupal.

Un proceso común en la historia de vida de varias de las personas con las que se trabajó, fue el sentimiento de soledad a pesar de tener pareja como en el caso de Gladys y Andrés, o ser visitados de forma recurrente por la familia, como en los casos de Gladys y Celina. De esta forma, evitar la soledad como una forma de evitar la depresión, no depende tanto de la compañía física, como del sentimiento de ser importante para el otro, y ser reconocido como tal por él.

La ruptura del lazo y la integración social ocurre desde la infancia, y está mediada por una construcción de los géneros que deviene hegemónica. Tal es el caso de Andrés, quien nació en un contexto marcado por la división rígida y tradicional de los roles de género.

Junto a su hermano varón fue separado de la familia, con el consentimiento de esta, para enviarlo a La Habana y que pudiera aprender un oficio que le permitiera ayudar económicamente a la familia que se quedaba en el oriente del país. De esta forma, una asignación construida desde las voces de género, puede marcar una primera ruptura emocional para la persona.

Otra forma que adopta esa ruptura en los lazos familiares, es la separación como resultado del matrimonio, en cuya explicación se solapan las voces del cristianismo, y la de las prácticas familiares que refuerzan el patriarcado como forma de reproducción de la sociedad. En este caso encontramos a Celina, quien se casó con 20 años, se separó de la familia y se fue a vivir con el esposo.

La investigación de Pridmore y Walter (2013) contribuye con el argumento de que lo problemático para la salud mental en este proceso, no es tanto el lazo matrimonial en sí mismo, como la relación de dependencia económica de la mujer respecto al hombre, y el valor histórico moral de la figura del matrimonio, que se convierte en un lazo problemático para la mujer cuando se establecen violencias sobre ella o su familia. En este sentido, cuando la mujer decide salir, escapar o perder la relación de pareja, se ve forzada a reconstruirse como ser autónomo y autosuficiente en la satisfacción a sus necesidades materiales y espirituales.



Estos resultados coinciden con los hallazgos de las investigaciones de Espinar (2003) y Martínez (2014), esta última interesada también en la relación entre el sufrimiento de las violencias y el suicidio. En este sentido se encuentra el ejemplo de Gladys, quien después de estar empleada formalmente, como resultado de las creencias de que la mujer debe ser provista económicamente por el esposo, dejó su empleo y comenzó a depender en este sentido de él.

En la actualidad no goza de los beneficios de una jubilación que le permita satisfacer sus necesidades materiales. El impacto emocional de la pérdida de su esposo no puede comprenderse al margen de la forma en que ella misma se ha asumido como mujer dependiente del hombre, y la necesidad actual de reconstruirse como ser independiente económicamente, pero esta vez en la tercera edad.

Estos resultados son importantes para comprender la dinámica entre procesos estructurales y familiares en el caso de Cuba. Si bien se ha garantizado jurídicamente la igualdad social entre hombres y mujeres en el plano de la educación y el empleo, en términos efectivos se sigue reproduciendo un modelo de sociedad patriarcal de forma importante a través de la familia.

Otro de los procesos que relaciona la ruptura del lazo social y el intento de suicidio, se encuentra en las dinámicas familiares. En el caso analizado, hay una falta de comprensión mutua entre Lee y la familia. Según la educación que recibió la madre, los hombres deben ser fuertes y autosuficientes. Por ello, la relación afectiva que ha mantenido históricamente con su hijo ha sido distante en el plano afectivo, y esto ha sido vivido por Lee a lo largo de su vida, como falta de afecto.

En la actualidad hay un reclamo de atención y afecto, pero se mantiene la incompreensión entre Lee y su familia. Como en criterio de la madre, se espera de los hombres que sean fuertes y autosuficientes, el malestar emocional expresado por Lee verbalmente, y a través de sus intentos de suicidio, no tiene legitimidad para la familia.

Lee ha sido educado en el mismo modelo de la madre, y por ello tampoco puede entender esta dinámica. Lo que para la familia es una falta de legitimidad de su

malestar, para él es falta de afecto, atención, y de reconocimiento a sí mismo como persona en sentido general. De este proceso se derivan tres observaciones medulares. Primero, las construcciones sociales de género son funcionales tanto a hombres como a mujeres, y segundo, alienan a la persona de sí misma a través de sus prácticas, y a través de la forma en que lo significan los *otros*.

En tercer lugar, si según la madre la legitimidad del malestar solo puede venir de una voz clínica, no bastaría criticar la cualidad positivista de los diagnósticos de la Psiquiatría tradicional. También habría que analizar los procesos significantes por los cuales se fuerza a la persona, en este caso a Lee, a emplear los indicadores de esos diagnósticos para presentarse y ser significativo emocionalmente para los *otros*. En este sentido, si bien sería visible, la propia epistemología de la que parte este diagnóstico tampoco permitiría trascender la medicalización del caso.

Una de las formas empleadas como solución a los problemas que ha reforzado la misma soledad, en este caso de los hombres, es el consumo de alcohol. En el presente trabajo se encuentran los casos de Andrés y Lee. Sobre todo en el primer caso, consumir alcohol es vivido como una salida a los sentimientos de pérdida, y la tristeza.

Esto ha creado una especie de círculo vicioso en torno a la tristeza y la depresión misma. Ello sucede porque la ingesta de alcohol ha implicado rechazo de la familia, de vecinos, e incluso, de aquellos que podrían ofrecerle trabajo a Andrés, y no lo hacen por su hábito, con lo que también se afecta su posibilidad de mejoría económica.

En esta lógica, el consumo ha contribuido con un círculo vicioso en el que la persona comienza y termina nuevamente culpándose a sí misma, y sin encontrar salida a los problemas. Este tipo de comportamientos de asumir riesgos, incluso a costa de la propia integridad personal (Farapi, 2009; Pagés, 2010; Franco, 2013), puede ser comprendido en relación a uno de los ejes sobre los que se ha defendido la hegemonía de la masculinidad sobre lo femenino, y otras formas de ser hombres: el valor, la fuerza (Pagés, 2010).

La socialización de las creencias sostenidas sobre este eje, no puede ser comprendida sin hacer referencia al proceso histórico por el cual la fuerza física, y la valentía, se convirtieron en significantes del valor social de lo masculino. Ello ocurrió en un momento en que era necesario defender primero la tribu, y luego las ciudades de las amenazas externas (Shlain, 2000).

De forma coexistente con estos procesos de ruptura, los procesos que generan sentimientos de pertenencia son muy importantes para proteger la salud mental de las personas. En el contexto cubano encontramos varios procesos de este tipo. Mile es un ejemplo de una adolescente, que a pesar de tener dos hijos y de encontrarse en una situación de dificultad económica a nivel familiar, por momentos tiene la esperanza de cambiar su situación a través de la superación profesional.

Esta esperanza tiene que ver con la posibilidad de mejorar su situación económica a largo plazo, pero también con la oportunidad de significarse socialmente como una profesional. Este proceso, sin embargo, no puede comprenderse al margen del contexto de oportunidades educativas y laborales que el gobierno cubano ha provisto para el empoderamiento social de la mujer.

Otro ejemplo de la vivencia de un proceso protector, es el caso de las relaciones vecinales en torno a Andrés y Gladys, que funcionan como apoyo y vigilancia emocional, y cuidado de la persona durante la ingesta de alcohol, o la vivencia de depresión. Otro ejemplo es el de la asistencia de Gladys a la casa municipal del abuelo, una iniciativa gubernamental que favorece las actividades de ocio e integración generacional de las personas de la tercera edad.

Uno de los ejemplos del apoyo emocional de los procesos de integración social es el caso de la reorganización familiar en torno a Celina después de su intento de suicidio. La familia retomó la cercanía afectiva respecto a Celina, y esto es reconocido conscientemente por ella como una satisfacción a su reclamo afectivo.

En esta lógica, el intento de suicidio también significa la posibilidad de reorganizar las relaciones familiares a su alrededor. Este tipo de procesos bidireccionales, de la historia de vida de la persona al intento de suicidio, y de este último a la

reorganización de su vida cotidiana, son los que justifican que en esta investigación se hable de *relación*, entre las construcciones sociales de género, y la forma en que se significa el intento de suicidio. En el caso de las personas de la tercera edad, no se trata solo de la fuerza del lazo social, sino que la fuerza de los sentimientos de pertenencia es esencial para una etapa de la vida en la que se han producido fenómenos como la salida de los hijos del hogar, y la jubilación.

### ***La angustia de mirar como ser***

Teniendo en cuenta la definición teórica que se realiza en este trabajo sobre la categoría significativa, y los resultados de esta misma investigación, se comprende que las formas en que se viven y asumen las identidades de género configuran una forma particular y selectiva de entender el contexto sociocultural que rodea a la persona. A esto se refiere “la mirada” en este análisis, que interesa en sus implicaciones sobre la forma en que la persona se piensa y siente a sí misma.

Las investigaciones de Beck et al. (1979), han mostrado que durante la depresión se produce un proceso cognitivo de estrechamiento de la percepción de la persona, también conocido dentro de esta teoría cognitiva de la depresión, como mirada de túnel. Los resultados de la presente investigación sostienen la necesidad de complementar la aproximación cognitiva, con una mirada de género.

Esto es así, porque lo que la persona define y siente como un problema, lo es también como resultado de todo un marco de oportunidades y alternativas que se han creado en su contexto inmediato, y que se pueden explicar como mediadas por construcciones sociales de género. Tal es el caso de Made, que se siente estresada por las responsabilidades del hogar y el estado de sus relaciones de pareja, cuando esta forma de sentir se explica por la forma patriarcal en que otros la ven, y confían en supuestos umbrales de aguante.

Andrés, Lee, y Gladys, son ejemplos también de cómo la institución hegemónica de la masculinidad y la feminidad, se relacionan con la forma en que se significa el intento de suicidio. Los primeros, incluida la madre de Lee, creen que los hombres que atentan contra su vida son cobardes, porque el hombre debe enfrentar la vida

tal y como esta ocurra para ellos. Esto se explica como resultado de la construcción histórica de lo masculino en contraposición a lo femenino (Vegetti, 1981), y la necesidad de que el hombre sea fuerte, autosuficiente, y controlador de sus emociones (Keijzer, 1998, 2003; Burín, 2007).

De esta forma, el intento de suicidio hace que la persona, en este caso hombres, se vivan a sí mismos con vergüenza y pena. Esta es la razón por la que se debe complementar la mirada positivista que identifica el intento previo como un factor de riesgo suicida en hombres. De esta forma es necesario entender a la persona como un todo. En este proceso se debe priorizar el estudio de los significados construidos alrededor de la muerte por mano propia, tanto antes del intento como después, cuando la persona necesita reorganizar su vida, y aprender a vivir también con lo que significa su intento de suicidio para los otros.

Otra vía de expresión de las construcciones sociales de género sobre las emociones de la persona, ocurre a través de la mediación de significantes instituidos históricamente. Lo femenino ha sido significado a través de la estética y el cuidado del cuerpo (Lehr, 1982; Coria et al. 2005). Como resultado, durante el proceso de envejecimiento, cuando el cuerpo sufre el deterioro de los años, este mismo significante aparece ante la mirada de la persona como un criterio de degeneración, y un significante de inconformidad del ser femenino consigo mismo. En este sentido es pertinente citar el caso de Gladys, quien se deprime cuando se ve a sí misma deprimida, porque ello significa para ella el descuido de su imagen personal.

Igual sucede con la pérdida de facultades mentales como la memoria, que la hacen sufrir, y confirmar la idea de que llegar a viejo es ser un cadáver. En esta lógica es importante una articulación entre lo social y lo biológico. Siguiendo los trabajos de Laurell (1994) y Samaja (2004) sobre la forma de entender la relación entre lo biológico y lo social, y de Ribot (1899) específicamente sobre la memoria, se comprende que el deterioro de la misma es un proceso significado con malestar emocional, pero porque recordar no tiene solo una función cognitiva, sino que permite a la persona aferrarse y rescatar su historia de vida. Esto puede ser vital

durante el envejecimiento como una forma de hacer frente a la soledad y la depresión.

Otra de estas formas de ver la cotidianidad y verse a sí mismo, también existe en el solapamiento de la educación tradicional, y las características socioemocionales de los períodos etarios. En este caso se aprecia un comportamiento de riesgo, que coloca a Mile a una situación de vulnerabilidad emocional, acrecentada por la crisis económica que vive la familia.

Mile se ve a sí misma demasiado joven para usar métodos anticonceptivos, y por lo tanto se ha descuidado en las relaciones sexuales. Hoy tiene dos hijos, y espera otro con 16 años de edad. En este contexto se encuentra viviendo un conflicto intrapersonal coexistente con un conflicto interpersonal.

