



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesinas de Belgrano

**Facultad de Humanidades
Licenciatura en Psicología**

**Las diferencias de género y su relación con el
suicidio y las conductas vinculadas**

Nº 359

Inés Zorreguieta

Tutor: Diego Jatuff

Departamento de Investigaciones
Febrero 2010

Índice

Resumen	4
Introducción	4
Desarrollo	
1. Concepto de Género, roles de género y prevalencia psiquiátricas asociadas	
i) Concepto de género, origen y evolución	6
a) Origen	6
b) Evolución	7
ii) Teorías psicológicas del género	7
iii) Identidad, roles y estereotipos de género en la sociedad occidental actual	8
a) Identidad de género	9
b) Roles de género	9
c) Teorías sobre el aprendizaje de roles de género	10
d) Estereotipos de género	10
e) Masculinidad y femineidad	10
iv) Diferencias en la prevalencia psiquiátrica según el género	12
v) Factores de riesgo específicos de cada género	13
vi) Los géneros en la actualidad y la diversidad de género	14
2. El suicidio, las conductas vinculadas y los factores de riesgo	
i) Concepto de suicidio, epidemiología, daño autoinfligido e ideación suicida	15
a) Epidemiología del suicidio	17
b) Daño autoinfligido	17
c) Ideación suicida	17
ii) Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida	18
a) Factores de riesgo generales	18
b) Factores de riesgo específicos	19
c) Factores de riesgo específicos en hombres	19
d) Factores de riesgo específicos en mujeres	19
iii) La prevalencia psiquiátrica relacionada	19
iv) Problemas prácticos de medición	21
3. Principales diferencias halladas en la literatura respecto a los géneros	22
i) Diferencias en la prevalencia psiquiátrica	22
ii) Comportamiento suicida mortal – suicidio consumado	22
iii) Comportamiento suicida no mortal – tentativa de suicidio	23
iv) Método utilizado	24
Conclusión	25
Referencias bibliográficas	28
Apéndice	30

Resumen

El presente trabajo pretende abordar, a través de la conceptualización del género y del suicidio, las diferencias de género existentes tanto en suicidio consumado, en tentativa suicida y en el tipo de método utilizado. Este tipo de análisis se lleva a cabo logrando el esclarecimiento de las implicancias del género en la identidad, roles y estereotipos, la prevalencia psiquiátrica diferencial según el género, y los factores de riesgo para padecer trastornos mentales, como así también ciertas demarcaciones en cuanto al suicidio y algunas dimensiones vinculadas al mismo, como daño autoinfligido, ideación suicida, factores de riesgo generales y específicos. Esto se realiza utilizando como marco teórico multidisciplinario, que incluye la psicología, psicología social, la antropología, la psiquiatría, y la epidemiología, entre otros.

Introducción

El suicidio y las conductas asociadas representan un grave problema de salud pública que implican un gran costo por sufrimiento personal, sociofamiliar, económico y sanitario, a nivel local, nacional, regional y mundial. Las tasas mundiales de investigaciones e informes revisados en este trabajo estiman que, anualmente, casi 1.000.000 de personas fallece a causa del suicidio; siendo éste la decimotercera causa de muerte en el mundo. El daño autoinfligido es la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad (OPS, 2003).

Las tasas mencionadas **no tienen igual distribución** en la población general, ya que ciertas características sociodemográficas influyen de manera decisiva. En primer lugar, la edad resulta un marcador demográfico importante del riesgo de suicidio. En general el riesgo aumenta con la edad; aunque en algunos países el período de mayor riesgo es el rango de 15 a 24 años. El segundo aspecto determinante del riesgo de suicidio es el **género**. Las diferencias de género en las conductas vinculadas con el suicidio son una tendencia ya consolidada mundialmente, con algunas variaciones culturales. Se estima que, en promedio, cometen suicidio 4 hombres por cada mujer; mientras que lo intentan 4 mujeres por cada hombre. Esta reciprocidad se mantiene en todos los grupos étnicos (OPS, 2003). El factor más influyente que explica en parte el por qué de la diferencia en mortalidad por actos suicidas es el método utilizado por hombres y mujeres, y en la elección de éste intervienen factores de diversa índole que están parcialmente relacionados con características propias de cada género.

Más allá del costo directo o indirecto, el suicidio consumado y la tentativa suicida son actos que resultan muchas veces incomprensibles y que han permanecido a través de la historia relativamente desatendidos. Esta desatención hacia un problema de salud pública de trascendental importancia fue modificándose en el curso del siglo XX con la emergencia de los cada vez más especializados estudios respecto a las características del suicidio, las personas que lo cometen, los factores de riesgo y los posibles modos de intervención. Estos estudios se agruparon luego bajo el título de una nueva disciplina, la **suicidología**.

La existencia de dicha disciplina aún permanece relativamente desconocida en el ámbito de la psicología en general; a pesar de ser (según uno de sus impulsores, Edwin Shneidman) una subespecialidad en nuestra disciplina; ya que atiende a cuestiones de salud pública en general y a los pensamientos, comportamientos y sentimientos de quienes lo cometen e intentan (Martínez, 2007). No obstante la importancia del objeto de estudio, la atención que recibe es sorprendentemente muy inferior a la que merece. De ahí el interés en la realización de este trabajo, despertado en el 23° Congreso Argentino de Psiquiatría, sostenido en la ciudad de Mar del Plata, provincia de Buenos Aires. La asistencia (motivada por curiosidad y desconocimiento) a un Curso de Suicidología a cargo del Dr. Héctor Basile (especialista en psiquiatría infanto juvenil y en suicidología) ocasionó cierto afán de profundizar en la *suicidología* y algunos hechos, como las marcadas diferencias de género, que llamaron mi atención.

En la súper especialización del conocimiento que existe en la actualidad, el surgimiento de una nueva disciplina que estudie, entienda, atienda al suicidio (el acto en sí, el antes – prevención primaria y secundaria - y el después – la llamada “postvención”, según el especialista Carlos Martínez) como lo hace la suicidología debe continuar su crecimiento y utilidad, facilitándoles a agentes de salud posibles modos de intervención efectiva y adecuada.

Estado del Arte

Desde el inicio de la suicidología como disciplina en los 70's en EE.UU., promovida fundamentalmente por Edwin Schneidman y Farberow (1961, citados en Martínez, 2007) se desencadenaron múltiples

investigaciones y teorizaciones respecto a numerosas variables que pudieran estar involucradas en la generación y naturaleza del suicidio. Se han desarrollado múltiples miradas en torno al fenómeno, sus componentes y dimensiones, y el énfasis puesto en distintos aspectos. Numerosas propuestas surgieron para ordenar y dimensionar este hecho. Según la Organización Mundial de la Salud (2003), desde los inicios de las conceptualizaciones referentes al tema, no han habido concordancias en la terminología para describir el comportamiento suicida. Canetto y Lester (citado en OMS, 2003) proponen el término "comportamiento suicida mortal", basado en el resultado, para los actos suicidas que ocasionan la muerte y, de igual manera, "comportamiento suicida no mortal" para aquellas acciones suicidas que no provocan la muerte. Dichos actos también suelen ser llamados "intentos de suicidio" (un término común en los Estados Unidos), "parasuicidio" y "daño autoinfligido deliberado" (términos que son comunes en Europa). Según dicha organización, el término "ideación suicida" se refiere a pensamientos acerca de suicidarse y terminar con su vida, con diversos grados de intensidad y elaboración.

Más allá de las elaboraciones teóricas que emergieron desde distintos abordajes y miradas del fenómeno había ciertos datos que eran imposibles de desatender. Las altas tasas en los 70's en los Estados Unidos especialmente entre adolescentes y jóvenes de entre 15 a 24 años (Deykin, 1982), cuya edad se halló como factor de riesgo para el suicidio, urgieron hacer de esta temática una cuestión de salud pública a ser estudiada, investigada, y explorada en detalle, para detectar aquellas variables, ya sean psicológicas, sociológicas, culturales, sociodemográficas y hasta generacionales que pudieran arrojar luz sobre este fenómeno de diversos matices.

La variable más determinante, como se ha mencionado, en la distribución de las tasas es el género, lo que llamó la atención de algunos investigadores: la tasa de **suicidio consumado** en hombres era considerablemente mayor a las de las mujeres (Deykin, 1982), a razón de 5 hombres por cada mujer. Por otro lado, en la revisión de diversas investigaciones hechas sobre **tentativas suicidas** que acudían a salas de emergencia hospitalaria se encontró que la población que acudía era predominantemente femenina (Hirschfeld, 1986). Según las investigaciones citadas en la revisión de Berman y Jobes (1991) las tasas de intentos de suicidio oscilaban entre 3:1 y 10:1 a favor de las mujeres. De todas formas, según afirma la OMS (2003) la notificación de intentos de suicidio no es representativa de la magnitud real del problema, ya que sólo un 25% de los intentos llegan al contacto con el sistema de salud vía hospitales y salas de emergencia.

Esta tendencia se continuó observando posteriormente. En una revisión comparada de tres continentes de la epidemiología del comportamiento suicida realizada por Diekstra y Gulbinat (1993), incluyendo la ideación suicida, el intento de suicidio y el suicidio consumado, se halló cierta reciprocidad entre los comportamientos en hombres y mujeres. Mientras que los hombres triplican a mujeres en suicidio consumado, las mujeres triplican a hombres en intentos de suicidio.

En cuanto a lo **métodos utilizados** por los géneros en el comportamiento suicida (ya sea mortal o no mortal) también se han encontrado, desde el inicio de las investigaciones, marcadas divergencias. Berman y Jobes (1991) mencionan, al describir el método en términos de cómo, cuando y donde ocurre el suicidio, que en el cómo las mujeres tienden a utilizar métodos más pasivos, tales como intoxicación o ingesta de sustancias, tanto líquidas y sólidas; a razón de 5:1. En cambio, resaltan que los hombres utilizan el doble de veces que las mujeres métodos más activos y violentos, tales como el ahorcamiento y utilización de armas de fuego. Estudios posteriores (Canetto y Safinovsky, 1998) confirman la estabilidad de estas tendencias aunque las variaciones en investigaciones entre países podrían estar atravesadas por factores culturales. Según Hawton (2000) está ampliamente reconocido que los hombres tienden a usar métodos más violentos, tanto en suicidio consumado como en comportamiento autolesivo. Esto estaría asociado a diversos factores como la mayor intencionalidad suicida subyacente, agresión, accesibilidad y conocimiento de los métodos violentos y menor preocupación por deformación corporal como consecuencia de dichos actos.

De acuerdo con lo expuesto por la OMS (2003), habría indicios de que las mujeres de todas las edades son más propensas a tener pensamientos o ideación suicida que los hombres. Asimismo, esto se observó en un estudio realizado en Brasil sobre la ideación suicida, donde se encontró que uno de los factores de riesgo era pertenecer al género femenino (Botegas y Barros, et al, 2005), donde estarían asociados factores relacionados a psicopatología en general.

En cuanto a las conductas autolesivas, llamadas por la OMS (2003) "violencia autoinfligida", formarían parte del espectro de comportamientos suicidas como un acto de carácter violento, ya que directamente implica violencia y agresividad. Según lo expuesto, la tasa media de violencia autoinfligida ha sido registrada como más alta en mujeres.

Objetivo

En este trabajo se busca realizar un análisis de las diferencias de género que se han encontrado en la bibliografía e investigaciones referentes al tema, respecto al suicidio consumado y otras conductas vinculadas con él.

Para lograr el análisis mencionado, fue necesario realizar un recorrido teórico para establecer qué es lo que se entiende por género y suicidio; para luego detallar cuáles son puntualmente las diferencias existentes. Asimismo, se plantean las posibles relaciones entre ciertos factores de género (roles, expectativas, estereotipos) y conductas vinculadas con el suicidio. Para lograr esto se han tomado autores pertenecientes a diversas disciplinas, como la suicidología, antropología, la psicología social, la psiquiatría y la salud pública; estudios e investigaciones internacionales e informes de entidades internacionales y nacionales de asentada reputación y variable envergadura (nacional, transnacional, regional o mundial).