En el plano intrapersonal siente angustia porque se ve forzada por la madre a cumplir el rol de cuidado de los hijos, cuando ella se asume más como adolescente, y por lo tanto siente una contradicción entre sus hijos y los deseos de diversión. Este conflicto se agudiza además, porque la responsabilidad implica también manutención económica de los hijos, en medio de un contexto de precariedad económica de la familia, y del país en sentido general.

Una de las formas más complejas de configuración de esta mirada se encuentra en el caso de Gladys. A través de ella se aprecia un sentimiento de frustración por las expectativas depositadas en el sistema económico y político del país. Luego de depositar sus expectativas de futuro en el gobierno, vive con angustia y decepción sus carencias materiales actuales. Ante ello se cuestiona su implicación histórica con el proyecto de gobierno, y se culpabiliza a sí misma por no haber sido previsor, o no haber guardado más dinero.

De esta forma, aunque la gestión gubernamental tiene una responsabilidad importante en la gestión de la calidad de vida de los grupos sociales, en ocasiones Gladys se ve a sí misma como culpable de la forma en que se siente, y de sus condiciones materiales de vida. En este sentido, la vuelta problemática del individuo sobre sí mismo, se muestra como no exclusiva del neoliberalismo, sino de la

vivencia de todos los procesos económicos que constriñen la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano.

Esta vuelta sobre sí misma a modo de culpabilización, es funcional a los criterios diagnósticos de las voces clínicas positivistas. La explicación radica en que estas voces depositan la responsabilidad del malestar emocional en la persona aislada de su historicidad. Lo mismo sucede con el orden político, no interpelado por una responsabilidad que se asume por la propia persona.

Los procesos de socialización sostenidos desde las creencias y expectativas de género, se materializan también en los saberes y expectativas que asumen las personas respecto a sí mismas. Lo relevante en este sentido, es que estos aprendizajes sancionados con una cualidad de género, crean una forma de ver e interpretar el mundo social.

Esta mirada habilita a la vez que constriñe las posibilidades de la persona para aprovechar oportunidades, y desplegar sus potencialidades. En este sentido es importante el caso de Andrés, quien desde pequeño fue llevado a La Habana para proveer económicamente a su familia en el oriente del país, y le fue enseñada la albañilería, un trabajo considerado históricamente en Cuba como fuerte, y por tanto de hombres.

Al momento de la entrevista tiene 52 años, ha perdido fuerzas físicas, la contratación en ese sector se ha vuelto inestable, pero según sus palabras no sabe hacer otra cosa, y continúa depositando sus expectativas de futuro en las capacidades corporales, y en este saber. De esta forma, las posibilidades de satisfacer sus necesidades básicas han quedado atadas a un oficio de hombres, amén de las dificultades que pueda encontrar para continuar con este.

### ***El sentir y la expresión emocional normalizada***

A partir de los trabajos de Porter et al. (1993) y Ozdemir (2013), para los fines del siguiente desarrollo la normalización del malestar emocional será entendido como el proceso por el cual la vivencia de la persona, y la expresión de sus emociones por cualquier vía, se explica como proceso normado socioeconómica y

políticamente en un contexto de vida específico. Las construcciones de género han normalizado también las formas legítimas de expresión del malestar emocional, representando una sanción para aquellos que transgreden esa norma.

Un ejemplo de las múltiples formas de expresión de este proceso es Made. Las tareas del hogar, de las cuales ha quedado como la única responsable porque el esposo considera que son tareas de mujeres, la estresan de forma recurrente. Sin embargo, lo que para ella es tensión emocional y estrés, la familia lo asume como un reto que ella sabrá superar, porque se considera que para eso fue educada. En esta lógica, ser mujer aparece definido también como un umbral de resistencia al malestar emocional, cuando se vincula a las responsabilidades del cuidado de la casa, y del propio hombre.

Una de las salidas que emplea Made a este estrés, es el refugio en las tareas del hogar. Sin embargo, en este caso su socialización como mujer, y el reforzamiento del patriarcado en el ámbito familiar, incluido el propio esposo, conllevan a la búsqueda de distensión emocional precisamente en aquellas responsabilidades que la estresan.

Con esto se crea un círculo vicioso que la hace creer que ya no existen más salidas a su malestar emocional. De esta forma, la normalización de su ser, anclada en lo que se espera de la feminidad, le impide tanto a la familia como a ella misma, sentir su malestar emocional en relación a todos esos procesos constrictivos de sus vivencias.

Esta normalización tiene otras implicaciones en términos de sanciones, que Made ha pagado con el propio intento de suicidio como expresión de malestar emocional inaguantable. Si dijese que ya no cumpliría sus responsabilidades para con la casa, el esposo, sus padres y hermanos, posiblemente sería significado como rebeldía e inadaptación por parte de la familia. De esta forma, el intento de suicidio se puede explicar también como resultado de un proceso de normalización dañina de las emociones, construido y sustentado con un sello importante de género.



Uno de los procesos por el cual se instituye la forma en que las personas se sienten y piensan a sí mismas en el contexto cubano, es el esquema de pensamiento dicotómico. La institución de este esquema de pensamiento se explica en el contexto cubano como resultado del entrecruzamiento de dos voces fundamentales.

Por un lado la trayectoria religiosa, y por otro un sistema político ideológicamente opuesto al capitalismo, que ha categorizado dicotómicamente todo lo que pueda amenazar su orden social. Su expresión más clara es la fragmentación histórica en el discurso y el trato entre *los de aquí y los de allá, los revolucionarios y los contrarrevolucionarios, los gusanos y los patriotas, entre patria o muerte.*

Tomando como referencia de interpretación los trabajos de Williams y Pollock (2000), así como el de Hiernaux (2008, 2009), cuando el individuo asume una filosofía de vida que se divide entre el bien y el mal, lo positivo que hay que estimular a toda costa, y lo negativo que hay que controlar por todas las formas posibles, las emociones se polarizan, y la persona queda sujeta a la ansiedad de controlar su vida para que no llegue al punto contrario y extremo: el descontrol, y la depresión. El reforzamiento de una filosofía de vida de este tipo tiene costos emocionales para la asunción de la masculinidad hegemónica, porque esta se ha erigido tradicionalmente en el predominio de la razón sobre las emociones (Vegetti, 1981; Seidler, 1995; Shlain, 2000; Keijzer, 2003; Burín, 2007).

Esto es así, porque ser hombre es ser racional y controlador de emociones, y por eso debe mantener el equilibrio entre los dos aspectos del esquema a través del que se piensa y siente lo social. Tal es el caso de Lee, que en sus propias palabras debe evitar todo el tiempo que el perro malo se coma al bueno.

Para la salud mental esto representa vivir con la ansiedad como parte de la cotidianidad, y que cualquier falla en el control de los impulsos o el logro de un objetivo sea significado desde su contraparte extrema, el fracaso. Este tipo de procesos sostiene la necesidad de entender la vida social más allá de un proceso orgánico, como un devenir de motivaciones, necesidades, y proyectos que movilizan a los grupos humanos desde imaginarios colectivos (Sartre, 1973).

Uno de los procesos de normalización de la vivencia y la expresión del malestar emocional, en los que intervienen más nítidamente las voces políticas, se aprecia en el caso de Celina. Celina ha sido militante activa en organizaciones políticas para la vigilancia de la diversidad de opiniones políticas, como el caso de los CDR.

Sin embargo, como resultado de un proceso de decepción, fundamentalmente económica con el orden político, está viviendo un conflicto intrapersonal entre su decepción con el orden social, y sus condiciones materiales de vida. No obstante prefiere callar su malestar emocional, porque conoce las represalias políticas de las que puede ser objeto. Las vivencias de angustia ante las ideas de persecución ocurren en la actualidad, y se solapan con una historia de experiencias de persecución por parte de su pareja, en un momento de su historia de vida.

Celina no puede nombrar su malestar más allá del espacio doméstico, y ello le impide reconocer y comprender sus emociones. Tal y como muestra la investigación de Bolaños (2016) respecto a la salud mental de los hombres en un contexto neoliberal, aquí también se aprecia la dinámica de la determinación social de la salud mental. Esto ocurre a través de una contradicción entre el control del sistema político, abiertamente pensado para el desarrollo de la personalidad humana a la par de las fuerzas productivas, y la forma en que se vive y se permite la expresión del malestar emocional.

Cuando recibe atención, la voz de la Psiquiatría la estigmatiza con un diagnóstico clínico exclusivamente, y medicaliza su malestar. Esto es funcional a la normalización política sobre las formas legítimas de ser y estar en la sociedad cubana, e invisibiliza otras dimensiones desde las que pudiera ser comprendido el malestar subjetivo.

Un riesgo común a todos los procesos de normalización de las formas de sentir y expresar las emociones en el contexto cubano, es que la normalización no se reduce a invisibilización o formas establecidas de expresar y sentir. Siguiendo a Freud (2011), cuando esas emociones intentan reprimirse, o no pueden expresarse a través de las normas instituidas, no desaparecen, sino que se expresan de otra forma.

En este sentido, el intento de suicidio es resultado tanto de la angustia con esta forma de vivir y expresar las emociones, como una de las alternativas ante ello. El intento de suicidio se convierte en una de las formas alternativas de expresar el malestar emocional.

## Conclusiones

La deconstrucción y articulación del objeto de estudio es una actividad consustancial al campo de la Salud Colectiva, y a la comprensión integral y crítica de los procesos de determinación social de la salud. Por este motivo, es necesario dedicar un espacio a las conclusiones sobre el proceso mismo de la investigación.

El empleo de una mirada crítica, y de una metodología cualitativa fueron relevantes por varias razones. Una mirada crítica, comprometida con los procesos de circulación y reproducción de las relaciones de poder, permitió el aprovechamiento de un grupo de autores con líneas de trabajo variadas, desde la teoría cultural, hasta el estudio de la vida cotidiana.

La metodología cualitativa fue decisiva en el proceso de aproximación a las personas, y la comprensión de sus emociones en el contexto de sus vidas cotidianas. La posibilidad de establecer relaciones de aceptación y empatía con las personas, permitió conocer formas de pensar y sentir que generalmente estas últimas no relacionan con su salud mental, escuchar voces silenciadas por los mismos procesos cotidianos que viven, y que las personas se escucharan a sí mismas.

En esta lógica, es importante mencionar que aunque la tesis no tuvo un objetivo terapéutico, fue imposible no emplear la contención durante las entrevistas. El momento más crítico fue durante el cierre de la entrevista, porque el cumplimiento de los objetivos de contenido, no necesariamente coincide con un cierre en el que la persona tiene un estado emocional positivo. Por esta razón, fue necesario hacer trabajo de contención antes de abandonar el set de la entrevista, y poder cerrar el proceso con una buena actitud de la persona.

Un eje para las conclusiones de la presente investigación son los objetivos específicos, sin embargo, en la explicación no se pueden separar las voces encontradas, los significantes, y la relación de ambas categorías con las construcciones sociales de género, y la significación del intento de suicidio. Esto es así, porque las voces mismas son procesos instituidos, e instituyentes de los

significantes que constriñen y habilitan las formas de pensar y sentir. Consecuentemente se arribaron a varias conclusiones sobre este proceso.

Los procesos de socialización y de reproducción de la vida cotidiana durante las diferentes etapas de la historia de vida de los individuos, se sostienen a través de voces. En la medida en que estas voces son significantes de la propia identidad, y ofrecen a la persona la posibilidad de comprender y orientarse en el mundo, también son normativas hegemónicamente de las formas de pensar y sentir de los seres humanos.

Los modelos educativos tradicionales basados en la división sexual rígida del trabajo, heredada de la cultura española cristiana, así como la religión afrocubana, son voces aprendidas formal e informalmente en la sociedad cubana, que significan y sostienen una forma tradicional de entender y normar los roles de género, el matrimonio, y las relaciones familiares. Estas voces se solapan y refuerzan cotidianamente a través de las expectativas de la comunidad, la familia, la pareja, y la forma en que las personas se asumen y viven a sí mismas. Ello responde a que ser hombre o ser mujer es parte de la propia identidad personal, y por tanto de la forma en que la persona puede comprenderse a sí misma, y ser reconocida por los *otros*.