En el primer capítulo, se profundizará respecto al concepto de género, en su origen y evolución. De su definición se desprenden, explícita o implícitamente, otros conceptos como identidad de género, roles y expectativas de género. Luego se describirán las diferencias en la prevalencia psiquiátrica y los factores de riesgo específicos.

En el segundo capítulo se conceptualiza el suicidio y los conceptos asociados, tales como tentativa suicida, daño autoinfligido e ideación suicida. Asimismo, se describen los factores de riesgo asociados al comportamiento suicida en general, y la prevalencia psiquiátrica relacionada al suicidio.

En el tercer capítulo, se presentan las principales diferencias de género encontradas en la literatura mundial, tomadas de diversas fuentes e investigaciones. Los comportamientos suicidas sobre los que se centra el trabajo comparativo son el suicidio consumado, la tentativa suicida y el método utilizado; se han elegido éstos tres al estar directamente vinculados al suicidio propiamente dicho. En realidad existe un amplio espectro de conductas que podrían estar también incluidas en este análisis, no obstante, aún se carece de teorizaciones suficientes respecto a la naturaleza de la relación con el suicidio.

Por último, en la conclusión se expondrán las reflexiones que se desprenden del recorrido realizado, y el planteo de posibles caminos a seguir, con el fin de profundizar el conocimiento y así poder facilitar el diseño de políticas de intervención adecuadas y efectivas.

Desarrollo

1. Concepto de género, roles de género y prevalencia psiquiátrica asociada

i. Concepto de género, origen y evolución

a) Origen

El concepto *género* se origina hace ya más de tres décadas en la antropología. Desde entonces ha sido utilizado en sus más variadas formas, convirtiéndose a veces en un término laxo, susceptible de ser absorbido y moldeado según los intereses de quien lo utilizara. Ha sufrido innumerables modificaciones y hoy el uso del término puede hallarse en las formas más contradictorias. Las confusiones semánticas y conceptuales que se han generado a partir de las diversas formas de aplicación de esta categoría han generado, de acuerdo a Marta Lamas (2007), una crisis interdisciplinaria en torno al verdadero significado del *género*. En la actualidad se puede ver al género tanto como un atributo de los individuos, como una relación interpersonal o como un modo de organización social (Lamas, 2007).

El término género implica una construcción cultural e histórica, y su significado remite, en la disciplina que la origina, a "*la simbolización que los seres humanos hacen tomando como referencia la diferente sexuación de sus cuerpos*" (Lamas, 2007, p 10), simbolización que distingue lo que es "propio" de los hombres (lo masculino) de lo "propio" de las mujeres (lo femenino), admitiendo que los seres humanos nacen en una sociedad que tiene un discurso previo sobre los hombres y las mujeres, que los hace ocupar un lugar social (Lamas, 2007). Partiendo de la diferencia anatómica entre hombre y mujer, el término se distingue de *sexo* (remitiendo éste último a la anatomía sexual) y refiere las disposiciones construidas culturalmente que son vistas como naturales.

Otra conceptualización fue la ofrecida por Joan Scott (1999), historiadora que investigó al género como categoría útil para el análisis histórico, la cual sostiene que el género "*es un efecto constitutivo de las relaciones sociales, basadas en las diferencias que distinguen los sexos, y (...) es una forma primaria de relaciones significantes de poder*" (Scott, 1999, p 17), denotando las construcciones culturales y la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres. Es una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres. Según esta autora, el género comprende cuatro elementos interrelacionados; éstos son: *símbolos culturales, conceptos normativos, nociones políticas y la identidad subjetiva*" (Scott, 1999 p 17).

Tras una revisión acerca de los múltiples usos del término, se ha llegado a la conclusión de que éste se ha convertido en un especie de comodín epistemológico que da cuenta tautológicamente de lo que ocurre entre los sexos de la especie humana. (Hawkesworth, citado en Lamas, 2007).

b) Evolución

El término ha transitado diversos lugares desde su acepción. En los 70, se habló del “sistema sexo/género” (siendo su principal propulsora Gayle Rubin) como “*el conjunto de arreglos mediante el cual la cruda materia del sexo y la procreación es moldeada por la intervención social y la simbolización*” (Rubin, 1975, p 97). En los 80’s se definió al género como

una pauta clara de expectativas y creencias sociales que moldea la organización de la vida colectiva y que produce la desigualdad respecto a la forma en la que las personas valoran y responden a las acciones de los hombres y las mujeres. Esta pauta hace que las mujeres y los hombres sean los soportes de un sistema de reglamentaciones, prohibiciones y opresiones recíprocas, marcadas y sancionadas por el orden simbólico. Al sostenimiento de tal orden simbólico contribuyen por igual ambos sexos/géneros, reproduciéndose y reproduciéndolo, con roles, tareas y numerosas prácticas que cambian según el lugar o el tiempo [en que se lleven a cabo]. (Lamas, 2007, p 7)

En los 90’s se disipa la vertiente dominante, en un contexto general donde se asume que los seres humanos resultan de una producción histórica y cultural; ya no existe, a nivel científico y en especial en las ciencias sociales, el fanatismo por los dualismos y los antagonismos (Kimmel, 1997); ya que se ha instaurado la noción de *complejidad*; el eje pasa a replantearse la cuestión, donde se pregunta cómo se producen y sostienen dichas prácticas, cómo han cambiado y como se da la interacción entre el proceso de simbolización y las diferencias biológicas en dicha producción.

Más allá de las limitaciones y posibles controversias que puedan hallarse en torno al concepto - su uso cual *fetiché* académico en numerosas disciplinas, sus eternas revisiones y reducciones - el término buscó en su inicio y aún hoy, referirse a aquella simbolización que se realiza a partir de las diferencias sexuales anatómicas, que por un proceso de construccionismo histórico social, se encarna en cada hombre y mujer, pero de manera única y particular, en función de su acontecer histórico vivencial que tomará en cada persona un matiz único. El *género* implica una serie de características asociadas a los masculino y lo femenino que se encarnan de múltiples formas en cada sujeto. No obstante, desde el inicio de la vida, la socialización y la crianza, el aprendizaje del rol que correspondiere a su género asignado, dan lugar a pautas, expectativas y estereotipos que en mayor o menor medida, pero siempre presente, atraviesan al sujeto en su acontecer. Antes de atender la temática del rol de género se realizará una breve mención de las teorías psicológicas del género.

ii) Teorías psicológicas del género

Desde la perspectiva clásica antropológica se ha desoído la importancia de la sexuación para la vida psíquica. Existe una estrecha articulación entre la diferencia sexual con la dimensión psíquica y los procesos de identificación que desata. Las relaciones de género son las más íntimas de las relaciones sociales en las que estamos entrelazados, y mucho de la construcción del género se encuentra en la esfera de la subjetividad. Entendido el *yo* como un constructo relacional, también se lo entiende como un efecto de la construcción social del género. La simbolización de la diferencia sexual es un proceso que estructura las subjetividades (Lamas, 2007).

Sigmund Freud ha erigido su estructura teórica básicamente en función al desarrollo psicosexual de la libido. A pesar de su aporte transcendental y profundidad de su cuerpo teórico, por cuestiones de espacio no es posible realizar más que la mera mención de algunos conceptos que conciernen al tema del género y que serán pie para otras elaboraciones a partir de su teoría. El desarrollo psicosexual de la libido se da pasando por las sucesivas fases oral, anal fálica y genital y cristalizándose en la infancia la estructura psíquica del niño y la niña, devenidos hombre y mujer. A partir de la diferencia anatómica entre los sexos se dan, en la fase fálica, los sucesivos complejo de castración (en ambos) y complejo de Edipo, los cuales culminan (en el mejor de los casos) con la identificación con el padre correspondiente y su rol asociado.

De la teoría psicoanalítica se desprenden dos escuelas que la revisan en función de las implicancias para el género (Scott, 1999). Por un lado, se encuentra la escuela angloamericana centrada en las relaciones-objeto, liderada por Nancy Chodorow. Por otro, se encuentra la escuela francesa, la cual se centra en el lenguaje estructuralista, tomando como principal referente o figura clave a Jacques Lacan. Ambas escuelas se centran especialmente en los procesos por los que se crea la identidad del sujeto, en las primeras etapas del desarrollo del niño. Según Scott, al revisar las escuelas, la diferencia entre ambas es que los teóricos de la relaciones objeto centran su atención en la experiencia real y concreta (el niño se relaciona, ve e interactúa con sus padres) mientras que la segunda escuela resalta el rol central que

posee el **lenguaje** en la comunicación, interpretación y representación del género (lenguaje: sistemas de significados / ordenes simbólicos que preceden al dominio del habla, escritura y lectura). Scott critica la literalidad de la primer escuela, mientras que recalca que los sistemas simbólicos, entendidos como “*las formas en las que las sociedades representan y hacen uso del género, enuncian las normas de las relaciones sociales o como construir el significado de la experiencia*” (Scott, 1999, p 21). El lenguaje es clave para esta segunda escuela, siendo esencial para instaurar en el niño el orden simbólico. Se construye a través de la identidad de género. A continuación, se expone una cita que es muy ilustrativa de la postura lacaniana relevante para el género.

“Según Lacan, el falo es el significante central de la diferencia sexual. Pero el significado del falo debe leerse metafóricamente. Para el niño el drama edípico se manifiesta en términos de interacción cultural, puesto que la amenaza de castración incluye el poder y las normas legales (del padre), la relación del niño con la ley depende de la diferencia sexual, de su identificación imaginativa (o fantástica) con la masculinidad o la femineidad. En otras palabras, la imposición de las normas de interacción social son inherentes y específicas del género, porque la mujer tiene necesariamente una relación diferente con el falo que el hombre. Pero la identificación de género, si bien siempre aparece como coherente y fija, es de hecho altamente inestable. Como las propias palabras, las identidades subjetivas son procesos de diferenciación y distinción, que requieren la eliminación de ambigüedades y de elementos opuestos con el fin de asegurar (y crear la ilusión de) coherencia y comprensión común. La idea de masculinidad descansa en la necesaria represión de los aspectos femeninos (de su potencial para la bisexualidad) e introduce el conflicto en la oposición de lo masculino y lo femenino. Los deseos reprimidos están presentes en el inconsciente y son una amenaza constante para la estabilidad de la identificación de género, al negar su unidad y subvertir la necesidad de seguridad. Además, las ideas concientes de masculino y femenino no son fijas, ya que varían según el uso de contexto. Existe siempre conflicto, pues entre la necesidad del sujeto de una apariencia de totalidad y la imprecisión de la terminología, su significado relativo y su dependencia de la represión. Esta clase de interpretación hace problemáticas las categorías de hombre y mujer, al sugerir que masculino y femenino no son características inherentes sino construcciones subjetivas (o ficticias). Esta interpretación implica, también, que el sujeto está en un proceso constante de construcción y ofrece una forma sistemática de interpretar el deseo conciente, e inconsciente, al señalar el lenguaje como el lugar adecuado para el análisis. (Scott, 1999, p 23)

Otra forma de verlo es la de David Gilmore (1993) quien en un ensayo acerca de la masculinidad y su comprensión, sostiene a partir de una revisión de Freud y algunos autores post freudianos, que las normas e ideales de la masculinidad que se reproducen con tanta firmeza se debe a que en realidad se trata de una reafirmación de la autonomía y la independencia, un **rechazo a la regresión a la simbiosis con la madre**, mas allá de la angustia de castración propuesta por Freud. Retoma, para esto, a autores como Erik Erikson y Margaret Mahler.

Para comprenderlo, explica que en la etapa llamada *separación-individuación*, el niño toma creciente conciencia de la separación psíquica, junto con el aumento en la movilidad física y la acción independiente. Éstos actos son en general promovidos y premiados socialmente por el entorno circundante. Ambos, niños y niñas, atraviesan estos escenarios de separación, automotivación, animación, recompensa y desarrollo de su persona, volviéndose receptivos a las demandas del entorno para responder a conductas apropiadas a su género. De acuerdo a esta teoría postfreudiana, la unidad primaria con la madre posee un destino particular para el niño varón. Esta dificultad particular en la encrucijada por separación-individuación le impide un progreso hacia un sí mismo independiente. La dificultad es poder superar aquella previa sensación de unidad con la madre y *encima* lograr una identidad independiente definida por su cultura como masculina. La niña en cambio no experimenta esta dificultad tan drásticamente ya que su femineidad es *reforzada* por su simbiosis original con la madre, en la identificación con ella que precede su identidad y que, en última instancia, culmina con su maternidad (Chodorow, citado en Gilmore, 1993). El niño varón, entonces, para poder convertirse en una persona separada y autónoma, debe travesar un gran dilema. El principal peligro para él no es el miedo de un padre castigador, sino una ambivalencia de fantasía y miedo respecto a la madre. La **fantasía** es el retorno a la simbiosis maternal primaria; mientras que el **miedo** es que el retorno a la unidad con la madre abrumara la adquirida independencia.

iii) Identidad, roles y estereotipos de género en la sociedad occidental actual. La masculinidad hegemónica y la femineidad subrayada.

Desde la disciplina antropológica, se ha centrado el interés en cómo la cultura expresa las diferencias entre varones y mujeres, y la forma en que cada cultura manifiesta esa diferencia (Lamas, 1986). De acuerdo a lo expresado por esta autora, la división en géneros, basada en la anatomía de las personas, supone además formas determinadas – frecuentemente conceptualizadas como complementarias y

excluyentes – de sentir, de actuar, de ser. Lejos de ser una consecuencia directa de su conformación biológica, las características o formas asignadas a los dos géneros se asumen mediante un complejo proceso individual y social, llamado por Lamas, el *proceso de adquisición de género*.

Para Lamas (1986) en la categoría género se articulan 3 instancias básicas: la **asignación de género**: se realiza al momento del nacimiento del niño a partir de los genitales externos; la **identidad de género**, y por último, el **papel o rol de género**. A continuación se intentarán esclarecer estos conceptos, desde la perspectiva de numerosos autores.

a) Identidad de género

En Sinopsis de Psiquiatría, Kaplan y Sadock definen la identidad de género como *“un estado psicológico que refleja la percepción de una persona respecto a su condición de varón o mujer. En la mayoría de las personas, aparece a los 2 o 3 años y, habitualmente, coincide con su sexo biológico”* (Kaplan y Sadock, 2003, p 730). La identidad de género, según estos autores, se desarrolla a partir de innumerables señales y actitudes de los padres y la cultura en general, que se dan acorde a un sexo asignado a partir de los genitales del lactante.

Una forma algo más amplia de concebirlo es la de Messner (1998, citado en Sabo, 2000), quien entiende la identidad de género como un *“proceso generado activamente, remodelado y mantenido por los que se encuentran inmersos en redes de relaciones de poder creadas social e históricamente”* (Sabo, 2000, p2). Es decir, según este autor, las definiciones culturales de masculinidad y feminidad se contemplan como construcciones históricamente emergentes y estructuralmente dinámicas a través de las cuales los individuos y grupos interpretan activamente, comprometen y generan comportamientos y relaciones cotidianas.

Por último, en la perspectiva de Lamas, la identidad de género es establecida a la par del **lenguaje**, anterior a un conocimiento de la diferencia anatómica entre los sexos. Desde ahí, el niño *estructura su experiencia vital*, y el género según el cual es tratado se manifiesta en todas sus producciones, sentimientos, actitudes, comportamientos, juegos, etc. Una vez establecida la identidad de género, el niño se sabe o asume como perteneciente a lo masculino o femenino (o puede ser en forma conflictuada, como los llamados tercer género o género trans. Se volverá a esto en el apartado 1- f) volviéndose éste un tamiz según el cual se significan todas sus experiencias. Una vez asumida la identidad de género, es casi imposible cambiarla (Lamas, 1986).

b) Roles de género

El papel o rol de género está formado con el conjunto de normas y prescripciones que dicta la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino o masculino. Aunque hay variaciones de acuerdo a la cultura, a la clase social, al grupo étnico y hasta el nivel generacional de las personas, se puede sostener una división básica que corresponde a la división sexual del trabajo más primitiva; las mujeres tienen a los hijos y por lo tanto los cuidan: ergo, lo femenino es lo maternal, lo doméstico, contrapuesto con lo masculino y lo público. La dicotomía masculino-femenino(...) establece estereotipos que condicionan los roles, limitando las potencialidades humanas de las personas al potenciar o reprimir los comportamientos si son adecuados al género. La existencia de distinciones socialmente aceptadas entre hombres y mujeres es justamente lo que da fuerza y coherencia a la identidad de género (Lamas, 1986, p 188).

Desde la antropología, los papeles o roles sexuales, vinculados a una originaria división del trabajo, basada en la diferencia biológica (léase maternidad), marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, e incluyen las actitudes, valores y expectativas que una sociedad dada conceptualiza como femenino o masculino (Lamas, 1986).

No obstante el interés de la antropología por el término, la introducción del “rol de género” provino del ámbito de la psicología. Autores a quienes se les adjudica dicha introducción son John Money y Robert Stoller, médicos investigadores de EEUU. Este último realizó un estudio de trastornos de identidad sexual fruto de asignaciones de géneros fallidas (por ejemplo, síndrome androgenital donde, con un sexo genético XX, anatómico -vagina y clítoris- y hormonal femenino, sufre una masculinización de los genitales externos). Al ver que lo que determina la identidad y el comportamiento de género no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidas a cierto género, concluyó que la asignación y adquisición de una identidad es mayor que la carga genérica, hormonal y biológica (Stoller, 1968, citado en Lamas, 1986).

Desde la psicología social, uno de los fenómenos estudiados es lo que la gente hace con la identidad sexual, los roles y estereotipos sexuales. De acuerdo con Vander Zanden, en todas las sociedades las diferencias anatómicas entre mujeres y hombres sirvieron de base para la asignación de roles sexuales, entendido como *“el conjunto de expectativas que definen la forma en que deben comportarse los miem-*

bros de cada género" (Vander Zanden, 1986, p 538). Sin embargo, no son siempre las mismas pautas de conducta las que se esperan de hombres y mujeres de una sociedad a otra, con lo cual Vander Zanden sostiene que éstas diferencias poseen una base social y particular del entorno. Así, dependen de las definiciones sociales y de los significados social y culturalmente construidos. Estas definiciones son establecidas por hombres y mujeres, en torno a las conductas que confirman los estereotipos vigentes.

c) Teorías sobre el aprendizaje de roles de género

Vander Zander enumera diversas teorías que explican como los niños llegan a aprender estos roles sexuales o de género. En realidad, el desempeño del rol se adquiere en ese proceso de adquisición de género (Lamas, 2007), donde a través de la socialización se forja una identidad en función de la cual el niño se comportara. A modo de breve mención, en el **psicoanálisis**, el niño (una vez atravesado el complejo de Edipo) se identifica con el padre o a la madre y adquiere los detalles de su rol sexual a través de la imitación. Desde la perspectiva de **aprendizaje social** se lo entiende como un proceso de condicionamiento, producto del refuerzo selectivo. Los niños suelen ser recompensados y elogiados cuando siguen el modelo de comportamiento de los miembros de su mismo sexo. Para **Bandura** (1973, citado en Vander Zanden, 1986), en cambio, los niños adquieren un amplio repertorio de conductas pero en virtud de su socialización se activan y ejecutan ciertas conductas. Otro enfoque es el de la **auto socialización** (Kohlberg, 1974, citado en Vander Zanden, 1986), en el cual se aprende primero la identidad sexual psíquica y recién luego adquieren y dominan las conductas que se amolden a ella. Según esta teoría los niños forjan una imagen, cargada de rasgos, sobre simplificados, exagerados y estereotipados que representan un rol de género.

d) Estereotipos de género

En el mundo occidental en general, el estereotipo masculino típico presenta al hombre como dominante, independiente, competitivo, confiado y seguro en sí mismo, auto afirmativo, acometedor y lógico; y a las mujeres como sometidas, dependientes, emotivas, conformistas, tiernas y maternas. Estos estereotipos han perdurado a través de las décadas. (Skrypenek y Snyder, citado en Vander Zanden, 1986). Una posible causa de esta persistencia es que a la hora de interactuar hombres y mujeres utilizan guías un tanto estereotipadas para la interacción mutua, limitando en forma recíproca sus conductas de manera tal que todas sus conductas se adecuen a las respuestas sexuales convencionales. Ambos están atravesados (hasta atrapados en) por un sistema simbólico que orienta su *ser en el mundo*, pero que ellos mismos reproducen y mantienen de manera sutil y permanente.

Los estereotipos pueden tener mayor o menos claridad respecto a lo que se espera; por lo general, en las sociedades occidentales hay una mayor definición de lo esperado para los hombres que para las mujeres. Esto podría estar directamente vinculado con el par actividad / pasividad que suele adjudicarse al hombre y la mujer, respectivamente. Vander Zanden menciona algunos estudios que dejan entrever cuáles son las expectativas entorno a los **hombres**: existen 3 expectativas predominantes, todas vinculadas con el "deber ser": cómo deben vivir (activos, valientes, aventureros, ambiciosos, independientes, competitivos, dinámicos, orientados a la acción), cómo deben manejarse con los demás (dominantes, autoafirmativos, acometidos y demostrar poder) y cómo deben manejar sus emociones (Cicone y Ruble 1978, citado en Vander Zanden, 1986). Este último aspecto es el más relevante desde el punto de vista de salud mental. Se espera que sean equilibrados y controlados, manifestado una actitud realista, y a veces hasta distante y fría.

Cualquier muestra de ternura o emocionalidad suelen ser interpretados como un signo de debilidad o incluso como un rasgo femenino. Las mujeres suelen ser vistas como irracionales, emocionales, exageradas y cercanas a la naturaleza. Es de esperar que a la hora de comunicar su malestar subjetivo y hasta buscar ayuda profesional o contactarse con personal de salud mental haya una trazada diferencia entre ambos. (Mind Information Factsheet, 2008). Estos estereotipos, tanto femeninos como masculinos, son esenciales al momento de estimar factores de riesgo específicos para cada género.

Estas definiciones más o menos claras respecto a las expectativas se desprenden de las nociones de masculinidad y femineidad existentes.

e) Masculinidad y Femineidad

En un análisis respecto a las implicancias de la masculinidad en la sociedad estadounidense y un recorrido histórico de la misma, Michael Kimmel (1997) sostiene que desde hace un siglo surgió el llamado *Self Made Man*, donde su masculinidad quedaba demostrada en el mercado y los negocios. Hombres ocupados, lejos del hogar, pero con una masculinidad que Kimmel define como *ansiosa*, requerida de permanentes pruebas y demostraciones de su legitimidad. Esta masculinidad es intrínsecamente inestable y hasta el

día de hoy requiere y cada vez más, la demostración de su valía en forma constante. Para este autor, hay 3 modalidades básicas de prueba de la misma: en primer lugar, mostrando que el **cuerpo** puede ser un instrumento y expresión de dominio. En segundo lugar, **alejándose** de la civilización (ya sea enrolarse en el ejército, hacer un viaje, ingresar al mar) probándose a la naturaleza y a los otros hombres, lejos de los hogares y especialmente de las mujeres. El tercer lugar, y según Kimmel la forma más importante o utilizada, es la de problematizar otras formas de masculinidad, apegándose a un modelo de **masculinidad hegemónica**, que siguiendo ciertos patrones, denigra cualquier otra forma de masculinidad (de cualquier tipo, ya sea afroamericanos, indígenas, inmigrantes europeos, asiáticos, latinoamericanos, hombres homosexuales y obviamente, mujeres) en cualquier aspecto. Las características de esta masculinidad son las mismas mencionadas anteriormente, como expectativas de género. (algo más)

La permanente prueba a la que está sometida la masculinidad también es evidenciada por David Gilmore (1993). Según este autor, todas las sociedades distinguen entre mujer y hombre, proveyendo roles instituidos, apropiados para cada género: van con ideas consensuadas de lo que es la masculinidad y femineidad convencional según los cuales los individuos son juzgados si son lo que deben ser en función del género. Estos status ideales y sus imágenes o modelos asociados suelen convertirse en anclas psíquicas o identidades psicológicas para la mayoría de los individuos, funcionando a modo de criterio para la autopercepción y autoestima. De acuerdo con este autor, la masculinidad real es diferente de la masculinidad anatómica, no como una condición que emerge naturalmente de la dotación biológica, sino que debe ser desarrollado y ganado a través del esfuerzo y la superación de distintos obstáculos (Gilmore, 1993) Esto se evidencia en cualquier organización social. En una forma de hostigamiento sutil y tácito, se cuestiona en forma permanente la identidad masculina, mientras que la femenina puede ser mejor o peor vista, pero no se suele cuestionar su *femineidad*; al menos no en la forma en la que se la cuestiona a la masculinidad.