Como la sociedad se reproduce cotidianamente en los planos subjetivo y material, estas voces buscan constantemente la aceptación de la persona, y el control de su comportamiento y emociones. En su interacción con la subjetividad, estas voces y cualidades normativas han generado cuatro procesos de malestar emocional que se relacionan de modos particulares con la significación del intento de suicidio, y que son: *el sufrimiento de las violencias, la ruptura del lazo y la integración social, una angustia al ver el mundo social con una mirada socializada a través de construcciones de género, y la normalización de una forma de sentir y expresar el malestar emocional*.

El sufrimiento de las violencias se relaciona con la significación del intento de suicidio a través de la dinámica de varias voces, que existen históricamente a través

de la forma en que la persona se relaciona con los *otros*. En este último sentido, las violencias también se ejercen por las personas hacia ellas mismas.

Las construcciones sociales instituidas e instituyentes de la subjetividad femenina, responden a las creencias de la mujer como un ser inferior por ser intuitivo y pasional, así como un ser cuya participación social se debe reducir al espacio privado-doméstico, el cuidado de la casa y la familia, con énfasis en la figura del hombre. La masculinidad por su parte, se sostiene en las expectativas de provisión de seguridad material al hogar, represión y control de las emociones, la autosuficiencia, y la valentía ante las dificultades de la vida. La violencia opera a través de estas creencias y expectativas, como resultado de que se han instituido hegemónicamente sobre las formas de ser mujer, ser hombre, y la relación entre ambos procesos.

Uno de esos *otros* que ejercen violencia, fundamentalmente de hombre a mujer, es la pareja. Ello ocurre en forma de violencias físicas, psicológicas, y económicas, a través de golpes, amenazas, insultos, control del tiempo de ocio, aislamiento de las amistades, invisibilización del trabajo doméstico, negación de apoyo económico, y exclusión de los procesos de toma de decisión respecto a la casa, negocios, e incluso los hijos.

La intensidad con la que se sufren estas violencias depende de sus manifestaciones, solapamientos, así como de las limitaciones de las mujeres para abandonar la relación violenta. Estas limitaciones son resultado de una historia de afecto, y la dependencia económica respecto al hombre, sobre todo en aquellas mujeres con una historia de vida anterior a la revolución cubana, y la reducción de las brechas educativas y laborales que ha permitido un empoderamiento multidimensional de las mujeres cubanas.

La familia también juega un rol medular en el sostenimiento y agudización del sufrimiento de las violencias, cuando presiona a la mujer violentada a sostener la relación, y cumplir con lo que se espera de ella como madre y esposa. De esta forma, la mujer pierde la posibilidad de apoyarse en la familia como una alternativa de contención y expresión del malestar emocional. De esta forma, cuando se

comprende el intento de suicidio desde una perspectiva de género, el análisis debe contemplar también cómo afectan o protegen a la persona, las construcciones de género sostenidas por aquellos que la rodean.

Hay otra dimensión en la que la familia actúa como presión normalizadora. En la medida en que la familia asume una construcción hegemónica de la feminidad, y que un significativo de lo femenino es saber encargarse de las tareas del hogar, el malestar emocional de la mujer es significado dualmente. Lo que para la mujer significa y se vive en forma de estrés, como resultado de las múltiples tareas y su continuidad en el tiempo, para la familia no significa daño o una señal de alarma, sino parte de las responsabilidades que se han aprendido como mujer. Así, el estrés de la mujer se significa a partir de la falsa creencia en un umbral de aguante emocional.

El sufrimiento de las violencias física, psicológica, económica y estructural, se relaciona con el intento de suicidio a través de la vivencia histórica de ansiedad, depresión, sentimientos de minusvalía, de que ya no existen más salidas, y de decepción con el orden político y económico. A pesar de que el intento de suicidio significa para el ser femenino una salida al estrés y la depresión, pudo ser comprendido en su proceso de institución.

En la medida en que el intento de suicidio puede ser peligroso para otras personas también, la intervención de agentes del orden juega un papel decisivo en la significación de la persona. Esto es así, porque cuando se etiqueta a la misma a partir de su consumo de sustancias, se pierde la posibilidad de comprender su comportamiento, también como una expresión de malestares emocionales que requieren otro tipo de atención.

Una de las voces que significan a la persona que intenta suicidarse, y ejercen violencia psicológica sobre ella, es la atención en salud mental. Ello es así, porque el predominio del modelo biomédico, y la consecuente medicalización del malestar subjetivo, han implicado falta de atención personalizada, invisibilización de los malestares emocionales, y reforzado los sentimientos de culpa y responsabilidad de la propia persona.

Este proceso violento es funcional a la organización política y económica, en este caso cubana, en la medida en que se evita problematizar el malestar subjetivo en el contexto de las dificultades materiales que vive la sociedad, y su impacto en la esfera emocional. Esta dinámica es crucial, porque si el enfoque clínico ha sido significado históricamente como una voz autorizada sobre la salud mental, sus limitaciones hermenéuticas y la medicalización, pueden ser vividas como la falla de la propia persona, en lugar de la falla de una voz legitimada científicamente.

Una de las violencias con mayor impacto sobre la significación del intento de suicidio ha sido la violencia estructural. El sistema económico y político cubano, a pesar de haber declarado explícitamente su meta de desarrollar las fuerzas productivas a la par del desarrollo de la personalidad, ha creado una contradicción entre las condiciones de vida y la salud mental. La precariedad y limitaciones materiales también tienen un impacto diferencial en la salud mental, instituido a partir de las construcciones hegemónicas de género.

La mujer educada en un modelo tradicional, se espera y se asume a sí misma en la dependencia económica respecto al hombre. Sin embargo, como resultado de ello al llegar a la vejez, la mujer se encuentra con la necesidad de reconstruirse a sí misma como ser autosuficiente desde el punto de vista material. En este sentido, la pérdida de la pareja significa para la vida de la mujer la pérdida tanto de una relación de afecto, como del vínculo de dependencia al que ha estado supeditada históricamente.

Esta violencia adopta cualidades diferenciadas para el caso de la masculinidad cubana. El ser masculino, asumido desde la provisión material y económica del hogar y la familia, encuentra dos limitaciones fundamentales en el cumplimiento de su responsabilidad. Por un lado la inestabilidad laboral que precariza materialmente su vida, es reforzada por la burocracia en el tratamiento de los cobros fiscales. En segundo lugar, la pérdida de valores tradicionales como la honestidad, que producen un conflicto intrapersonal entre la necesidad de proveer a la familia, y la necesidad de hacerlo pero de forma deshonesto.



La historicidad de estas dificultades materiales, así como la extensión de esta pérdida de valores, crea una historia de vida caracterizada por las continuas pérdidas y rupturas emocionales. A pesar de esta angustia, la persona se exige y violenta a sí misma, porque la contraparte del malestar emocional, es la posibilidad de satisfacer la necesidad de pertenencia e identidad.

Esta relación dialéctica entre el malestar emocional y la necesidad de afirmar la forma en que se vive, sostiene la inviabilidad de entender el suicidio solo desde el daño como lo hace el modelo biomédico. Además de esta angustia, también se produce una vuelta de la persona sobre sí misma en forma de culpabilización, que genera estrés, depresión, y la vivencia de un malestar emocional inaguantable.

De esta forma, la significación de los comportamientos y emociones de la persona se convierte en la significación de la persona como un todo. Esto se relaciona con la significación del intento de suicidio, en la medida en que se limita y fragmenta la posibilidad de que los otros comprendan a la persona, y ella lo haga sobre sí misma.

Una de estas formas de fragmentación, también sostenida como parte de las construcciones de género, y relacionada con la significación del intento de suicidio, es la ruptura de los lazos y la integración social. Desde la infancia, las expectativas diferenciales para hombres y mujeres generan diferentes tipos de ruptura familiar.

La mujer deja a su familia, y se incorpora dependientemente a la figura del hombre a través del matrimonio. El hombre emigra hacia una provincia con mayor desarrollo económico, a partir de la expectativa familiar y comunitaria de que pueda proveer materialmente a la familia. De esta forma, su historia de vida y responsabilidades quedan significadas desde la infancia, por la necesidad de que provea a otros.

Hay otra forma de ruptura del lazo y la integración social, sostenida también desde las construcciones hegemónicas de género, y la significación que se construye en torno a otras emociones. Lo que para el ser masculino se significa como desafecto de la familia y falta histórica de atención, para la familia significa un actuar congruente con la creencia de los que hombres deben ser fuertes física y emocionalmente, y autosuficientes en la resolución de sus problemas. De esta

forma, nuevamente se produce una ruptura en los afectos familiares, como resultado de la significación dual entre la masculinidad definida, y las constricciones de la masculinidad sentida.

La masculinidad hegemónica también se ha significado a partir del consumo de alcohol como una salida al malestar emocional que no se identifica. Sin embargo, el consumo fragmenta el lazo y la integración social, una vez que genera problemas en las relaciones familiares, así como distanciamiento familiar y comunitario. Se crea un círculo vicioso entre la forma elegida por el ser masculino para aliviar su malestar emocional, y el reforzamiento de las mismas situaciones que lo generan.

La ruptura en el lazo y la integración social se relaciona con la significación del intento de suicidio, cuando el intento se explica como resultado de la vivencia histórica de necesidades insatisfechas de afecto. El intento de suicidio también se significa antes y después del acto, y llega a significar tanto para el ser masculino como el femenino, una alternativa para obtener visibilidad como ser emocional legítimo ante los *otros*, fundamentalmente la familia. Este proceso de obtener visibilidad es problemático, y pudiera constreñir a la persona al empleo de etiquetas diagnósticas positivistas, con el fin de ser reconocido como sujeto legítimo en términos de malestar emocional.

La dinámica de integración social fue el proceso con mayor potencialidad para proteger a la persona del intento de suicidio en el contexto cubano. En este sentido se pueden mencionar las potencialidades del cuidado de los vecinos, las creencias religiosas, la incorporación de la persona a la casa del abuelo, y el empoderamiento educativo y laboral de la mujer.

Uno de los procesos a través de los cuales las construcciones sociales de género se relacionan con la significación del intento de suicidio, es la institución de una forma de ver lo social a través de significantes, diferentes para el ser masculino y el ser femenino. En esta lógica, la socialización de género se expresa también a través de la orientación de la persona hacia los saberes necesarios para el tipo de actividades masculinizadas.

Como consecuencia, las oportunidades de empleo y por lo tanto de satisfacción tanto material como identitaria, quedan normalizadas a partir de los saberes significados como decisivos para una participación masculinizada en el mercado laboral. De esta forma, para el ser masculino construido hegemonícamente, la significación de los problemas relacionados con el empleo, no solo depende de la participación o no en el mercado de trabajo, sino de la cualidad de las actividades que se esperan realizar como hombre.

La institución de la masculinidad hegemónica a través de la estigmatización comunitaria, implica una inconformidad y una vergüenza de la persona consigo misma. Esta dinámica genera malestar emocional, aislamiento, a la vez que una ruptura con los lazos comunitarios que pudieran servir de protección ante el intento de suicidio.

La construcción social de la feminidad sobre la base de la complacencia del hombre, y como objeto de satisfacción para este, han implicado que se haya instituido el cuidado de la imagen corporal como un significante de lo femenino. Esto sin embargo, llega a ser problemático para la mujer durante la ancianidad, cuando el descuido de la imagen corporal es significado como consecuencia de la depresión, a la vez que por lo tanto, también se intensifica el malestar subjetivo con el padecimiento mismo de la depresión.

Uno de los casos más complejos de articulación entre los procesos cognitivos, emocionales, y la cualidad instituyente de las voces sociales, se observó en la dinámica de una filosofía de vida de tipo dicotómica. Este proceso tuvo implicaciones fundamentales para el estado emocional del ser masculino.

La filosofía de vida de tipo dicotómica, o de polos opuestos, se explica como parte de la historicidad de las creencias religiosas, tanto en la religión afrocubana, como en la cristiana. Esta forma de entender el mundo social desde categorías opuestas, implica para el ser masculino, socializado sobre el eje del control y la represión de emociones, la necesidad de controlar permanentemente el equilibrio entre los dos polos.

Esto genera estrés, y una preocupación constante por parte de la persona, porque se teme perder el control sobre las emociones. Sin embargo, este tipo de tensiones es reforzada por la voz del orden político cubano, porque históricamente ha intentado controlar el orden social a través de la división entre grupos opuestos, según su grado de acuerdo con el régimen político: *los de aquí y los de allá, los revolucionarios y los contrarrevolucionarios, los gusanos y los patriotas*.

Lo que para el orden político cubano constituye una vigilancia política de las opiniones, es también la normalización de las formas que se consideran legítimas para expresar las emociones. Esto ha implicado la imposibilidad de que la persona se escuche a sí misma, no se pueda nombrar y reconocer el malestar emocional, y por lo tanto se limite la posibilidad de comprenderlo y trabajar terapéuticamente con la persona.