Para Gilmore (1993) las ideologías de masculinidad no son intrapsíquicas, sino que son representaciones colectivas que están institucionalizadas como imágenes guías de la mayoría de las sociedades. Para comprender el significado de la masculinidad (u hombría) desde una perspectiva sociológica y apreciar su función social (más allá de la función individual), la variable más importante a considerar según este autor es la evitación de la **regresión**, de acuerdo a su revisión de autores postfreudianos (ya mencionados en el apartado anterior). La razón para esto es que la regresión en sí misma representa un peligro para *toda* la sociedad en conjunto. La regresión es inaceptable no sólo para el individuo sino para toda la sociedad, ya que ésta misma tiene un mecanismo de funcionamiento que busca la participación adulta de todos los individuos quien la componen. La angustia de castración no representa en sí misma y un riesgo para la permanencia de la sociedad; la regresión sí. En resumen, la imagería masculina (imágenes que prevalecen respecto a lo que es un hombre) puede ser interpretada desde esta perspectiva post freudiana como una defensa contra la regresión, la dependencia, y el eterno niño interno (Gilmore, 1993).

En relación a la masculinidad y la salud, en un estudio realizado por Sabo (2000) se indagan cuáles son las influencias de género en la salud y enfermedad de los hombres. Las primeras publicaciones sobre estudios de hombres sostenían que la adherencia a modelos de masculinidad tradicional suponía un aumento de los riesgos para la salud física y emocional de los hombres (Feigen Fasteau, 1974; Farrell, 1975 y Brannon, 1976 citados en Sabo, 2000); basándose en la teoría de los roles sexuales, según la cual los niños aprenden y adoptan comportamientos masculinos que implicaban riesgos para su salud. Para comprender ésto, el autor parte de la premisa que la identidad de género y los comportamientos no son simplemente impuestos, sino que son las propias personas las que construyen *activamente* su identidad de género y sus comportamientos. La adopción de conductas que refuercen la masculinidad, como por ejemplo, correr riesgos, la no adopción de normas de seguridad en el trabajo, la manifestación de la valentía, la fascinación y respeto de la violencia, ligada a la demostración de su hombría, los expone a un mayores riesgos para su salud y vida (Sabo, 2000). En parte, los hombres utilizan los comportamientos de riesgo o no saludables para definir su virilidad. Actos como el consumo de grandes cantidades de alcohol para mostrar lealtad al grupo, la participación en deportes tradicionalmente masculinos como el rugby, boxeo, donde se fomentan el dolor y las lesiones para ganar. Los guiones tradicionales de género de los hombres definitivamente contribuyen a sus comportamientos poco saludables.

Existen excepciones a esto, y otros modelos de masculinidad alternativos a la llamada "**masculinidad hegemónica**" (Connell, 1987 citado en Sabo, 2000) también utilizado por Kimmel (1997); prevalece esta masculinidad, en la sociedad occidental, más alabada, valorada e idealizada. Esta masculinidad acentúa el dominio del hombre sobre la mujer, la fuerza física, la agresividad, la tendencia a la violencia, la inexpresividad emocional y la competitividad. Esta masculinidad contribuye a construir los roles de género, pero también se hacen a partir de los que Connell (1987) llama la "**feminidad subrayada**", como un ideal cultural celebrado por la mujer, caracterizado por la sociabilidad, emocionalidad, fragilidad, pasividad,

aceptación de los deseos del hombre y receptividad sexual. Se construye según una relación recíproca y subordinada al hombre, de forma que refuerza el poder masculino y las jerarquías dominadas por el hombre dentro de los distintos contextos institucionales. Los hombres jóvenes aprenden que la adopción de formas “femeninas” (como podría ser compartir un estado emocional o contar sus dificultades o, en el peor de los casos, llorar) de comportamiento puede llevarlos al ridículo o a ser estigmatizados. A veces, para evitar o compensar estos “peligros” llegan a asumir y desarrollar comportamientos riesgosos, con tal de alejarse lo más posible de todo lo que remita a “lo femenino”.

iv) Diferencias en la prevalencia psiquiátrica según el género

Los estudios e investigaciones en el campo médico han sido, en sus inicios, exclusivamente realizados sobre hombres; bajo la premisa de que hombres y mujeres eran iguales y por ende, con estudiar a los hombres era suficiente para establecer generalizaciones. Sólo recientemente, de acuerdo a lo expresado por el Dr. Hugo Lande, presidente de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, se ha orientado a considerar hombres y mujeres muy diferentes en términos médicos. Citando a Santiago Palacios, prestigioso doctor español, dice que “Hoy en día sabemos que la prevalencia de las enfermedades es diferente en los dos géneros, conocemos que su curso es distinto y que los fármacos no muestran la misma eficacia” (Palacios, citado en Lande, 2008).

La prevalencia psiquiátrica no escapa a esta tendencia y en las últimas décadas han sobrado estudios y ejemplos que constatan este hecho. Existe además, otra razón por la cual es de suma importancia para el tema que concierne a este trabajo establecer la diferente prevalencia psiquiátrica. Según informes de la Organización Mundial de Salud y diversas organizaciones regionales (OPS, 2007; Mind Information Factsheet 2008; SUPRE, 2008) casi el 90% de los suicidios consumados están vinculados con alguna patología psiquiátrica previa e incluso un porcentaje algo inferior indica algún contacto con servicios de salud previamente a la consumación del hecho (Mind Information Factsheet, 2008).

Existen estudios de variable envergadura, metodología y tamaño muestral, de los cuales a continuación se citaran aquellos de alta confiabilidad, que ilustran en forma concisa las diferencias de género en la prevalencia psiquiátrica.

Un clásico estudio al respecto fue el realizado en 1994 por Ronald C. Kessler, titulado “*Prevalencia vital y anual de trastornos mentales en EEUU*”, en la cual se tomó una muestra al azar de individuos mayores de 18 años, no institucionalizados, con un formato de entrevista estandarizada, llamada CIDI (Composite International Diagnostic Interview), diagnosticando según criterios del DSM III TR. Los hallazgos más llamativos fueron: una mayor prevalencia general a la esperada, correlaciones con sexo y edad, y una altísima tasa de comorbilidad. En cuanto a diferencias de género, los hallazgos indicaron que, en términos de padecer un trastorno mental en general, no existían diferencias significativas. Sin embargo, en cuanto a la prevalencia en trastornos específicos, existen diferencias de género. En consistencia, según el autor, con investigaciones anteriores, **los hombres poseen mayor probabilidad de tener trastornos relacionados con sustancias y Trastorno de Personalidad Antisocial que las mujeres, mientras que ellas tienden a padecer con mayor frecuencia trastornos del estado de ánimo** (con la excepción de la manía, en donde no hay diferencias) y trastornos de ansiedad (para información más detallada, ver tabla 1.1 en el apéndice).

Las tendencias estadounidenses coinciden con los datos de un estudio europeo realizado por European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), donde hallaron ciertas correlaciones entre edad y sexo con los trastornos mentales. La metodología de investigación fue la misma, ya que se tomó una muestra al azar de individuos mayores de 18 años, no institucionalizados, con un formato de entrevista estandarizada, llamada CIDI (Composite International Diagnostic Interview), diagnosticando según los parámetros del DSM IV (Diagnostic and Statistic Manual). Este estudio demuestra que las mujeres tienen el doble de probabilidades de tener cualquier desorden mental en los últimos 12 meses; también tienen mayores probabilidades de tener un trastorno del estado de ánimo o de ansiedad, y menos probabilidad de tener un trastorno por abuso de alcohol (para información más detallada, ver tabla 1.2 en apéndice).

En la actualidad, según Bonet, (2007), el DSM IV dice que en EEUU las mujeres tienen dos veces más trastorno depresivo, 3 veces más trastorno de pánico, y 3 veces más trastorno de ansiedad generalizada que los hombres (Bonet, 2007).

De acuerdo a Langhinrichsen-reohling y Lewinsohn (1998, citado en Sabo, 2000), autores de un estudio que analiza las diferencias de género en conductas vinculadas con el suicidio utilizando herramientas de medición, que hayan diferencias en la conducta suicida se explica en parte por las diferencias en prevalencia de constructos relacionados con el suicidio, encontradas en numerosos estudios anteriores. Los autores citan, por ejemplo, estudios que demuestran que las mujeres tradicionalmente reportan más síntomas de depresión y malestar, frente a los hombres cuyos puntajes indican mayor índice de conductas

peligrosas, imprudentes, irresponsables o temerarias, con un involucramiento mayor en actividades que provoquen emoción y excitación.

v) Factores de riesgo específicos de género en trastornos mentales

Existen factores de riesgo específicos, vinculados con aquellos roles, estereotipos, y expectativas de género, y forma de significar y comportarse en la vida, que pueden predisponer a hombres y mujeres a padecer ciertos trastornos mentales. No se trata sólo de lo que socialmente se espera que haga un hombre o una mujer, sino es la forma en la cual cada uno significa su experiencia y vivencias, y en especial, los modos de afrontamiento de eventos estresantes o dificultades vitales, que pueden predisponer en mayor o menor medida a padecer trastornos mentales.

En los intentos de explicar la razón del mayor riesgo a desarrollar trastornos vinculados con la ansiedad y la depresión en mujeres que en hombres, se han mencionado factores genéticos, hormonales, psicológicos y socioculturales (Bonet, 2007). Definitivamente se han descrito los efectos perjudiciales del abuso sexual en la niñez, la privación socioeconómica, la violencia física, emocional y sexual en la salud de las mujeres. Bonet distingue dentro de los factores de riesgo aquellos que son específicos de género para la depresión en la mujer, como la ausencia de un confidente, menor educación secundaria, la presencia de niños pequeños en el hogar, la dificultad para trabajar fuera de la casa, el matrimonio inestable y la sensación de desamparo.

Según un estudio citado en un informe impulsado por la OMS y realizado por Piccinelly y Gomez Halen (1997) respecto a diferencias de género en la prevalencia de ciertas enfermedades psiquiátricas, los factores de riesgo se vinculan en forma estrecha con la forma en que los agentes de socialización y los estereotipos de género afectan la construcción de la identidad de género de un niño. En general, los padres tienen a incitar conductas dependientes y actitudes de cuidado y protección en las niñas, mientras que los niños son incentivados a desarrollar cierta independencia y a involucrarse en actividades físicas y activas. Esto estaría de acuerdo con ciertos estereotipos y mandatos culturales que enfatizan la autoconfianza y competencia en los hombres en oposición a la pasividad, el desamparo y la dependencia en las mujeres. El tipo de socialización acorde a los estereotipos de género también enfatiza mayor preocupación respecto a la autoevaluación y expresión de emociones en las mujeres que en hombres; favoreciendo la aparición de cuadros depresivos en las primeras. Parecería que la mayor preocupación por parte de la mujer por complacer a otros puede a veces generar la sensación de no ser o hacer lo suficiente en relación a estándares externos; generando sentimientos de pérdida de dominio y control de sí mismo. Este estudio, tras un metaanálisis extenso en cuanto a patrones de conducta de género, halló que en términos generales las adolescentes mujeres tendían a tener menores expectativas, auto atribuciones negativas y menor tolerancia al error que el hombre. Sin embargo, la evidencia de que existen diferencias significativas de rasgos de personalidad tales como seguridad, y autoconfianza y pasividad es insuficiente para explicar la diferencia en la prevalencia psiquiátrica; mas bien se trata de ciertas formas en las cuales los hombres y las mujeres tienden a **responder a estados de ánimo deprimido**, que aumentaría la vulnerabilidad de la mujer a padecer depresión. Ambos géneros poseen patrones de respuesta diferentes frente a sus propios sentimientos de depresión. Los hombres se involucran en actividades que los distraigan de su estado de ánimo (por ejemplo, actividad física) y las mujeres responden con menor actividad y cierta tendencia a la reflexión o pensamiento rumiante respecto a las posibles causas de su estado de ánimo deprimido, como así también las posibles consecuencias de su episodio depresivo. En relación a una respuesta activa como la de los hombres, la respuesta mas rumiante puede amplificar episodios depresivos e interferir con conductas instrumentales o resilientes, llevando a una serie de fracasos en diversas esferas y una sensación global de indefensión. Esto, a su vez, facilita el acceso a recuerdos negativos que aumentan el malestar subjetivo y a perpetuar el estado de ánimo deprimido.

En términos generales, el **aislamiento** es un factor de riesgo para ambos géneros es, a padecer cualquier enfermedad física o trastorno mental (Faur, 2008). Esto se basa en estudios que sostienen que aquellas personas que estén casadas o en una relación de convivencia tienen mejores indicadores de salud que las que no lo están. Sin embargo, una relación vincular hostil tiene serias consecuencias sobre la salud; constituyendo en sí misma una fuente de estrés específica; llamado **estrés conyugal**.

El estrés conyugal puede definirse como "*una percepción subjetiva de alguno de los integrantes de la pareja o ambos que se relaciona con un malestar clínicamente observable y con bajos índices de satisfacción marital*" (Faur, 2008, p18); el estrés conyugal es medible a través de los llamados indicadores de hostilidad (violencia verbal y no verbal, descalificación, sarcasmo, burlas e ironía, silencios y falta de comunicación, comunicación indirecta, mentiras, alusiones desestabilizadoras, aislamiento social, etc). Un tipo de relación de ésta índole, que suele ser crónica y sostenida, genera un cuadro de estrés crónico, con un sistema inmune debilitado y propenso a la enfermedad.

En principio, aquellas características protectoras del matrimonio parecen ser más favorables para los hombres que para las mujeres. Las mujeres tienden a enfermar más dentro de los matrimonios de estas características. Según Faur (2008), tienden a asumir responsabilidad por la situación y por las posibilidades de cambio, y mayor expresión de los problemas. Una situación de este tipo impacta negativamente sobre su autoestima, ya que suelen soportar por tiempos indeterminados relaciones que le provocan un intenso dolor emocional; según Feur, por mandatos sociales y culturales que fomentan la abnegación femenina y el sacrificio como una forma de amor.

Asimismo, estudios sobre el estrés crónico demuestran que las mujeres tienen más posibilidades de desarrollarlo y los **eventos percibidos como estresores** son la familia, los afectos y el matrimonio, mientras que para los hombres el trabajo y el dinero tienen un lugar privilegiado. En estudio en Suecia también se comparó el impacto del estrés conyugal vs estrés laboral en la salud cardiovascular y fue evidente que para las mujeres una fuente significativa de estrés y por ende, factor de riesgo a padecer trastornos cardiovasculares es el estrés conyugal (Faur, 2008).

vi) Los géneros en la actualidad: diversidad de género

Históricamente, y en forma creciente, las categorías hombre y mujer no han sido suficientes para englobar todas las variantes de género existentes. La diversidad de género, como formas no convencionales de vivir la anatomía, el cuerpo y la sexualidad han sido objeto de crítica, marginación, discriminación y estigma. En una revisión detallada de la historia y cronología del travestismo, Fernández (2000) sostiene que hubo un largo período de criminalización y de encierro en prisiones y cárceles, de todos aquellos llamados “desvíos sexuales”, que serían objeto de estudio de ciencias médicas y sexuales. Estos desvíos incluían, durante mucho tiempo, distintas formas de “desviación”, incluyendo el travestismo, homosexualidad y el transexualismo. A través del tiempo fue desmitificándose, perdiendo interés médico y criminológico, y pasó a ser de interés en particular para los sexólogos, quienes se preocuparon por establecer distinciones entre los “desvíos sexuales” y comprender cada uno.

A pesar de la paulatina desestigmatización y rechazo persisten muchas veces el rechazo y la discriminación a estas formas alternativas de vivir el cuerpo. La lucha organizada por la inclusión y la no discriminación de géneros y orientaciones alternativas favoreció la despatologización de la diversidad, acompañado de una creciente aceptación y considerable mejoría en la calidad de vida (esto último se dio particularmente en la vida de homosexuales). Pero las situaciones de violencia que se dan a diario, discriminación, marginación, actitudes de crítica y rechazo; muchas veces pueden desencadenar sentimientos de baja autoestima y autodestrucción, llevando a trastornos del estado de ánimo y posiblemente el suicidio (Rubio Arribas, 2008).

Lamentablemente hoy no se cuenta con suficiente información como para incluir a este grupo en el análisis de las diferencias de género en las conductas vinculadas con el suicidio, pero quizás en un futuro, al existir información estadística más detallada respecto a individuos que cometan suicidio, se pueda ampliar nuestra comprensión de la injerencia de la diversidad de género (en todas sus variantes) en las conductas vinculadas con el suicidio. A continuación se intentarán delimitar las fronteras entre los términos que se incluyen dentro de la diversidad de género y sexualidad.

¿Tercer género o transexualidad?

La transexualidad no es un fenómeno actual, ya que data de notoria antigüedad y transculturalidad. Nace el término para denominar a los individuos que desear vivir en forma permanente como miembros del sexo opuesto, sintiendo una incongruencia entre el sexo con el que nacieron biológicamente y el sexo al que se siente pertenecer. Tienen la convicción de pertenecer al sexo opuesto al que nacieron, con una insatisfacción mantenida por sus propios caracteres sexuales primarios y secundarios, con un profundo sentido de rechazo y un deseo mantenido de modificarlos (Rubio Arribas, 2008)

Según Lamas, las formas femenina y masculina se encuentran presentes en personas cuya anatomía no corresponde al género asignado; la manera en que la cultura acepta o rechaza la no correspondencia entre sexo y género varía, existiendo algunas donde aparece un tercer género, llamado transexual, que puede a su vez dividirse en dos, variantes de mujer / masculina o hombre / femenino (Lamas, 2007). Según otros autores, la transexualidad no es igual al tercer sexo o género, sino que la persona en cuestión se siente de **un** sexo u otro, no de un tercero, y además, pretende llevar adelante su vida diaria de acuerdo al rol y estereotipo de ese género en particular (Rubio Arribas, 2008).

Desde una perspectiva de psicología social, Vander Zanden define a la transexualidad como una situación en la cual los individuos dotados de órganos sexuales normales se sienten psíquicamente del sexo opuesto. Es una convicción de gran fuerza donde refieren sentirse en el cuerpo equivocado. La orientación sexual es variable (Vander Zanden, 1982).

Una distinción importante es la establecida por Benjamin (citado en Fernández, 2000) respecto a travestismo y transexualidad, en la cual sostiene que mientras en el travestismo los órganos sexuales son *fuentes de placer*, en el transexualismo con un *disgusto*.

Travestismo

El travestismo fue un término acuñado por Hirschfeld en 1905, entendido como una variante intersexual que podía darse con diferentes prácticas sexuales. Este autor se ocupó de separar travestismo de homosexualidad, ambas dos como una variante de la norma heterosexual. Una definición más abarcativa y moderna es la provista por Vander Zanden, quien entiende que *“el travestismo es el impulso avasallador a personificar el sexo opuesto y vestirse con la indumentaria que lo caracteriza. La sexualidad psíquica en este caso es ambigua, pero a diferencia de los transexuales, no sienten que su pene o sus pechos sean un error. La orientación sexual suele ser heterosexual en este caso.”* (Vander Zanden, 1994, p 584)

La homosexualidad

La homosexualidad implica tener una respuesta erótica frente a individuos de igual anatomía sexual. En este caso concuerda su anatomía con su identidad sexual psíquica, aunque prefieren compañeros sexuales de su mismo sexo. Hay que distinguir entre la identidad sexual psíquica de una persona de la elección de un objeto sexual.

La homosexualidad ha sido concebida durante mucho tiempo como una alteración. Hasta 1974 la Asociación Psiquiátrica Norteamericana la consideró una afección o trastorno mental; ejemplo de la evaluación social de esta tendencia. Sin embargo ha habido una cada vez mayor tolerancia e inclusión para con estos grupos. No obstante aún hoy siguen siendo muchas veces objeto de críticas o le son impuestos diversos obstáculos que dificultan su bienestar.

2. El suicidio, las conductas vinculadas y los factores de riesgo

i) Concepto de suicidio, epidemiología y daño autoinfligido e ideación suicida

La temática del suicidio ha sido tratada desde diversas disciplinas y enfoques, existiendo abundante literatura al respecto. No obstante, en proporción a la gravedad del hecho, ha existido cierta evasión, enmascarada a veces como condena religiosa, moral, espiritual, y hasta legal, que ha impedido a través del tiempo (con excepciones notables) el abordaje que semejante tema merece. Según Ana Jaramillo, es notable que múltiples disciplinas hayan abordado la temática, intentando explicarla sin demasiado éxito; sin embargo, aquellas disciplinas que más debieran tratarlo en profundidad, para comprenderlo y abordarlo, son aquellas vinculadas a la salud, como la medicina, la psicología y el psicoanálisis (Jaramillo, 2003). La autora sostiene la postura de Menninger, quien habla de que aún hoy permanece vigente el tabú del suicidio, incluso teniendo en cuenta que, en términos de gravedad basada en estadísticas, el suicidio representa un problema mayor que el homicidio.

Debido a la importancia y aumento paulatino de las tasas de suicidio a lo largo del siglo XX, se origina la **Suicidología**, relativamente nueva disciplina que estudia los fenómenos relacionados con el suicidio, a los fines de poder comprender a fondo el acto para poder realizar intervenciones preventivas efectivas. Según Carlos Martínez, autor de “Introducción a la Suicidología”, *“la suicidología es una disciplina que tiene entre sus principales sistematizadores a Schneidman y Farberow, quienes sostienen que es la ciencia que se refiere a los comportamientos, sentimientos y pensamientos autodestructivos, y que pertenece al ámbito de la Psicología”* (Martínez, 2007, p 101). Según este autor, existen diversas miradas respecto a cuáles son los límites de esta disciplina, respecto a si incluir el suicidio consumado, la tentativa de suicidio, el parasuicidio, los comportamientos autodestructivos y el abuso de sustancias (EEUU) o bien centrarse en el daño autoinfligido, las automutilaciones y los comportamientos autodestructivos indirectos (UK y Europa).

A continuación se abordarán algunas nociones básicas en torno al fenómeno del suicidio y todas las conductas que, ya sea por intencionalidad suicida subyacente o carácter autodestructivo estén vinculadas a él.

De acuerdo con Sinopsis de Psiquiatría (Kaplan y Sadock, 2003), el término *suicidio* proviene del latín *sui* (sí mismo) y *caedere* (matar), para diferenciarse de *homicidio*; y significa *autoasesinato*. Cuando un individuo lo consuma, expresa en ese acto mortal el deseo de morir. En la actualidad y en la sociedad occidental, es visto como una salida para un problema o una crisis que provoca invariablemente un intenso sufrimiento (Kaplan y Sadock, 2003), del cual el sujeto desea escapar y para el cual no encuentra otra salida que provocar la cesación de la propia vida.