Aun así, el malestar emocional reprimido no desaparece, sino que se expresa de otra forma, y el intento de suicidio significa una alternativa de expresión del malestar emocional que no ha podido ser expresado de otra forma. Por este motivo es tan importante comprender el intento de suicidio más que controlarlo, y entenderlo como expresión de otros malestares y sentidos, y no solo como una falta de razón.

La dinámica de estos procesos históricos y multidimensionales, permiten afirmar que la determinación social del suicidio está mediada por la determinación social de las formas de pensar y sentir de seres humanos contextualizados económica, política, y culturalmente. De esta forma, lo que pudiera ser significado como impulsividad ante la mirada de algunos, no deja de tener una explicación histórica, cuyas voces instituyentes deben buscarse en la relación de las personas con su contexto social.

Estas voces se entrecruzan para generar una mirada más o menos problemática del contexto social, el solapamiento de diversos malestares emocionales, la sensación de que ya no existen más alternativas a los problemas, malestar emocional inaguantable, invisibilización, encubrimiento y negación del malestar subjetivo. También generan represión del malestar que implica su expresión a

través de otras formas, y la práctica de soluciones que refuerzan las emociones negativas en forma de círculo vicioso.

### **Recomendaciones**

El propósito de las recomendaciones de esta investigación es utilizar los resultados con el fin de proponer líneas de trabajo futuro, sobre la relación entre las construcciones sociales de género, y el fenómeno del suicidio, de modo que se puedan evitar más muertes por este proceso. Las recomendaciones se proponen utilizando dos bloques de actividades posibles: *el estudio de la relación entre las construcciones sociales de género y el suicidio*, y en segundo lugar, *la posibilidad de diseñar e implementar políticas públicas dirigidas a la prevención del suicidio, con una perspectiva de género*. Todas con alcance más allá del contexto cubano.

- El estudio de la relación entre las construcciones sociales de género y el tema del suicidio durante cualquiera de sus etapas (ideación, intento, o suicidio consumado), debe prestar especial atención a los procesos instituyentes de los significados, en lugar de estudiar los significados como contenidos ya dados. Esta es una forma de acceder a los procesos normativos tanto de los fenómenos sociales, como del cambio mismo de estos.
- El estudio de la significación del fenómeno del suicidio, debe problematizar teóricamente la relación entre el acto y el significado en sentido bidireccional. Esto debe ser así, porque el significado no es necesariamente anterior al intento, sino que también se deriva de la forma en que la persona lo significa posteriormente, y aprende a vivir con ese momento de su historia de vida. Esta sería una forma de rescatar la comprensión del proceso de sobrevivir al intento de suicidio, tanto por parte de la persona misma, como por parte de la familia.
- Previo al trabajo en campo con personas que han intentado quitarse la vida por mano propia, e independientemente de que el estudio tenga o no una

orientación terapéutica, se debe proveer una capacitación a la persona sobre herramientas de contención emocional.

- Comprender la relación entre las construcciones de género y el fenómeno del suicidio, implica en primer lugar, comprender la forma en que los procesos de socialización diferencial y hegemónica, constriñen y habilitan las formas por las cuales las personas se sienten y piensan a sí mismas. Por esta razón, una forma de prevenir el intento de suicidio con perspectiva de género, es el diseño de una educación en inteligencia emocional como parte del currículo educativo a todos los niveles, con especial énfasis en la educación sexual. Estos programas deben trabajar las relaciones intra-género e inter-géneros, y deben permitir de manera práctica, la tolerancia a la diferencia, la vivencia alternativa de emociones, múltiples formas de autoconocimiento, autocuidado, y de expresión del malestar emocional relacionadas con la práctica de la asertividad entre los géneros.
  
- Las instituciones cubanas encargadas de la atención en salud mental a nivel comunitario, deben mejorar la forma de registro de la información de las personas, y los procesos de comunicación interinstitucional a propósito del tema, como una vía para mejorar el proceso de seguimiento de las mismas de forma triangulada, y con énfasis en el área de atención más cercana a la persona. Un sistema de computadoras conectadas en red, permitiría el acceso a una base datos compartida y accesible por personas autorizadas, y actualizada en tiempo real.
  
- Es necesario discutir y replantear de forma más humanística, la formación profesional del personal clínico que brinda atención en salud mental. Ello con una perspectiva de género como eje transversal relacionada a la persona que llega a consulta, pero también con ellos como seres socializados en la misma lógica hegemónica de los géneros. Ello es relevante, porque el personal de atención en salud mental, es también parte de las violencias

institucionalizadas hacia la persona que sufre un malestar emocional, y ello repercute en la invisibilización del malestar, el rechazo a pedir ayuda o utilizar el servicio. Si bien existen procesos institucionales y estructurales que explican estas prácticas, se pudiera avanzar en esta humanización a través de tres estrategias concretas: Uno. Es necesario un cambio en el lenguaje que exija una nueva forma de entender a las personas, y se pase del *sujeto* de la enfermedad, al *actor* entendido como articulación de lo emocional y lo cognitivo, y expresión singular de su realidad sociocultural. Dos. Los investigadores en Ciencias Sociales debemos construir y argumentar aproximaciones dialógicas, y que en lugar de criticar el enfoque biomédico desde la exclusión, intenten construir explicaciones que articulen lo biológico y lo cultural, el individuo y la sociedad. Esto debe ser así, porque no se puede exigir un cambio en la mirada del modelo biomédico, sino no se articula una explicación que argumente la forma en que puede complementarse su mirada con apoyo de la teoría social. Tres, es necesario formar profesionales en salud mental, a través del ejercicio permanente del autoconocimiento, y la sensibilización con su vida emocional. No se puede querer humanizar la labor clínica, cuando el mismo conocimiento clínico aliena a la persona respecto a sí misma, y la reduce a la constatación de hipótesis, y el control de síntomas.

- Las políticas públicas en prevención del suicidio con perspectiva de género, deben comenzar antes de que el tema del suicidio sea un problema. Para ello hay que trabajar la salud mental desde una perspectiva integral, lo que significa avanzar en la prevención de las problemáticas relacionadas con el suicidio, y las cualidades que ellas adoptan para los géneros. Estas problemáticas deben incluir la prevención de la violencia de género más allá de las relaciones de pareja, del consumo de sustancias, y la implementación de programas dirigidos a reforzar los procesos de integración social durante las diferentes etapas del ciclo de vida, con especial énfasis en la tercera edad.

- Las políticas públicas para la prevención del suicidio en Cuba, deberían focalizar la necesidad de capacitar al personal de la seguridad pública, sobre todo policías, acerca del impacto de sus intervenciones sobre personas que atentan contra su vida, y con herramientas para realizar intervenciones básicas de contención. Esta capacitación debería tener como punto de partida, la forma en que se deben manejar los mitos asociados al tema del suicidio.
  
- Las políticas públicas para la prevención del suicidio con una perspectiva de género, deberían vincular el trabajo con la familia desde el tránsito de la persona por la escuela, y luego con la atención clínica. Esto, porque la familia es el único espacio de intervención para quienes no asisten a consulta, y la forma en que se maneja el tema, puede implicar estigmatización de la persona, invisibilización del malestar emocional, o culpabilización. Este trabajo con la familia pudiera tener como ejes: las diferentes formas por las que se expresa el malestar emocional, las principales causas por las que no se busca ayuda, la forma de trabajar los mitos asociados a la conducta suicida, y la forma de acompañar y ayudar a la persona a reorganizar su vida cotidiana, después de un intento de suicidio.



## Referencias bibliográficas

- Abascal, I., Martín, A., y Torres, M. (2010). Perfiles de género y salud en Cuba. *Revista Cubana Salud Pública*, 36 (2), 132-141.
- Abramson, L., Seligman, M., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 32-48.
- Adinkrah, M. (2016). Anti-Suicide Laws in Nine African Countries: Criminalization, Prosecution and Penalization. *African Journal of Criminology and Justice Studies*, 9 (1), 279-292.
- Albelo, M., y Noda, R. (2006). *Economía Política de la Construcción del Socialismo*. La Habana: Pueblo y Educación.
- Alberdi, R. (1991). Sociología de la Salud y la Enfermedad Mental, *IX Congreso de Enfermería en Salud Mental*, Pamplona.
- Alfaro, A., Valdés, J., Suarez, R., Prado, J., y Heredia, B. (2010). Causas y factores asociados con el intento suicida en adolescentes en la provincia Sancti Spíritus. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 48 (1), 15-23.
- Álvarez, I. (2003). El discurso sexual como valor de identidad nacional cubano. *Revista de Humanidades: Tecnológico de Monterrey*, 14, 13-36.
- Amezcuca, B., Rivera, L., Atienzo, E., Castro, F., Leyva, A., y Ayala, R. (2010). Prevalencia y factores asociados a la ideación e intento suicida en adolescentes de educación media superior de la República Mexicana. *Salud Pública de México*, 52 (4), 324-333. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342010000400008&lng=es&tlng=es).
- Antón, I., Laveda, E., y Martínez, A. (2014). Histeria: Historia De La Sexualidad Femenina. *2º Cuatrimestre, XVIII* (39), 63-70.

Apter, A., y Gvión, Y. (2012). Suicide and Suicidal Behavior. *Public Health Reviews*, 34 (2), 1-20.

Arce, R. (2005). *La formación: una Mirada desde el sujeto*. Recuperado de: [http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area\\_tematica\\_15/p\\_onencias/0251-F.pdf](http://www.comie.org.mx/congreso/memoriaelectronica/v10/pdf/area_tematica_15/p_onencias/0251-F.pdf)

Arias, E., y Blanco, I. (2010). Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina. *Estudios Sociológicos*, XXVIII (82), 185-210.

Asociación Psiquiátrica de América Latina. (2003). *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico*. Recuperado de: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia\\_latinoamericana\\_diagn\\_psiq\\_g\\_ladp.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamericana_diagn_psiq_g_ladp.pdf)

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). (5ta edición). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington: Editorial Médica Panamericana.

Augé, M. (2000). *Los no lugares. Espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.

Baca, E., y Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud Mental*, 37,373-380.

Banco Mundial. (2018). *Country and Lending Groups*. Recuperado de: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519>

Bajtín, M. (1982). *Estética de la creación verbal*. México DF: Siglo XXI editores.

Baudrillard, J. (1976). *La génesis ideológica de las necesidades*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Bauman, Z., y Tester, K. (2002). *La ambivalencia de la modernidad y otras conversaciones*. Barcelona: Paidós.

Baumeister, R. (1990). Suicide as Escape from Self. *Psychological Review*, 97 (1), 90-113.

Beriain, J. (2008). *Aceleración y tiranía del presente. La metamorfosis en las estructuras temporales de la modernidad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Chichester: Wiley.

Beck, A. (2008). The evolution of the Cognitive Model of Depression and its Neurobiological Correlates. *Am J Psychiatry*, 165, 969-977.

Berger, P., y Luckmann, Th. (1995). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido ¿Qué necesidades humanas básicas de orientación deben ser satisfechas?* Buenos Aires: Paidós.

Betancourt, A., y Lima, K. (1999). *Intento suicida y su relación con el abuso de alcohol*. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/abr/v39\\_2\\_00/abr03200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/abr/v39_2_00/abr03200.htm)

Bilsker, D., & White, J. (2011). The silent epidemic of male suicide. *Medical Journal*, 50 (10), 529-534.

Blumenthal, S. (1988). *An overview and synopsis of risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients over the life cycle*. Recuperado de: <http://susan-blumenthal.org/wp-content/uploads/2016/11/Suicide-Over-the-Life-Cycle-Blumenthal.pdf>

Blumenthal, S. (2010). *Suicide and Gender*. Recuperado de: [http://susan-blumenthal.org/wp-content/uploads/2010/04/Susan-Blumenthal-Suicide\\_and\\_Gender.pdf](http://susan-blumenthal.org/wp-content/uploads/2010/04/Susan-Blumenthal-Suicide_and_Gender.pdf)

Bogdan, R., y Taylor, S. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Bolaños, F. (2016). *Malestar psicológico, estrés y abuso expresivo de hombres hacia sus familiares*. (Tesis de doctorado). Universidad Autónoma Metropolitana, México.

Bolívar, A., y Domingo, J. (2006). La investigación biográfica y narrativa en Iberoamérica. Campos de desarrollo y estado actual. *Forum Qualitative Social Research*, 7 (4), 1-10. Recuperado de: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/161>

Boltvinik, J. (2015). Límites objetivos del capitalismo, múltiples tendencias que anuncian el fin del capitalismo y paradoja de Lauderdale. *Mundo Siglo XXI*, 37 (XI), 11-26.