Existen numerosas definiciones de suicidio, las cuales proveen distintas perspectivas frente al mismo hecho. Martínez (2007) cita algunas definiciones del término que permiten entrever la complejidad intrínseca

al tema; entre ellas, de Durkheim, quien entiende el suicidio como “...*toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado*” (Durkheim, año, en Martínez, 2007, p 18). Stengel lo define como “*el acto fatal, e intento de suicidio, el acto no fatal de auto perjuicio, llevado a cabo con conciencia intento autodestructivo, no obstante, vago y ambiguo*” (Stengel en Martínez, 2007, p 18). Estas dos definiciones ya dan cuenta de la complejidad en torno al concepto, donde se entremezclan nociones como intencionalidad, comisión u omisión, conciencia, ambigüedad.

Desde los inicios de los estudios de la suicidología, liderados por Edwin Schneidman, han surgido numerosas formas de conceptualizar y clasificar los fenómenos vinculados con el suicidio. Realizar una revisión exhaustiva al respecto excedería los límites de este trabajo; no obstante es preciso mencionar algunas de las formas de clasificación. Siendo el suicidio un fenómeno que no se limita únicamente al acto consumado sino que engloba otros hechos, es preciso mencionarlos y diferenciarlos.

Numerosos autores han distinguido una serie de matices entre la ideación suicida y el suicidio consumado (Kaplan y Sadock, 2003; OPS, 2003; Martínez, 2007). Incluso se habla de discrepancias respecto a la terminología más apropiada para describir el comportamiento suicida (OPS, 2003). En la actualidad se encuentra bastante aceptado el concepto de espectro o continuum con diferentes grados de exteriorización de la intencionalidad, propuesto originalmente por Adam (1985, citado en Martínez, 2007) como *continuum autodestructivo*, dando cuenta de la progresividad de un proceso de exteriorización del acontecer sufriente de esa persona. Esta progresividad consta de una serie de etapas; en la cual se comenzaría por la ideación suicida (ver en apartado posterior); luego pasando por la llamada crisis suicidas donde comenzaría a realizar cálculos de salida, mientras que la tentativa de suicidio funciona a modo de aviso denunciante. El suicidio frustrado correspondería a un período de prueba-ensayo y, por último, el suicidio consumado representaría la condensación del proceso.

El grado de intencionalidad subyacente es un aspecto algo controversial a la hora de evaluar la conducta suicida. En general, es imposible saber con certeza cuál era la intencionalidad de quien cometió el acto; y según la OPS; no se puede establecer con seguridad una correlación entre la intención y el resultado (OPS, 2003).

Una de las clasificaciones con un enfoque más pragmático es el de Canetto y Lester; citado en el informe de OPS (2003), en donde se clasifican las conductas vinculadas con el suicidio según el resultado, en dos grandes grupos: **comportamiento suicida mortal** y **comportamiento suicida no mortal**. Como es de esperarse, el primer grupo refiere a aquellos actos suicidas que resultan en la muerte; mientras que el segundo incluye los actos que no resultan en la muerte. Dentro de éstos se incluyen la tentativa suicida, el *parasuicidio* (término común en Europa) y el “*daño autoinflingido deliberado*” o “*deliberate self harm*” (DSH); que en sí misma implica toda una serie de conductas autolesivas, que van desde efectuarse cortes o quemaduras sobre la piel, a golpearse miembros o la cabeza y hasta automutilarse extremidades o provocarse ceguera (OPS, 2003). Respecto a esta digresión en la terminología, el conocido investigador británico Keith Hawton sostiene que el término daño autoinflingido es preferible a “tentativa de suicidio” o “parasuicidio” porque el rango de motivos o razones para esta conducta, incluyen intencionalidad no suicida, tal como la liberación de tensión o necesidad de comunicar malestar (Hawton, 2005, p 891). A los fines de comprender a qué situaciones puntuales se refieren las variantes del suicidio, se pueden mencionar las siguientes posibilidades: incluye alguien que piensa en suicidarse pero que nunca lo lleva a la práctica, o alguien que lo realiza en forma abrupta sin ninguna premeditación aparente; considerando al suicidio como una categoría aún más amplia; incluso se ha hablado de “suicidios crónicos” para aquellas muertes vinculadas al consumo de sustancias o ausencia de seguimiento de indicaciones terapéuticas (Kaplan y Sadock, 2003).

Es realmente muy amplio el abanico de comportamientos que pueden estar vinculados al suicidio, y en la actualidad aún no se ha esclarecido el panorama respecto a cómo organizarlos, con fines organizativos. Incluso algunos comportamientos podrían concebirse como entidades psiquiátricas independientes (como la propuesta de Pattison y Kahan de la existencia de un “Síndrome de Autolesión Deliberada” con criterios diagnósticos propios)(citado en Taboada, 2007), aunque la tendencia general es que todas las conductas formarían parte de un espectro amplio vinculado con la autodestrucción. Según Taboada (2007), en su clasificación y descripción detallada de las autolesiones (en sentido amplio) las divide en 3 posibles, siendo los métodos tradicionales de suicidio (ahorcamiento, armas de fuego, electrocución, envenenamiento, cortes y quemarse); las autolesiones con daño tisular (morderse, arañarse, tallarse, interferir con la cicatrización de heridas, pincharse y golpearse) y por último, las autolesiones sin injuria visible (ejercitarse hasta el dolor, no seguir indicaciones terapéuticas, desnutrición con intención de daño, imprudencia y temeridad, conductas riesgosas, y suicidio crónico). Sin embargo, realizar una revisión de las múltiples conceptualizaciones de cada una de las conductas excede ampliamente los objetivos de

este trabajo, con lo cual se han planteado algunas líneas que demarcan el panorama general dentro de la suicidología. Vale resaltar el hecho de que, más allá de las distintas posturas teóricas respecto a cómo conceptualizar los fenómenos en torno al suicidio, es importante comprender que realizar una división esquemática de los fenómenos, en forma taxativa y artificial, le resta el carácter complejo que el suicidio como totalidad posee, y se da por entendido que la realización de tal clasificación responde únicamente a una finalidad pragmática.

Para dar cuenta adecuadamente de la gravedad del problema del suicidio en datos concretos se presenta a continuación la epidemiología del suicidio.

a) Epidemiología del Suicidio

A nivel mundial, y en forma directa, anualmente casi 1.000.000 personas mueren a causa del suicidio en todo el mundo (OPS, 2003). El suicidio se encuentra entre las principales causas de muerte en todo el mundo, y gradualmente asciende posiciones en particular en edades vulnerables, como jóvenes y adultos mayores. Las conductas autolesivas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de discapacidad y malestar. En forma indirecta, el entorno de aquella persona que se suicida se ve profundamente afectado (familiares, amigos, compañeros de trabajo) ya sea en términos emocionales, social y económico.

Las mayores tasas de suicidio ocurren en dos grupos etáreos: por un lado, en adolescentes y jóvenes adultos, de entre 15 y 24 años, siendo entre éstos el suicidio la segunda causa de muerte. Por otro, Los adultos mayores poseen tasas igual o más altas que la de los jóvenes adultos, representando hasta un 25% de las muertes por suicidio (Kaplan y Sadock, 2003).

En comparación con las tasas mundiales, Argentina se encuentra entre las más bajas en relación a numerosos países, cercano a Italia y España (Altieri, 2007), ubicándose en 8 muertes cada 100.000 habitantes por año. Sin embargo, en concordancia con las tendencias mundiales, se ha observado una tendencia creciente en cuanto al número de muertes por suicidio en el grupo de 15 a 24 años de edad.

Uno de los hechos más llamativos respecto al suicidio, es que se estima que la razón de suicidio de hombre por cada mujer oscila entre 3:1 a 10:1 (OPS, 2003). Se abordará esta temática posteriormente en el apartado 3.b.

En el apéndice se detalla la tabla 2.1, con información respecto a la epidemiología mundial del suicidio, por hombres y mujeres.

b) Daño Autoinfligido

Tan íntima es la relación entre las conductas suicidas que hay demostrada prueba de la relación entre los daños auto infligidos o DSH (deliberate self harm) y el suicidio consumado (Hawton, 2005), haciendo realmente muy difícil la clasificación de las conductas según intencionalidad subyacente, gravedad del DSH y predictabilidad de suicidio. Las conductas incluidas como "daño autoinfligido" son todos aquellos actos que impliquen daño, lesión o intento de suicidio. No necesariamente implican la intencionalidad de morir producto del acto, y puede a veces implicar necesidad de comunicar malestar. Sin embargo, la relación entre daño autoinfligido, tentativa de suicidio, y suicidio eventualmente exitoso manifiesta la importancia de tratar adecuadamente este tema. Muchas veces se conceptualizan los daños superficiales (más comúnmente cortes) como pedidos de ayuda que no implican mayor riesgo, minimizando las consecuencias a largo plazo.

Según este autor, los cortes superficiales suelen servir al propósito de reducir tensión o sufrimiento o como una forma de autocastigo, y rara vez requieren atención hospitalaria (Hawton, 2005). Los factores de riesgo para jóvenes de cometer DSH son, iguales a los factores de riesgo para cometer suicidio. No obstante, sugiere otros factores que puedan influir, como haber sufrido abuso sexual, depresión y abuso de sustancias. El riesgo de cometer suicidio tras un episodio de DSH asciende hasta el 5%, siendo los mayores factores de riesgo ser hombre, haber utilizado un método violento de autolesión, episodios previos, apatía, indefensión y resignación, insomnio, abuso de sustancias y admisión a un hospital psiquiátrico.

c) Ideación Suicida

La ideación suicida no puede incluirse dentro de las clasificaciones que impliquen comportamiento, ya que sin implicar actos refiere a pensamientos sobre suicidarse con diversos grados de intensidad y elaboración. Dentro de esta categoría suelen incluirse: el sentimiento de estar cansado de la vida, la creencia de que no vale la pena seguir viviendo y el deseo recurrente de no despertar de sueño (OPS, 2003). El papel predictor de la ideación suicida aún es confuso, permaneciendo incierta su importancia como indicador útil acerca de quiénes requieren intervención urgente. La ideación suicida aparece con mucha mayor frecuencia que el suicidio intentado o consumado, y la tendencia general es que las mujeres son más propensas a tener pensamiento suicidas que los hombres (Linden, 1997, citado en OPS, 2003).

ii) Factores de riesgo asociados al comportamiento suicida.

No existe una causa única que explique el comportamiento suicida; y para comprenderlo es preciso considerar cómo múltiples factores de diversa índole se influyen recíprocamente y configuran una situación particular donde un individuo corre mayor riesgo de cometer algún acto vinculado con el suicidio. Poder identificar los factores es esencial a la hora de intervenir y prevenir el suicidio.

a) Factores de riesgo generales

Según Kaplan y Sadock, existen numerosas variables que pueden aumentar el riesgo de suicidio en personas vulnerables. A continuación se enumerarán los factores de riesgo citados en la publicación de estos autores, basados en numerosos estudios realizados en EEUU (Kaplan y Sadock, 2003, p 913).

- Sexo: como ya se ha mencionado y se abordará posteriormente, el riesgo para hombres de cometer un acto suicida es en promedio 4 veces mayor que para las mujeres.
- Edad: las tasas aumentan con la edad: siendo la máxima incidencia en varones mayores de 45 años, mientras que en las mujeres, mayores de 55 años. Los ancianos intentan suicidarse con menor frecuencia que los jóvenes, pero es más probable que tengan éxito. Los ancianos representan el 25% de los suicidios totales de la población. El mayor crecimiento en las tasas fue en los hombres jóvenes de 15 a 24 años de edad. En la misma franja etárea para las mujeres el aumento fue mas lento. Según diversos estudios epidemiológicos la mayoría de los suicidios ocurre entre los 15 y los 44 años de edad.
- Raza: en estudios comparativos entre individuos caucásicos y afroamericanos se halló que ser hombres caucásicos implica 2 veces más riesgo (como mínimo) de cualquier otra persona. El orden de prevalencia, de mayor a menor, es: hombre caucásico, hombre afroamericano, mujeres caucásicas, y mujeres afroamericanas. Inmigrantes europeos y nativos americanos también poseen tasas superiores a la media nacional.
- Religión: se cree que en función del mayor grado de ortodoxia y de integración religiosa se da menor incidencia de suicidio, siendo la mera pertenencia o filiación religiosa institucional no significativa en disminuir el riesgo.
- Estado civil: el matrimonio y los hijos disminuyen el riesgo considerablemente, las personas solteras poseen el doble de riesgo que las casadas, mientras que las separadas o divorciadas o viudas, el doble que las solteras. La proporción es siempre mayor en hombres; esto en parte puede ser explicado por el factor protector que es para los hombres el tener un matrimonio.
- Empleo: cuanto más alto es el nivel social, mayor el riesgo de suicidio. Una caída en la escala social también aumenta el riesgo, así como también lo hace el reciente desempleo y crisis económica. El trabajo en general protege contra el suicidio. Sin embargo, ciertas profesiones se correlacionan con mayor riesgo. Los profesionales médicos tienen una tasa mundialmente mayor de suicidio que cualquier otra profesión; esto puede estar relacionado con la mayor prevalencia de trastornos mentales, tales como del estado del ánimo y abuso de sustancias; y la mayor accesibilidad a los medios para realizar el acto (fármacos y conocimiento de tóxicos).
- Métodos (será abordado en el apartado 3.d)
- Salud física: la relación entre la salud física y el suicidio es significativa. Según estudios, el 32% del total de las personas que cometen suicidio recibieron atención médica dentro de los 6 meses anteriores a su muerte. Asimismo, se estima que entre un 25% y un 75% de las personas que cometen suicidio padece una enfermedad física y que éste es un factor de riesgo que aumenta la vulnerabilidad a cometer un acto suicida. Muchas enfermedades están asociadas a trastornos del estado de ánimo, lo cual podría explicar en parte la alta incidencia en estos casos. Consecuencias de las enfermedades como la falta de movilidad, la desfiguración y el dolor crónico son agravantes.
- Salud mental: (será abordado en el apartado 2.c)
- Pacientes psiquiátricos: (refiriéndose a sujetos que han sido hospitalizados) el riesgo de cometer suicidio en estos individuos es de 3 a 12 veces mayor que la población general; en particular en pacientes con trastornos del estado de ánimo grave, que requiere Terapia Electro Convulsiva (TEC). En general los pacientes han sido mayormente adultos, pero ha habido en forma creciente suicidios en pacientes jóvenes. Los actos suicidas suelen ser consumados luego del alta.
- Conducta suicida previa: la presencia de conducta suicida previa es quizás el mejor indicador de riesgo de que un individuo tiene un alto riesgo de suicidio. Estudios indican que casi el 40% de los pacientes que cometen suicidio lo habían intentado previamente.

Los factores mencionados por Kaplan y Sadock (2003) son mayormente de características personales de los individuos. A estos factores de riesgo personales, se pueden mencionar en forma aditiva, los mencionados por Mind (National Association for Mental Health – UK): circunstancias sociales, vulnerabilidad biológica, eventos vitales y accesibilidad a los medios. La accesibilidad, junto con la letalidad del método,

es un factor determinante en la consumación del acto suicida. El acceso de un sujeto en riesgo a un método para cometer un acto suicida es algo que debe ser atendido con fines preventivos. En numerosos países, las políticas preventivas se estructuran de acuerdo a la prevalencia de método utilizando, dificultando el acceso a aquellos medios (armas de fuego, por ejemplo) (Martínez, 2007).

b) Factores de riesgo específicos para cada género

Se ha realizado un extenso estudio en Dinamarca (Qin, 2000) respecto a los **factores de riesgo particulares de cada género** en relación al suicidio, aunque los resultados no fueron tan concluyentes como se esperaba. Según este estudio, algunas variables tienen el mismo impacto en el riesgo para hombres y mujeres; como ser soltero, vivir en áreas urbanas, haber abusado de sustancias y, el factor más importante, haber sido paciente psiquiátrico en algún momento de su vida. Otros factores, como desempleo, ingreso, dinero, tener hijos pequeños y demostraron tener diferentes efectos en suicidios de hombres y mujeres. Se halló, asimismo, un factor protector para las mujeres, no así para los hombres: el tener a su cargo y cuidado un niño pequeño, menor de dos años reducía el riesgo de cometer suicidio en las mujeres.

c) Factores de riesgo específicos en hombres

De acuerdo con Mind, la asociación nacional de Gran Bretaña para trastornos mentales, los hombres son tradicionalmente más reacios que las mujeres a hablar sobre sus problemas o expresar sus sentimientos. Es menos probable que acudan a su médico de cabecera consultando acerca de cuestiones psicológicas y más probable de reportar síntomas físicos sin reconocerlos como señales de malestar psíquico. Esto se condice con lo mencionado respecto a como afrontan estados de ánimo deprimidos en forma diferente hombres y mujeres.

La disolución del rol de género tradicional y el concepto de “hombre Nuevo” han generado incertidumbre en muchos hombres respecto a qué es lo que se espera de ellos, en particular en relaciones significativas. Investigaciones sugieren que el matrimonio es un factor protector contra el suicidio en hombres, y que la mitad del aumento en suicidios en hombres jóvenes pueden estar reflejando la gran proporción de hombres solteros (Charlton, 1992, en Mind Information Factsheet, 2008).

Otro factor que ha afectado considerablemente a los hombres es la falta de conocimiento técnico o trabajo especializado, los hombres desempleados con de 2 a 3 veces más probables de cometer suicidio, aunque también puede que haya otro vínculo indirecto con un efecto directo del desempleo como la pobreza. El aumento en el abuso de sustancias y la mayor prevalencia en hombres jóvenes puede que contribuya en el aumento de tasas de suicidio en esta categoría.

Estudios británicos sostienen que en el 80% de suicidios en hombres jóvenes no hubo contacto con médico de cabecera o servicios psiquiátricos en las 4 semanas previas al acto suicida. Un 25% de los suicidios de hombres jóvenes estaban relacionados con eventos estresantes de naturaleza interpersonal en las 72 horas previas al acto, sugiriendo la idea de que muchos de los suicidios fueron impulsivos (Mind information Factsheet, 2008).

d) Factores de riesgo específicos en mujeres

Según la asociación inglesa, al plantear la investigación acerca de la etiología de la diferencia en las tasas de suicidio consumado se suelen acentuar la importancia diferente que los **eventos vitales** tienen para cada uno. Los eventos vitales precipitantes en mujeres que cometen o intentan suicidio suelen ser pérdidas o crisis de relaciones interpersonales significativas. El suicidio es más común en aquellas mujeres solteras, recientemente separadas, enviudadas o divorciadas. Sin embargo, las mujeres suelen tener mayor apoyo social, sienten que los vínculos interpersonales las protegen de cometer suicidio y, más importante, suelen acudir en busca de ayuda psiquiátrica o médica cuando sienten malestar (según estudio de la American Foundation for Suicide Prevention 1997 citado en Mind Information Factsheet, 2008). Asimismo, aquellas mujeres que cuentan con una historia de DSH tienen un alto riesgo de cometer suicidio o intentarlo, especialmente dentro de los 6 meses del último episodio de daño autoinfligido.

iii) La prevalencia psiquiátrica relacionada con el suicidio

Existe un acuerdo general respecto a que el padecimiento de trastornos mentales aumenta considerablemente el riesgo de cometer algún acto suicida; estimándose que entre un 90 y un 95% de las personas que someten suicidio padecen algún trastorno mental (Mind Information Sheet, 2008; Hawton 2005, Qin, 2000; Kaplan y Sadock, 2003; OPS, 2003). Casi el 95% de las personas que cometen suicidio o lo intentan padecen un trastorno mental diagnosticado, siendo en el 80% de los casos un trastorno depresivo, el 10% esquizofrenia y el 5% otros trastornos. De todos, el 25% *también* presenta trastorno por abuso de sustancias y tiene doble diagnóstico (Kaplan y Sadoc, 2003; Mind Information Factsheet, 2008).

En general, los datos e información respecto al padecimiento de algún trastorno mental previamente al suicidio consumado se obtienen a través de la llamada **autopsia psicológica**. Ésta técnica surgió en los 60 como método para dilucidar muertes dudosas y se basa en la clarificación de la naturaleza de la muerte desde los aspectos psicológicos. Se ha definido como *“la reconstrucción de la vida de una persona fallecida, enfatizando aspectos como estilo de vida, personalidad, estrés reciente, enfermedad mental y comunicación de ideas de muerte. La información es recogida a través de entrevistas a personas allegadas y la revisión de documentos”* (Martínez, 2007, p 101).

Las autopsias psicológicas demuestran que los trastornos del estado de ánimo suelen predominar en ambos géneros que cometen suicidio, con comorbilidad con trastornos de personalidad. La comorbilidad con trastornos por uso de sustancias son más comunes en hombres; y los individuos con esquizofrenia que cometen suicidio son en su mayoría hombres (Hawton, 2005).

A continuación se detallarán los trastornos mentales asociados al suicidio, en orden de importancia, según las fuentes consultadas.

Trastornos del estado de ánimo: este es el diagnóstico que se asocia con mayor frecuencia al suicidio. Las fases donde más ocurren los suicidios son las iniciales de la enfermedad, y lo cometen más hombres que mujeres. Los factores asociados a mayor riesgo son el aislamiento, estado civil soltero, y en especial, quienes hayan recibido recientemente el alta psiquiátrica. (Kaplan y Sadock, 2003). Se estiman un 20% de mayor riesgo para aquellos que tienen episodios recurrentes de depresión, aunque también se estima que numerosos casos de suicidio en la población general pueden haber experimentado trastornos depresivos sin diagnosticar. De ahí la importancia de la autopsia psicológica como método de investigación (Hawton, 2005). El diagnóstico de depresión incluye como un síntoma posible la ideación suicida, cuya intensidad se correlaciona con la intensidad del episodio depresivo. Sin embargo, el acto físico suicida no se vincula con la gravedad del episodio depresivo, sino más bien, el pasaje al acto es más factible de darse en el momento en que el sujeto está *saliendo de un episodio depresivo* que cuando está en el peor momento del mismo. Esto puede estar vinculado con niveles extremadamente bajos de energía y falta de motivación general, típicos del momento más grave del episodio depresivo (Mind Information Factsheet, 2008). Según la OPS (2003) detectar un cuadro depresivo en la población masculina es de gran dificultad, ya que buscan ayuda médica con mucha menor frecuencia que las mujeres; tienen mayor dificultad para expresar sus estados emocionales y muchas veces incurrir en actos de violencia o maltrato hacia los demás y al consumo de alcohol y otras sustancias (OPS, 2003).

Esquizofrenia: el riesgo de suicidio en pacientes con este trastorno es alto. La causa primaria de muerte en aquellos pacientes diagnosticados con esquizofrenia es el suicidio. Se estima que un 10% de estos pacientes mueren por suicidio en los primeros años de la enfermedad, y, al ser ésta de desarrollo temprano, los pacientes que mueren por suicidio suelen ser jóvenes. El 75% de los que cometen suicidio son hombres. Los actos suicidas se asocian en general a los episodios depresivos asociados a la enfermedad, sin sintomatología psicótica (Minkoff, 1973 en Mind Information Factsheet, 2008).