Bonaldi, P. (2000). Desintegración social y muertes violentas en los países de la Unión Soviética. *Psicod debate, Psicología, Cultura y Sociedad*, 2, 3-22.

Bonino, L. (1995). Micromachismos: la violencia invisible en la pareja. En Jorge Corsi (Ed.), *Violencia Masculina en la pareja*. Argentina: Paidós.

Borges, G., Mondragón, L., Casanova, L., Rojas, E., Zambrano, J., Cherpitel, Ch., & Gutiérrez, I. (2003). Substance and alcohol use dependence in a sample of patients from an emergency department in Mexico City. *Revista Salud Mental*, 26 (1), 23-31.

Borges, G., Orozco, R., y Mora, E. (2012). Índice de riesgo para el intento de suicidio en México. *Revista Salud Pública*, 54 (6), 595-606.

Borrego, I., y Santana, E. (2013). Caracterización clínica-epidemiológica del intento suicida en la Coloma. *Revista Ciencias Médicas*, 17 (5), 74-84.

Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2003). *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P., y Passeron, J. (2004). *El oficio del sociólogo*. México: Siglo XXI editores.

Braithwaite, S., Arden, K., Witte, T., Cukrawicz, K., Selby, E., & Jainer, Th. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychology Review*, 117 (2), 575-600.

Breilh, J. (1994). Las Ciencias de la Salud Pública en la construcción de una prevención profunda: Determinantes y proyecciones. En Organización Panamericana de la Salud. Rodríguez, María Isabel (Coord.), *Lo biológico y lo social: su articulación en la formación del personal de salud* (pp.150-161): Washington, DC: Serie Desarrollo de Recursos Humanos.

Breilh, J. (1996). *El género entre fuegos: inequidad y esperanza*. Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

Breilh, J. (2008). *Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud*. Recuperado de: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>.

Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31 (supl 1), 1-14.

Breilh, J. (2015). Entrevista: Jaime Breilh. *Trabajo, Educación, Salud*, 13 (2), 533-540.

Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). Big build: hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 921-931. doi: 10.1111/j.1440-1614.2005.01665.x

Bruner, J. (1991). *Actos de Significado. Más allá de la Revolución Cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.

Bruner, J. (2003). *La Fábrica de Historias. Derecho, Cultura, Vida*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Bueno, G. (1996). *El sentido de la vida*. Recuperado de: <http://www.fgbueno.es/med/dig/gb96sv6.pdf>

Burín, M. (2007). Trabajo y parejas: impacto del desempleo y de la globalización en las relaciones entre los géneros. En María Guzmán y Olivia Guerrero (Coords.), *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp.59-80). México DF: UNAM.

Burín, M. (2010). Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina. Recuperado de: [http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin\\_2010\\_Preprint.pdf?sequence=1](http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1)

Butler, J. (1999). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.

Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías de la sujeción*. Madrid: Cátedra.

Byung-Chul, H. (2012). *La sociedad del cansancio*. Barcelona: Herder.

Byung-Chul, H. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder.

Byung-Chul, H. (2014a). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.

Byung-Chul, H. (2014b). *La agonía del eros*. Barcelona: Herder.

Byung-Chul, H. (2014c). *En el enjambre*. Barcelona: Herder.

Cabra, S. (2010). El suicidio y los factores de riesgo asociados en niños y adolescentes. *Revista Médica Sanitas*, 13 (2), 28-35.

Calviño, M. (1987). La categoría sentido personal. *Revista Cubana de Psicología*, IV (1), 13-22.

Calvo, Y., Prado, J., Escobar, J., Núñez, E., García, A., y Barreto, E. (2013). Factores de riesgo asociados al suicidio en el municipio Sancti Spíritus en el quinquenio 2005-2009. *Revista Finlay*, 3 (1), 58-65.

Camus, A. (2012). *El mito de Sísifo*. Madrid: Alianza.

Canetto, S. (1992). Gender and Suicide in The Elderly. *Suicide Life Threat Behav*, 22 (1), 80-98.

Canetto, S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*, 28 (1),1-23.

Canguilhem, G. (1990). *La Salud. Concepto vulgar y cuestión filosófica*. París: Sables.

Castellanos, L. (1988). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 11, 40-55.

Castellanos, L. (1990). Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud. *Boletín Epidemiológico*, 10 (4), 1-7.

Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México DF: UNAM.

Castro, R. (2002). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En Ivonne Szasz y Susana Lerner (Coord.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp.57-85). México DF: El Colegio de México.

Castro, M. (2011). La educación sexual como política de Estado en Cuba, desde 1959. *Revista Sexología y Sociedad*, 17 (45), 1-12.

Castro, A., y Salvo, L. (2013). Soledad, impulsividad, consumo de alcohol y su relación con suicidalidad en adolescentes. *Revista Médica de Chile*, 141, 428-434.

Castro, R. (2014). *Discurso por el acto de conmemoración del 55 Aniversario del triunfo de la Revolución*. Recuperado de: <http://www.cubadebate.cu/opinion/2014/01/01/discurso-de-raul-en-santiago-no-cederemos-ante-agresiones-chantajes-ni-amenazas-fotos-y-video/#.V3W4wfnhAdU>.

Ceballos-Espinoza, F. (2014). El discurso suicida: una aproximación al sentido y significado del suicidio basado en el análisis de notas suicidas. *Sciences PI Journal*, 1 (1), 53-66.

Cohen, B. (2016). *Psychiatric Hegemony: A Marxist Theory of Mental Illness*. UK: Palgrave Macmillan.

Castro, M., Antunes, G., Marcon, L., Andrade, L., Andrade, V., y Rückl, S. (2016). Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática. *Rev. Bioét*, 24 (2), 355-367.

Coleman, D., Kaplan, M., & Casey, J. (2011). The Social Nature of Male Suicide: A New Analytic Model. *International Journal Of Men's Health*, 10(3), 240-252. doi:10.3149/jmh.1003.240.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2010). *Informe de Cuba a la mesa directiva sobre la mujer de América Latina y el Caribe de la CEPAL*. Recuperado de: [https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/cuba\\_1.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/cuba_1.pdf)

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). *Trabajo decente e igualdad de género. Políticas para mejorar el acceso y la calidad del empleo de las mujeres en América Latina y el Caribe*. Recuperado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@sro-santiago/documents/publication/wcms\\_233161.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@americas/@ro-lima/@sro-santiago/documents/publication/wcms_233161.pdf)

Conul, K., y Méndez, E. (2014). Incursos y Excursos: migración y suicidio entre población Maya de Felipe Carrillo Puerto, Quintana Roo. En Moisés Frutos (Coord.), *Violencia Social y suicidio en el sureste de México* (pp.38-63). Quintana Roo: Secretaría de Salud del estado de Campeche.

Cordoví, J., y Pérez, R. (2014). Políticas para el crecimiento económico: Cuba ante una nueva era. En Richard Feinberg y Ted Fecione (Eds.), *El cambio económico en Cuba en perspectiva comparada* (pp.12-31). Nueva York: Brookings Institution.

Coria, C., Freixas, A., y Covas, S. (2005). *Los cambios en la vida de las mujeres. Temores, mitos y estrategias*. Barcelona: Paidós.

Corona, S., y Kaltmeier, O. (2012). *En diálogo, Metodologías horizontales en Ciencias Sociales y Culturales*. Madrid: Gedisa.



Corona, B., Sagué, K., Hernández, M., y Lomba, P. (2016). Epidemiología del suicidio en Cuba, 1987-2014. *MEDICC*, 18 (3),15-20. Recuperado de: [www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=40&id=547&a=va](http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=40&id=547&a=va).

Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med*, 50(10), 1385-1401.

Crosby, A., Caine, E., Hindman, J., & Reed, J. (2015). *Preventing Suicide: A comprehensive Public Health Approach*. Recuperado de: <http://www.cdc.gov/cdcgrandrounds/archives/2015/september2015.htm>.

Cruz, B., y Ortega, M. (2007). Masculinidad en crisis. En María Guzmán y Olivia Guerrero (Coords.), *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp.121-152). México DF: UNAM.

Cuba. Ministerio de Salud Pública. (2017). *Anuario de Estadístico de Salud 2016*. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.

Damasio, A. (1994). *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Barcelona: Crítica.

De Armas, P. (2007). El suicidio ¿una cualidad de lo cubano? *Revista Encuentro*, 1, 1-12.

De Quiroga, A. (2012). Subjetividad y cambio social. *América Libre*, 15, 1-9. Recuperado de: [http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/quiroga\\_subjetividad\\_cambio.pdf](http://www.espiraldialectica.com.ar/espiral/pdf/quiroga_subjetividad_cambio.pdf)

Díaz, R., Carbonell, M., y Marín, A. (2016). Depresión y factores psicosociales en personas mayores cubanas y españolas. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 13 (3), 1-12.

Ducrot, O. (1986). *El decir y lo dicho. Polifonía de la enunciación*. Barcelona: Paidós.

Durkheim, E. (1983). *El suicidio*. México DF: UNAM.

Eckersley, R. (2001). Culture, health and well-being. En Eckersley, R, Dixon, J, Douglas, B (Eds.), *The Social Origins of Health and Well-being* (pp.51-70). Cambridge: Cambridge University Press.

Eckersley, R. (2006). Is modern Western culture a health hazard? *International Journal of Epidemiology*, 35, 252-258.

Ellis, T. (2008). *Cognición y Suicidio*. México DF: Editorial El Manual Moderno.

Enciclopedia Colaborativa Cubana. (2018). *Casa de Abuelos*. Recuperado de: [https://www.ecured.cu/Casa de Abuelos](https://www.ecured.cu/Casa_de_Abuelos)

Espigares, L., y Orden, P. (2010). La relación médico-paciente, desde la perspectiva del paciente. *VI Jornadas de Sociología de la UNLP*, La Plata, Argentina. Recuperado de: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.5632/ev.5632.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5632/ev.5632.pdf)

Espinar, E. (2003). *Violencia de género y procesos de empobrecimiento. Estudio de la violencia contra las mujeres por parte de su pareja o ex-pareja sentimental*. (Tesis de doctorado). Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Alicante, España.

Esping-Andersen, G. (1993). *Los Tres mundos del Estado de Bienestar*. Valencia: Ediciones Alfonso el Magnánimo.

Farapi, S. (2009). *Drogas y Género*. Instituto Vasco de la Mujer. Recuperado de: [http://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/3\\_drogas\\_y\\_genero-1.pdf](http://www.drogasgenero.info/wp-content/uploads/3_drogas_y_genero-1.pdf)

Fernández, I. (2004). Medicina y poder sobre los cuerpos. *Thémata. Revista de Filosofía*, 33, 191-198. Recuperado de: <http://institucional.us.es/revistas/themata/33/21%20fernandez.pdf>

Ferry, L. (1997). *El hombre-Dios o el sentido de la vida*. Tusquets editores: Barcelona.

Figuroa, J., y Olgúin, V. (2000). La presencia de los varones en el discurso y en la práctica del aborto. *Papeles de Población*, 6(25), 59-82.

Figuerola, J. (2015a). Algunas reflexiones epistemológicas sobre varones y masculinidades imaginadas. *Revista Sexología y Sociedad*, 21 (1), 102-118.

Figuerola, J. (2015b). El ser hombre desde el cuidado de sí. Algunas reflexiones. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 7, 121-138.

Fischer, S., Huber, C., Furter, M., Lorenz, I., Romy, M., Schwanzenegger, Ch., Ziegler, S., & Bosshard, G. (2009). Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: The view of patients and physicians. *Swiss WKLY*, 139, 333-338.

Filho, A. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Foster, T. (2003). Suicide note themes and suicide prevention. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(4), 323-331. doi: 10.2190/t210-e2v5-a5m0-qlju.

Foucault, M. (1976). *Vigilar y Castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Madrid: Ediciones de la Piqueta.

Foucault, M. (2000a). *Los anormales*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2000b). *Defender la Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2002). *La hermenéutica del sujeto*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Franco, N. (2013). *Varones y cuidado de sí. Los costos del privilegio para la salud masculina*. (Tesis de doctorado). Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia, Colombia.

Frank, V. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Madrid: Herder.

Freud, S. (2011). *El Malestar en la Cultura*. Obras completas (Tomo III), 3017-3067. México DF: Siglo XXI editores.

Frosh, S. (2015). Estudios Psicosociales y Psicología ¿Un enfoque crítico está emergiendo? *Teoría y Crítica de la Psicología*, 5, 1-25.

Gadamer, H. (1993). *El estado oculto de la salud*. Madrid: Cátedra.

Gadamer, H. (1995). *El Giro hermenéutico*. Madrid: Cátedra.

Gadamer, H. (1996). *Verdad y método* (vol. I). Salamanca: Ediciones Sígueme.

Gadamer, H. (1998). *Verdad y Método* (vol. II). Salamanca: Ediciones Sígueme.

Gallardo, R., Cano, A., Chamorro, M., Meza, A., y Serrano, Y. (2017). Factores Psicosociales asociados a la conducta suicida en adolescentes. *Av. Psicol*, 25(1), 49-57.

Galende, E. (2008) *Psicofármacos y salud mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Galtung, J. (1990). Cultural Violence. *Journal of Peace Research*, 27, 291-305.

García, L. (2006). *Psicología del Desarrollo Problemas, Principios y Categorías*. Reynosa, México: Editorial Interamericana de Asesoría y Servicios S.A.

García, L. (2008). La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad, distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. *Boletín Electrónico de Investigación de la Asociación Oaxaqueña de Psicología*, 4 (1), 69-76.

Gardner, H. (2005). *Inteligencias Múltiples. La Teoría en la Práctica*. Barcelona: Paidós.

Giddens, A. (2006). *El capitalismo y la moderna teoría social*. Cambridge: Cambridge University Press.

Giddens, A., Bauman, Z., Luhmann, N., y Beck, U. (2007). *Las consecuencias perversas de la modernidad*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad. Bases para una teoría de la estructuración*. Madrid: Amorrortu editores.

Gil, T. (2012). *Clasificación de la conducta suicida utilizando cuestionarios psicométricos* (Tesis doctoral). Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá, España.

Gregoire, A. (2002). The mental health of farmers. *Occupational Medicine*, 52 (8), 471-476.

Guerra, P. (2014). *Cuba, actualización del modelo económico y cooperativismo*. Recuperado de: <http://www.uv.es/sasece/docum2013/ene2013/lahabanacoop.pdf>.

Guerrero, O. (2007). Problemas afectivos relacionados con la pérdida, disminución y riesgo de pérdida del empleo en varones. En María Guzmán y Olivia Guerrero (Coords.), *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp. 357-376). México DF: UNAM.

Guevara, E. (1965). *El socialismo y el hombre en Cuba*. La Habana: Pueblo y Educación.

Guinsberg, E. (1981). *Sociedad, salud, enfermedad mental*. México DF: Ediciones Universidad Autónoma Metropolitana.

Guinsberg, E. (1996). *Normalidad, conflicto psíquico, control social*. México DF: Plaza y Valdés.

Guinsberg, E. (2005). *La salud mental en el Neoliberalismo*. México DF: Plaza y Valdés.

Guinsberg, E., y Martínez, A. (2009). Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (1), 1-15.

Guzmán, M. (2007). Algunas ideas acerca de la construcción social de las masculinidades y las feminidades, el mundo público y el mundo privado. En María Guzmán y Olivia Guerrero (Coords.), *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp.99-120). México DF: UNAM.

Haas, A., Rodgers, P., y Herman, J. (2014). *Suicide Attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults*. New York: American Foundation for Suicide Prevention, and Williams Institute, UCLA School of Law.

Hall, S. (1986). The problem of ideology. Marxism without guarantees. *Journal of Communication Inquiry*, 10 (2), 28-44.

Hawton, K., y Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672),1372-1381. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19376453>

Hearn, J. (1999). A crisis in masculinity or new agendas for men? Recuperado de: [https://link.springer.com/chapter/10.1057%2F9780333982969\\_9#page-1](https://link.springer.com/chapter/10.1057%2F9780333982969_9#page-1)

Heidegger, M. (1926). *Tiempo y Ser*. Madrid: Editorial Tecnos.

Heller, A. (1977). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Península.

Hernández, M. (2010). Neoliberalismo, masculinidades y exobreros en una ciudad mexicana. *Revista de Antropología Experimental*, 10, 245-255.

Hernández, I., Bernal, I., y Milián, L. (2012). Ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida en Nueva Paz. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(1), 74-83.

Hernández, Y., Figueroa, M., y Marín, R. (2015). Envejecimiento poblacional en Cuba. *Gaceta Médica Espirituana*, 17 (3), 1-12.

Hiernaux, P. (2008). Análisis estructural de contenidos y de modelos culturales. Aplicación a materiales voluminosos. En Juan José Suárez (Coord.), *El sentido y el método. Sociología de la cultura* (pp.67-118). México DF: Universidad Nacional Autónoma de México, y Colegio de Michoacán.

Hiernaux, P. (2009). El pensamiento binario: Aspectos semánticos, teóricos y empíricos. *Cultura y representaciones sociales*, 3(6), 25-42. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2007-81102009000100002&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102009000100002&lng=es&tlng=es)

Houtart, F. (2007). *Mercado y Religión*. La Habana: Editorial Ciencias Sociales.

Huerta, B., González, Y., y Kondeff, M. (2012). Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009-2010. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 9 (2), 1-12.

Human Rights Watch. (2016). *Informe Mundial. Cuba*. Recuperado de: [https://www.hrw.org/sites/default/files/cuba\\_sp.pdf](https://www.hrw.org/sites/default/files/cuba_sp.pdf)

Human Rights Watch. (2017). *Informe Mundial. Cuba*. Recuperado de: <https://www.hrw.org/es/world-report/country-chapters/298383>

Hymes, D. (1967). Models of the interaction of language and social life. En J. Gumperz y D. Hymes (Ed.), *Directions in sociolinguistics: The ethnography of communication* (pp. 35-71). New York, USA: Rinehart y Winston.

Imberton-Deneke, G. (2014). Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica. *Estudios Sociales y Humanísticos*, XII, 81-96.

Ingleby, D., y Baruch, G. (1982). *Psiquiatría crítica: la política de la salud mental*. Barcelona: Crítica.

Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Kandel, E. (2001). The Molecular Biology of Memory Storage: A Dialog Between Genes and Synapses. *Bioscience Reports*, 21 (5), 565-611.

Keijzer, B. (1998). La masculinidad como factor de riesgo. En Esperanza Tuñón (Coord.), *Género y salud en el Sureste de México* (pp.67-81). Villahermosa, México: Ecosur/U. A. de Tabasco.

Keijzer B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En Cáceres C., Cueto M., Ramos M., y Vallens S. (Eds.), *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp.137-152) Lima: Facultad de Salud Pública y Administración.

Kim, D., y Kim, H. (2009). Body-image dissatisfaction as a predictor of suicidal ideation among Korean boys and girls in different stages of adolescence: a two-year longitudinal study. *J Adolesc Health.*, 45(1), 47-54. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19541249>

Kim, G., Kim, H., y Hyeong, A. (2016). Type of sexual intercourse experience and suicidal ideation, plans, and attempts among youths: a cross-sectional study in South Korea. *BMC Public Health*, 16(1), 1-11.

Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Lacan, J., (1956). *Función y campo de la palabra y el lenguaje en psicoanálisis*. México DF: Siglo XXI editores.

Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres, madresposas, monjas, putas, presas*. México DF: UNAM.

Lamas, M. (1995). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. *La Ventana*, 1, 9-61.

Lamas, M. (2003). *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México DF: Editorial Porrúa.

Lambert, F., Hampton, B., & Snell, E. (1986). Therapists' judgements of mentally healthy beliefs for women and men. *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 4(2), 169-179.

Lara, M., & Letechipía, G. (2009). Ideación y comportamiento suicida en embarazadas. *Salud mental*, 32(5), 381-387. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500004&lng=es&tlng=es).

Lara, S. (2016). *El imaginario social de las masculinidades en la Regla de Ocha a partir de los años 90 en Cuba. Estudio de caso en Caibarién* (Tesis de grado). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Central Marta Abreu de las Villas, Cuba.



Larrobla, C., Hein, P., Canetti, A., y González, V., (Comps.). (2017). *70 Años de Suicidio en el Uruguay: 7 disciplinas, 7 entrevistas, 7 encuentros*. Uruguay: Universidad de la República.

Latour, B. (2005). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Editorial Manantial.

Laurell, C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico Sociales*, 19, 1-11.

Laurell, C. (1994). Sobre la concepción biológica y social del proceso Salud-Enfermedad. En María Isabel Rodríguez (Coord.), *Lo biológico y lo social. Su articulación en la formación del personal de salud* (pp.1-11). Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Leguizamón, F. (2014). Producción de nuevas subjetividades en movimientos pentecostales. El caso de Mampuján. *Civilizar*, 14 (26), 163-176.

Lehr, U. (1982). La situación de la mujer madura: aspectos psicológicos y sociales. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 14 (3), 385-396.

Leiva, P. (2005). Identidad de género: Modelos explicativos. *Escritos de Psicología*, 7, 71-81.

Lemert, E. (1962). Paranoia and the Dynamics of Exclusion. *Sociometry*, 25(1), 2-20. doi:10.2307/2786032.

Lester, D., Gunn, J., y Quinnett, P. (2014). *Suicide in Men. How Men Differ from Women in Expressing Their Distress*. Illionis, USA: Charles Thomas Publisher.

Linares, N. (2015). Aplicación de los enfoques de salud de la población y los determinantes sociales en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(1).

Lipovetsky, G. (1988). *La era del vacío. Ensayos sobre el individuo contemporáneo*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Lipovetsky, G. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Lipovetsky, G. (2008). *La sociedad de la decepción. Entrevista con Bernard Richard*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Lipovetsky, G., y Serroy, J. (2010). *La cultura-mundo. Respuesta a una sociedad desorientada*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Littlewood, L., Gooding, P., Kyle, S., Pratt, D., & Peters, S. (2016). Understanding the role of sleep in suicide risk: qualitative interview study. *BMJ Open*, 6(8), 1-9. doi: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012113>

Lorigados, L., Morales, L., Orozco, S., Pavón, E., Estupiñán, B., Serrano, T., García, I., & Rocha, L. (2013). Inflammatory mediators in epilepsy. *Curr Pharr Des*, 19(38), 6766-6772.

Mandeville, B. (1997). *La fábula de las abejas, o cómo los vicios privados hacen la prosperidad pública*. México DF: Fondo de Cultura Económica.

Mann, J., Oquendo, M., Underwood, M., & Arango, V. (1999). The neurobiology of suicide risk: a review for the clinician. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl 2), 7-11.

Mann, J. (2003). Neurobiology of Suicidal Behavior. *Nature Rewievs Neuroscience*, 4 (10), 819-828.

Maroto, A., y Castillo, C. (2017). El suicidio desde un enfoque Psicosocial y de Salud Comunitaria: los resultados del diagnóstico en Santa María de Dota, Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43, 447-472.

Martínez, A. (2007). La construcción social del suicidio. *XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología*. Guadalajara, México.

Martínez, A. (2014). Intento de suicidio en mujeres víctimas de violencia familiar en el Sureste de México: El caso Tabasco, Voces y Experiencias. Recuperado de: <http://cebem.org/dossier/articulo6.html>

Martínez, A. (2016). El sufrimiento mental y conducta suicida en jóvenes que cursan un embarazo no deseado: una mirada en la Ciudad de México. *III Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicología*, Universidad Cooperativa de Colombia.

Marx, C. (1995). Cap. XXV. La teoría moderna de la colonización. El proceso de producción del capital. En *El Capital* (Tomo I) (pp.915-80). Madrid: Siglo XXI editores.

Matrajt, M. (1995). La corriente hegemónica en Salud Mental. *Subjetividad y Cultura*, 4, 1-11.

Matthewk, N. (2012). Future directions from the study of suicide and self-injury. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41 (2), 255-259.

Matusková, M. (2014). Las UMAP y la Revolución: el papel de la plantación en El central y Arturo, la estrella más brillante de Reinaldo Arenas. *Mester*, 43(1), 17-40.

Mead, M. (1973). *Sexo y Temperamento en Sociedades Primitivas*. Barcelona: Editorial Laia.

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y Atención Primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires, Argentina.

Mesa-Lago, C. (2014). Los cambios institucionales de las reformas socioeconómicas cubanas: Papel del estado y del mercado, avances, obstáculos, comparaciones, seguimiento y efectos. En Richard Feinberg y Ted Fecione (Eds.), *El cambio económico en Cuba en perspectiva comparada* (pp.51-75). Nueva York: Brookings Institution.

México. (2015). Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México. *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?c=274>

Miranda, B., Sánchez, M., y Pérez, R. (2016). *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 90-100

Mohanty, B. (2005). We are like the living dead: Farmer Suicides in Maharashtra Western India. *Journal of Peasant Studies*, 32 (2), 243-276.

Moreno, C. (2010). *Mujeres Migrantes Cubanas. "Resolviendo" e "inventando" también en España*. (Tesis doctoral), Universidad Rovira I, Virgili, España. Recuperada de: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/84128/TESIS%20CRISTINA%20GARCIA%20URV%20Versi%C3%B3n%20final%202.pdf?sequence=1>

Murphy, G. (1998). Why Women Are Less Likely Than Men to Commit Suicide. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (4), 165-175.

Nápoles, L., Sorí, G., Concepción, D., y García, T. (1998). Conducta suicida. Factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 14 (29), 122-126.

Navarro, E., y Tuesca, R. (2003). Factores de riesgo asociados al suicidio e intento de suicidio. *Salud Uniarte*, 17, 19-28.

Noelle, K., Marx, R., & Katz, M. (2006). Attempt Suicide Among Transgender Persons. *Journal of Homosexuality*, 51 (3), 53-69.

O'Donnell, S., & Richardson, N. (2018). *Middle Aged Men and Suicide in Ireland*. Recuperado de: <http://www.mhfi.org/MAMRMreport.pdf>

Oficina Nacional de Estadística e Información. (2015). *Anuario Estadístico de Cuba 2014. Cap. Salud y Asistencia Social*. La Habana.

Oficina Nacional de Estadística e Información. (2017a). *Anuario Estadístico de Cuba 2014. Cap. Empleo y Salarios*. La Habana.

Oficina Nacional de Estadística e Información. (2017b). *Anuario Estadístico de Cuba 2014. Cap. Salud y Asistencia Social*. La Habana.

Oliva, T. (2017). *Percepción social de la vejez y medios de comunicación*. Recuperado de:

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/6886/Percepcion%20social%20de%20la%20vejez%20y%20medios%20de%20comunicacion.pdf?sequence=1>

Olmo, Y., Bello, L., y Arias, O. (2013). *Prevención del suicidio en adolescentes en un área de salud de Santiago de Cuba*. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192013000100013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000100013)

Olmos, I., Ibañez, M., Figueroa, J., Atuesta, J., y Díaz, M. (2008). Factores asociados al intento suicida e ideación suicida persistente en un centro de atención primaria. Bogotá 2004-2006. *Revista de Salud Pública*, 10 (3), 374-385.

Organización de Naciones Unidas. (2013). *Orientación sexual e identidad de género en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos*. Recuperado de: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2013/11/orentaci%C3%B3n-sexual-e-identidad-de-g%C3%A9nero2.pdf>

Organización Internacional del Trabajo. (2016). *Las mujeres en el trabajo*. Recuperado de: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_483214.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_483214.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (Borrador). (2005). *Informe. Hacia una marco conceptual que permita analizar y actuar sobre los determinantes sociales de la salud*. Recuperado de: [https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3229/mod\\_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad\\_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf](https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3229/mod_page/content/1/determinantes/bibliocomplementaria/unidad_2.2bc/ud22bc-marco-conceptual-ddsOMS.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_sp.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2009). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Recuperado de:

[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2009/es/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2009/es/)

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014a). *Prevención del suicidio. Un imperativo global*. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014b). *Mortalidad por suicidios en las Américas. Informe Regional*. Recuperado de:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=27709&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=27709&Itemid=270&lang=es)

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Violencia contra la mujer. Respuesta del sector de la salud*. Recuperado de:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87060/WHO\\_NMH\\_VIP\\_PVL\\_13.1\\_spa.pdf;jsessionid=CE76009FD08891A79B56EDCF83BEE902?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87060/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_spa.pdf;jsessionid=CE76009FD08891A79B56EDCF83BEE902?sequence=1)

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Prevención de la conducta suicida*. Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31167/9789275319192-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Acceso de las mujeres a la protección social en salud, en un mundo laboral en transformación*. Recuperado de: <file:///C:/Users/Alejandro/Downloads/iwd-2017-director-esp.pdf>

Orozco, A. (2014). *Subversión feminista de la Economía. Aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Editorial Traficantes de Sueños.

- Ozdemir, B. (2013). *Suicide and Modernity: Philosophical Suicide as a potential form of resistance to The Primary of life in Modern Times*. (Tesis de maestría). Universidad Técnica del Medio Oriente, Escuela de Ciencias Sociales, Turkía.
- Pagés, J. (2002). Género y masculinidad en Cuba: ¿el otro lado de una historia? *Nueva Antropología*, XVIII (61), 117-126.
- Pagés, J. (2010). *Macho, varón, masculino: Estudios sobre masculinidades en Cuba*. La Habana: Editorial de la Mujer.
- Parra, J. (2012). El Suicidio: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 3 (2), 316-339.
- Pardo, L. (2014). Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia. Diputación de Alicante. Madrid: Área de Igualdad y Juventud.
- Parsons, T. (1999). *El Sistema Social*. Madrid: Alianza Editorial.
- Poole, D., & Tapley, E. (1988). Sex roles, social roles, and clinical judgments of mental health. *Sex Roles*, 19 (5-6), 265–272. Recuperado de: <https://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00289837>
- Porrás, L. (2006). De la nuda vida a la “forma de vida”. Pensar la política con Agamben desde y más allá del paradigma del biopoder. *Revista Argumentos. Estudios Críticos de la Sociedad*, 19, 43-63.
- Porter, R., Gilman, S., King, H., Rousseau, G., & Showalter, E. (1993). The Body and The Mind, The Doctor and the Patient: Negotiating Hysteria. En Sandler Gilman, Helen King, Roy Porter, G Rousseau, Elaine Showalter (Coords.), *Hysteria Beyond Freud* (pp.225-285). London: University of California Press.
- Preteceille, E. (1977). Necesidades sociales y socialización del consumo. En J. Terreil (Ed), *Necesidades y Consumo en la sociedad capitalista actual* (pp.35-90). México DF: Grijalbo.

Pridmore, S., & Walter, G. (2012). Suicide and forced marriage. *Malays J Med Sci*, 20(2), 47-51.

Pridmore, S., & Walter, G. (2013). Culture and Suicide Set Points. *German Journal of Psychiatry*, 1, 143-151.

Prieto, M. (1997). Transformaciones recientes de la estructura socioclasista cubana. *Papers*, 52, 83-99.

Prieto, M. (1998). Ponencia: Panorama de los efectos de la reforma sobre la estructura social cubana: grupos tradicionales y emergentes. *XXI Congreso LASA*, Chicago.

Prieto, M. (2008). Desigualdad y política social en Cuba hoy. Recuperado de: [http://focal.ca/pdf/cuba\\_Espina%20Prieto\\_desigualdad%20politica%20social%20Cuba%20hoy\\_May%2026-29%202008\\_Bellagio.pdf](http://focal.ca/pdf/cuba_Espina%20Prieto_desigualdad%20politica%20social%20Cuba%20hoy_May%2026-29%202008_Bellagio.pdf)

Qin, P., & Mortensen, B. (2003). The impact of parental status on the risk of completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 60, 797-802.

Rábago, H., Flores, J., Gómez, J., Gómez, A., Ureña, G., y Vargas, J. (2010). Factores de riesgo asociados a intento de suicidio comprobando factores de alta y baja letalidad. *Revista de Salud Pública*, 15 (5), 713-721.

Ramonet, I. (2006). *Cien horas con Fidel. Conversaciones con Ignacio Ramonet*. La Habana: Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado.

Razvodousky, Y. (2011). Alcohol consumption and suicide rates in Russia. *Suicidology Online*, 2, 67-74.



Rector, E., Johnson, K., & Noyes, L. (2003). *Sexually Active Teenagers Are More Likely To Be Depressed and To Attempt Suicide. A Report of the Heritage Center for Data Analysis*. Recuperado de: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED476392.pdf>

Reguillo, R. (2000). *Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto*. Bogotá: Editorial Norma.

Reguillo, R. (2014). *La condición juvenil en el México contemporáneo. Biografías, incertidumbres y lugares*. Recuperado de: <https://www.clubensayos.com/Acontecimientos-Sociales/La-Condici%C3%B3n-Juvenil-En-El-M%C3%A9xico-Contempor%C3%A1neo-Biograf%C3%ADas/1936738.html>.

Reyes, W., y Grás, O. (1999). Intento suicida del anciano en un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15 (5), 509-515.

Reyes, W., Labrada, M., Pérez, R., y Pérez, E. (1999). Influencia en la salud del rol de género. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 7-13.

Reyes, V., Romero, M., Arteaga, M., y Castillo, A. (2012). Suicidio en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 11(5), 699-708.

Ribot, Th. (1899). *Las enfermedades de la memoria*. Nueva York: Appleton & Company.

Rudmin, F., Noli, M., & Skolbekken, J. (2003). Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *Scand J Psychol*, 44(4), 373-381.

Rojas, L., Figaredo, P., y Gutiérrez, L. (2006). *Propuesta de un plan de acción para la prevención del intento suicida en adolescentes. Área norte, Camagüey, Cuba*. Recuperado de: [https://psiquiatria.com/urgencias\\_psiq/propuesta-de-un-plan-de-accion-para-la-prevencion-del-intento-suicida-en-adolescentes-area-norte-camaguey-cuba/](https://psiquiatria.com/urgencias_psiq/propuesta-de-un-plan-de-accion-para-la-prevencion-del-intento-suicida-en-adolescentes-area-norte-camaguey-cuba/)

Romay, E., y Mirón, S. (2015). Representación de la vejez en publicidad: presencia de estereotipos, prescriptores y consumidores. *Opción*, 31, (2), 1083-1104.

Romeu, V. (2006). Estructura y discurso de género en tres deidades del panteón afrocubano. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 48 (197), 105-114.

Roscón, G. (2007). Cómo seguir siendo hombre en medio de la crisis económica. En María Guzmán y Olivia Guerrero (Coord.), *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp.253-274). México DF: UNAM.

Rueda, V., Villalba, A., Camach, P., y Jaimes, G. (2010). Factores de riesgo y protectores para intento suicida para adultos colombianos con suicidabilidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39 (4), 705-715.

Rudmin, F., Noli, M., & Skolbekken, J. (2003). Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *Scand J Psychol*, 44(4), 373-81.

Ruiseñor, E. (2008). La masculinidad desde una perspectiva sociológica. Una dimensión del orden de género. *Sociológica*, 23 (66), 71-92.

Ruz, M. (2002). El cuerpo: Miradas Etnológicas. En Ivonne Szasz y Susana Lerner (Comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp.89-136). México DF: El Colegio de México.

Saavedra, J., y Vargas, H. (2012). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista Neuropsiquiatría*, 75 (1), 19-28.

Sagot, M. (2008). Los límites de las reformas: Violencia contra las mujeres y políticas públicas en América Latina. *Revista de Ciencias Sociales*, II, 35-48.

Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura. Inicios históricos de la Salud Mental. *Revista Peruana de Medicina Experimental*, 29 (1), 143-148.

Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar editorial.

Sánchez, R., y Machado, A. (2000). *Factores de riesgo en pacientes con intento suicida (1998-1999)*. Recuperado de: [www.redalyc.org/pdf/817/81701703.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/817/81701703.pdf)

Santana, R., Núñez, B., Brossard, M., y García, C. (2010). Calidad de la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida. Recuperado de: [http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol\\_14\\_5\\_10/san10510.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_5_10/san10510.htm)

Sarracet, A., Pérez, T., Miclín, P., Pupo, Y., y de la Cruz, L. (2013). Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en la Habana en el año 2010. *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 10 (1), 1-6.

Sartre, J. (1973). *El existencialismo es un humanismo*. México DF: Dante.

Saussure, F. (1945). *Curso de Lingüística General*. Buenos Aires: Losada.

Schopenhauer, A. (2005). *El mundo como voluntad y representación*. México DF: Porrúa.

Scott, J. (2000). *Los dominados y el arte de la resistencia*. México DF: Ediciones Era.

Schutz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Barcelona: Paidós.

Seidler, V. (1995). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. *Debate Feminista*, 6 (11), 78-111. Recuperado de: [www.debatefeminista.com](http://www.debatefeminista.com).

Sennet, R. (1998). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

- Shlain, L. (2000). *El Alfabeto contra la diosa. El conflicto entre la palabra y la imagen, poder masculino y el poder femenino*. Madrid: Debate.
- Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *J Ner Ment Dis*, 181,145–147.
- Shneidman, E. (2005). Anodyne Psychoterapy for suicide. A psychological view of suicide. *Clinical Neuropsychology*, 2 (1), 7-12.
- Shneidman, E. (2006). *Suicide as Psycache. A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. New York: Rowman y Littlefield Publishers.
- Simon, R. (2006). Suicide Risk Assessment: Is Clinical Experience Enough? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 34 (3), 276-278.
- Somavilla, J., y Lucena, I. (2003). Género, mujeres y Psiquiatría: una aproximación crítica. *Frenia*, III, 1-29.
- Stefanello, S., Casi, C., Mauro M., Freitas, G., & Botega, N. (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 139-143.
- Stolkiner, A. (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Capítulo de libro en prensa. Hugo Lerner (Comp). Buenos Aires: Psicolibro.
- Szasz, Th. (2001a). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, Th. (2001b). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Tejeda, A. (2011). *Suicidio. La última decisión*. México DF: Editorial Trillas.
- Thompson, J. (1998). *Ideología y cultura moderna. Teoría crítica social en la era de la comunicación de masas*. México DF: Universidad Autónoma Metropolitana.

- Tse-tung, M. (1968). *Sobre la contradicción*. São Paulo: Alfa-Omega.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Tsirigotis, M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Med Sci Monit*, 17(8), 65-70.
- UNICEF. (2012). *Suicidios adolescentes en pueblos indígenas. Tres estudios de casos*. Recuperado de: [http://www.iwgia.org/publicaciones/buscar-publicaciones?publication\\_id=575](http://www.iwgia.org/publicaciones/buscar-publicaciones?publication_id=575)
- Valladares, P. (2007). Desempleo y violencia masculina. Reencuentro de una relación perversa. En María Guzmán y Olivia Guerrero (Coords.), *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* (pp.317-338). México DF: UNAM.
- Vasallo, N. (1995). La Evolución del Tema Mujer en Cuba. *Revista Cubana de Psicología*, 12 (1-2), 65-75.
- Vasallo, N. (2001). *La Conducta desviada: un enfoque psicosocial para su estudio*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Vegetti, M. (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*. Barcelona: Península.
- Veranes, M., Sánchez, A., Álvarez, L., Laena, Y., y Naranjo, J. (2013). Tentativa de suicidio en la población mayor de 15 años durante el bienio 2011-2012. *Medisan*, 17 (10), 6072-6079.
- Vygotsky, L. (1933). *Obras escogidas* (Tomo VI). La Habana: Editorial Ciencias Sociales.
- Wahlbeck, K., y Awolin, A. (2009). *The Impact of Economic Crises on the Risk of Depression and Suicide: A Literature Review*. Luxembourg: European Commission.
- Wenzel, A., & Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: Theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189–201.
- Willians, R. (1980). *Marxismo y Literatura*. Barcelona: Editorial Península.

Williams, M., & Pollock, L. (2000). The Psychology of Suicidal Behavior. En K Hawton & K Heeringen (Eds.), *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide* (pp.79-94). Nueva York: John Wiley.

Wunderlich, T., Bronisch, H., & Wittchen, C. (2001). Gender differences in adolescents and young adults with suicidal behaviour. *Acta Psychiatr Scand*, 104, 332-339.

Xalma, C. (2014). *Cuba: Reforma económica y modelo social*. Recuperado de: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/ec/jec10/ponencias/717Xalma.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO UNO. Carta de consentimiento informado

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN

La Habana, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

#### PRESENTACIÓN

El objetivo de esta carta es proveerle información importante, sobre las características de la investigación que se realiza, con el fin de obtener de forma voluntaria su consentimiento o aprobación para participar de la misma, y de la manera que se requiere de usted.

El principal responsable de la emisión de esta carta soy yo, Alejandro Arnaldo Barroso Martínez. Soy ciudadano cubano, y actualmente estudio ciencias en salud colectiva en la Ciudad de México. Como parte de los estudios, llevo a cabo un proyecto de investigación titulado: *“La significación del intento de suicidio como expresión de los procesos de construcción social del género: un análisis hermenéutico en el caso cubano”*

El propósito de este estudio, es conocer cómo la forma en que se viven los hechos de ser hombre o mujer, se relacionan con el significado que tiene el atentar contra la vida por mano propia. Para esto, es imprescindible su participación.

La forma en que se espera usted participe, es a través de un cuestionario que recoge información básica como su edad, su nivel escolar, y ocupación actual. Además, una entrevista cuyo audio puede ser grabado. Esta participación es voluntaria, lo que significa que usted puede elegir participar o no, y no está forzado/a a hacerlo bajo ninguna circunstancia. El lugar de la aplicación del cuestionario y las entrevistas es negociable, y responderá al lugar donde usted se sienta más cómodo/a.

Los principios que regirán el uso de la información que usted facilite, serán *la voluntariedad, la no crítica, la confidencialidad, y la transparencia*. La voluntariedad

implica el compromiso a respetar su decisión de participar o no en el estudio, y a compartir o no determinada información. Su participación será considerada en todo momento, como un acto muy útil para la investigación, que se rige por su propia voluntad. La no crítica significa, que la información que usted prevea no será calificada de buena o mala, apropiada o inapropiada en ningún momento. Se trata de su opinión, y esta no será juzgada en ningún momento. La confidencialidad implica que la información que usted facilite, será resguardada para uso exclusivo de este estudio. También implica que su nombre será reservado, y sustituido por un pseudónimo en todo momento.

La transparencia del estudio por su parte, comienza desde este mismo momento, y el hecho de comunicarle las características de la investigación, qué se espera de usted, así como la forma en que será utilizada la información. La transparencia implica además, que usted puede exponer al investigador en cualquier momento, sus preocupaciones o emociones sobre cómo va sucediendo el proceso de comunicación entre ambos.

De acuerdo a este principio de transparencia, es importante también que usted conozca que esta investigación no supone un proceso de atención psicológica personal. Se espera que los resultados obtenidos contribuyan con el propósito de la investigación. Al final del estudio, y si es de su interés, se le puede comunicar de forma oral, un resumen con los principales hallazgos, y en tiempos negociables.

En caso de que usted tuviera alguna duda o preocupación, tanto antes como durante el desarrollo del estudio, se puede comunicar directamente con el investigador, o a través del teléfono: 54749077.

A continuación se le invita a firmar su consentimiento para participar en este estudio, una vez conocidas sus características esenciales, el modo en que se espera que usted participe, y la forma en que será utilizada su información.



## CONSENTIMIENTO

Mi nombre es \_\_\_\_\_. Por este medio hago constar de forma voluntaria, mi consentimiento para participar en la investigación titulada: "*La significación del intento de suicidio como expresión de los procesos de ser hombres y mujeres: un análisis hermenéutico en el caso cubano*", llevada a cabo por Alejandro Arnaldo Barroso Martínez, como parte de su formación en Ciencias en Salud Colectiva.

Doy mi consentimiento, una vez conocidos el propósito del estudio, el modo en que serán utilizadas las informaciones que me propongo brindar, la forma en que se espera yo participe, y la forma en que puedo comunicarme con el investigador en caso de cualquier duda o aclaración sobre el estudio. Firmo la presente para hacer constar mi consentimiento informado:

### Firma de quien da el consentimiento

\_\_\_\_\_

**Firma del investigador. Compromiso a cumplir con los términos en que se da el consentimiento.**

\_\_\_\_\_

**MUCHAS GRACIAS**

## ANEXO DOS. Cuestionario

### Cuestionario de caracterización general

**Objetivo:** El objetivo de este cuestionario es obtener información básica sobre las personas que participan en este estudio. Agradezco su participación voluntaria. Muchas gracias.

Fecha\_\_\_\_\_

Nombre\_\_\_\_\_ Pseudónimo elegido\_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Sexo\_\_\_\_\_

Nivel escolar\_\_\_\_\_

Ocupación\_\_\_\_\_ Antigüedad en esa ocupación \_\_\_\_\_

Estado Civil\_\_\_\_\_

Número de hijos\_\_\_\_\_

Personas con las que vive\_\_\_\_\_

Religión\_\_\_\_\_

### **ANEXO TRES. Guía temática para la entrevista semiestructurada en profundidad**

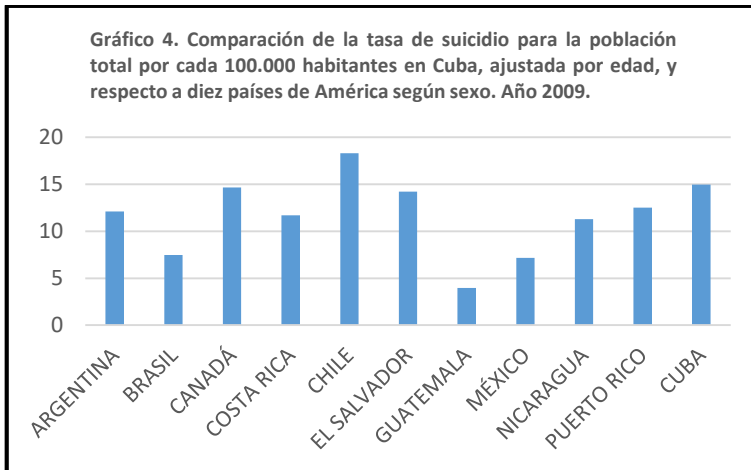
1. Relaciones sociales, actividades, condiciones materiales de vida, y estado de salud en el momento en que ocurre el intento de suicidio.
2. ¿Qué pasó? ¿Qué le hizo valorar el intento de suicidio? ¿por qué? ¿cómo llegó ese hecho o evento a incidir en su intento? ¿qué otras alternativas valoró? ¿qué opina hoy de aquel intento, y por qué? ¿lo volvería a intentar? ¿en qué circunstancias?
3. ¿Cómo se vivió a sí mismo durante y después del intento? ¿por qué?
4. ¿Cómo vivió o valoró la posibilidad de buscar ayuda o apoyo? ¿por qué?
5. ¿Cómo cree que los demás vieron ese intento de suicidio? ¿por qué, y qué opina de ello? ¿Qué cree que cambió en su vida después de haberlo intentado? ¿Quiénes cree que no le prestaron atención o subvaloraron su intento? ¿Por qué?
6. ¿Qué opina de las mujeres, y qué opina de los hombres que intentan suicidarse? ¿por qué?

**ANEXO CUATRO. Tabla 3. Comparación de la tasa de suicidio ajustada por edad por cada 100.000 habitantes en Cuba, respecto a diez países de América según sexo. Año 2009.**

<b>País</b>	<b>Ambos sexos</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Argentina	7.47	12.11	3.1
Brasil	4.63	7.47	1.89
Canadá	9.69	14.64	4.68
Costa Rica	6.97	11.69	2.05
Chile	11.15	18.29	4.12
El Salvador	8.35	14.22	3.49
Guatemala	3.53	3.95	2.38
México	4.26	7.16	1.46
Nicaragua	7.03	11.27	2.97
Puerto Rico	6.84	12.51	1.64
Cuba	9.88	14.97	4.49

**Fuente:** Elaboración personal a partir de OMS y OPS (2014b).

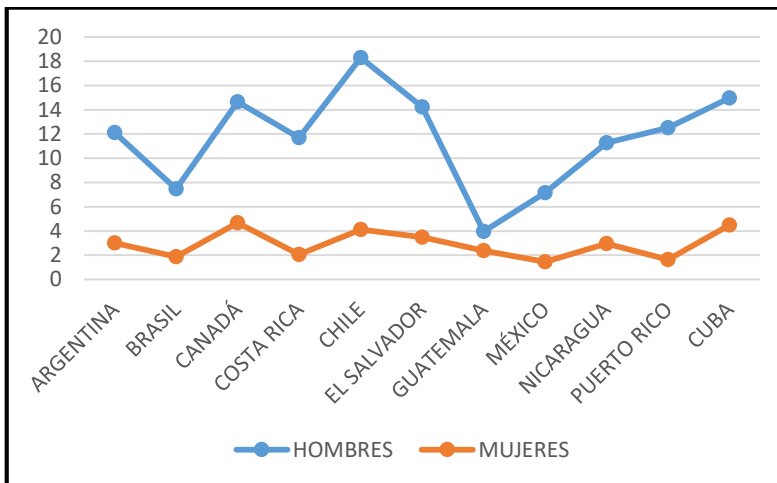
## ANEXO CINCO



Fuente: Elaboración personal a partir de OMS y OPS (2014b).

## ANEXO SEIS

Gráfico 5. Comparación de la tasa de suicidio por cada 100.000 habitantes en Cuba según sexo, y con respecto a diez países de América según sexo.



Fuente: Elaboración personal a partir de OMS y OPS (2014b).