Trastornos por uso de sustancias: El aumento de la prevalencia en abuso de sustancias en general puede estar correlacionado con el aumento en la tasa de suicidios. Se lo piensa como un factor significativo, en especial en suicidio adolescente y en jóvenes adultos. El alcohol y las drogas pueden afectar el pensamiento y el razonamiento y además actúan como depresores del sistema nervioso central. Disminuyen centros inhibitorios, incrementando las probabilidades de que alguien previamente deprimido realice algún acto suicida. Investigaciones en EEUU sugieren que uno de cada tres adolescentes estaba intoxicado a la hora de la tentativa de suicidio (Mind Information Factsheet, 2008). Según Kaplan y Sadock (2003), hasta un 15% de pacientes con dependencia de alcohol se suicida. El 80% de las víctimas de suicidio con dependencia de alcohol son hombres, lo cual se relaciona íntimamente con las diferencias en la prevalencia psiquiátrica de trastornos por abuso de alcohol. La comorbilidad de abuso de alcohol y trastornos del estado de ánimo es alta, lo cual explica en parte el riesgo. El abuso de alcohol en general ocasiona problemas interpersonales y perdidos de relaciones significativas, lo cual aumenta el riesgo a cometer actos suicidas. Estudios del Ministerio de Salud de Gran Bretaña citados en Mind, casi un 65% de suicidios tenían un historial de abuso de alcohol o drogas. Numerosas investigaciones sostienen que los hombres tienen 9 veces probabilidades de abusar de alcohol que las mujeres, aquellas mujeres que si abusen del alcohol tienen un riesgo casi 20 veces mayor que la población general de cometer un acto suicida. (Harris, 1997 en Mind Information Factsheet, 2008). Se ha sugerido que el rol del alcohol y otras sustancias son de particular importancia en aquellos suicidios o actos suicidas que son en apariencia impulsivos. Más específicamente parecen estar especialmente implicados en actos suicidas en hombres jóvenes. Incluso se plantea la posibilidad que el aumento o incremento en el abuso de sustancias en las últimas décadas en jóvenes podría explicar el dramático aumento en suicidios en adultos jóvenes hombres.

Trastornos de personalidad: una elevada proporción de individuos que cometen suicidio padece

trastornos de personalidad. De acuerdo con ciertas presuposiciones propias de cada trastorno, puede aumentar el riesgo a tener conductas suicidas: predisposición a padecer trastornos del eje 1 del DSM IV, dificultades en la adaptación social, impulsividad, conflictos interpersonales. El trastorno de personalidad más asociado al suicidio es el de personalidad antisocial, del cual se estima que un 5% mueren por suicidio. Este trastorno a su vez posee alta prevalencia en hombres jóvenes.

Trastorno de ansiedad: se estima que un 20% de pacientes con trastorno de pánico y fobia social ha intentado suicidarse, sin éxito. Asimismo, como se ha mencionado anteriormente (ver apastado posterior) la prevalencia de este trastorno en mujeres es de 3 veces más trastorno de pánico, y 3 veces más trastorno de ansiedad generalizada que los hombres (DSM IV citado en Bonet, 2007). La usual comorbilidad con depresión suele aumentar el riesgo de muerte por suicidio.

Trastornos de la alimentación: la anorexia nervosa suele tener un alto riesgo de suicidio, y en su gran mayoría es padecido por mujeres. Otro trastorno de la alimentación como la bulimia suele estar acompañado por cortes en la piel y otras automutilaciones, y es padecido, como la anorexia, mayormente por mujeres, aunque la prevalencia en hombres ha aumentado en los últimos estudios (Kaplan y Sadock, 2003).

No obstante los estudios y datos citados, existen divergencias en cuanto a la relación con los trastornos mentales con la conducta suicida. Un estudio realizado en Brasil respecto a los tentativas de suicidio permite concebir a posibilidad de que haya una explicación subjetiva y racional para quien intentara cometer suicidio, sin presentar sintomatología psicopatológica previa al acto. Las conclusiones a las cuales llegó el autor son que las tentativas de suicidio no siempre son la expresión de una enfermedad mental subyacente y que factores individuales y sociales subyacentes pueden ejercer un papel decisivo (Feijoo de Mello, 2000). Sin embargo, el mismo autor sostiene que los estudios clínicos y epidemiológicos concernientes al suicidio se deberían basar en conceptos más sólidos. Haría falta mayor investigación para evaluar el verdadero nexo entre un trastorno mental preexistente y las causas de la tentativa suicida.

iv) Problemas prácticos de medición

Existen, más allá de la publicación de continuos informes mundiales que revelan tasas de comportamiento suicida mortal y no mortal, ciertas consideraciones a hacer respecto a los datos, ya que, en realidad, hay cierta incertidumbre respecto a si éstos reflejan la *gravedad real* del problema del suicidio.

En cuanto al comportamiento suicida mortal, informes británicos sostienen que parecería existir una tendencia generalizada de minimizar, negar y mitologizar el suicidio (Mind Information Factsheet, 2008). Asimismo, Keith Hawton, en su investigación respecto a Suicidio y Daño Autoinfligido en Jóvenes (2005) sostiene que numerosos investigadores narran cierta resistencia generalizada, tanto en la población general como en agentes de salud y de seguridad, en reportar o informar algunos suicidios, en particular de niños y adolescentes. Una gran cantidad de muertes bajo el nombre de "causas indeterminadas" o supuestos accidentes son en realidad suicidios, con lo cual se relativizan las tasas oficiales de todos los países, llevando a presumir que el problema tiene una gravedad superior a la supuesta. Esto concuerda con lo expresado por la OPS; que sostiene que en general, los datos sobre la mortalidad por suicidio subestiman la verdadera prevalencia del suicidio en la población. Para la OPS, esto se debe a que el dato final resulta de una *cadena de informantes*, que incluye desde a quienes encuentra n cuerpo, médicos, la policía, médicos forenses y estadísticos. En cualquiera de estos eslabonas la persona por alguna razón puede ser renuente a definir esa muerte en particular como suicidio. Según la OPS, realizar comparaciones de tasas de suicidio entre países ya que el tipo de registro de las defunciones se realiza de múltiples maneras. En algunos países se ha encontrado una subnotificación del 40% (!). Las causas de ocultamiento del suicidio pueden oscilar entre: la evitación de la estigmatización de la persona suicida, o de la familia; por conveniencia social, por razones políticas, para beneficiarse de pólizas de seguro, etc; o bien, no tomar medicinas que mantienen con vida a personas mayores, sobre dosificarse con medicamentos, y la inanición. A pesar de estas advertencias de la OMS los países sostienen que las tasas son confiables (OPS, 2003).

Respecto a las tasas de comportamiento suicida no mortal, la OPS (2003) sostiene que a la hora de realizar análisis comparativo existe un déficit mundial de datos fidedignos, ya que este tipo de información resulta muy difícil de recopilar. Son pocas las veces que aquellos que intentan suicidarse terminan en establecimientos de salud; asimismo, existen numerosos factores que inciden en las tasas, tales como la no obligación de notificar por parte de los hospitales, el método utilizado (no indica "intencionalidad" directa y obvia), el acceso a servicios de salud, y la condena moral y en algunos países, penal (OPS, 2003). Según esta organización, la mayor cantidad de gente suicida permanece inadvertida, debido a la falta de información.

3. Principales diferencias halladas en la literatura respecto a los géneros

Se ha expuesto que, en términos de conductas vinculadas con el suicidio, aún existen marcadas divergencias respecto a cuales incluir o no dentro del espectro suicida. Ya sea por intencionalidad, o letalidad del acto, clasificar conductas como implícitamente suicidas implica cierta especulación, con lo cual debe ser tomado en forma amena. Debido a la complejidad y aún indeterminación sobre cómo organizar todos los fenómenos vinculados al suicidio, se han tomado 3 conductas para analizar: el suicidio consumado, la tentativa suicida y el daño autoinfligido deliberado y el método elegido en suicidio consumado. Previo a la mención de dichas referencias se recordarán las diferencias en la prevalencia psiquiátrica, del apartado 1.d).

i) Diferencias en la prevalencia psiquiátrica

De acuerdo a los datos expuestos en el apartado 1.d se ha elaborado una tabla-resumen que permite ver de modo esquemático las diferencias en la prevalencia psiquiátrica. Asimismo, se han remarcado aquellos trastornos mentales que mayor riesgo tienen que conllevar comportamiento suicida mortal y no mortal.

	Prevalencia en vida		
	Total	Hombres	Mujeres
Cualquier trastorno mental	25.0	21.6	28.1
Cualquier trastorno afectivo	14.0	9.5	18.2
Cualquier trastorno de ansiedad	13.6	9.5	17.5
Cualquier trastorno con alcohol	5.2	9.3	1.4
Depresión mayor	12.8	8.9	16.5
Distimia	4.1	2.6	5.6
Trastorno de ansiedad generalizada	2.8	2.0	3.6
Fobia Social	2.4	1.9	2.9
Fobia específica	7.7	4.9	10.3
Trastorno por estrés postraumático	1.9	0.9	2.9
Agorafobia	0.9	0.6	1.1
Trastorno de pánico	2.1	1.6	2.5
Abuso de alcohol	4.1	7.4	1.0
Dependencia de alcohol	1.1	1.8	0.4

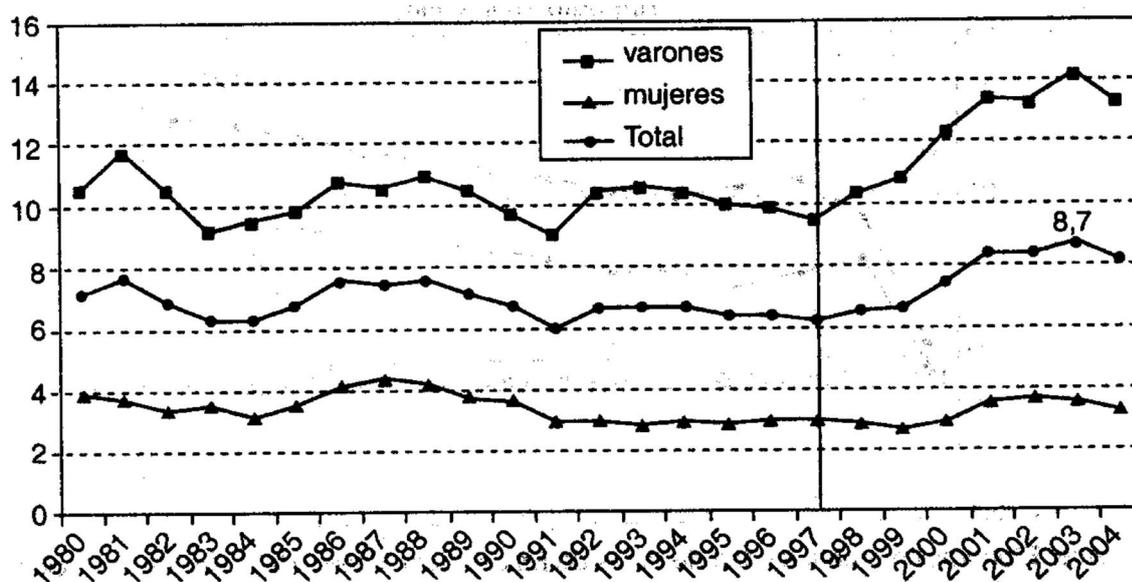
(Tabla 3.1, elaborada a partir de los datos de Eseméd)

ii) Comportamiento suicida mortal o suicidio consumado

Desde hace algunas décadas es un hecho mundialmente aceptado que la frecuencia de suicidio entre varones es en promedio al menos 4 veces **mayor** a la de las mujeres, proporción estable en todos los grupos etáreos (Kaplan y Sadock, 2003; Deykin, 1982). Mundialmente la razón entre la tasa de suicidio de los hombres y a de las mujeres varía de 1,0:1 a 10,4:1, influyendo en esto el contexto cultural (OPS, 2003). En general, casi el 75% de los suicidios son consumados por hombres, en todos los grupos etáreos.

En Argentina se ha mantenido esta tendencia mundial, siendo la tasa de suicidio en las mujeres muy inferior a la de los hombres (Altieri, 2007). A partir de datos pertenecientes al período 1980 a 2004, provistos por el Ministerio de Salud de la Nación, esta investigadora señala que ha habido tanto en hombres como en mujeres un incremento hacia el final del período estudiado. Un aspecto llamativo es que, desde el comienzo al final del período comprendido, hubo un descenso del 4% de la mortalidad femenina, mientras que hubo un aumento del 29%. La autora propone como posibles causas de esta diferencia la mayor presencia de redes sociales entre mujeres que sirven de soporte frente a situaciones críticas. A continuación se presenta el gráfico correspondiente a las tasas mencionadas en el período comprendido (Altieri, 2007).

Tabla 3.2. Tasas de mortalidad por suicidio por cien mil, período 1980 – 2004 (Altieri, 2007)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Estadísticas Vitales (Min. Sal. de la Nación)

Investigaciones en grupos jóvenes en Gran Bretaña, señalan que en los años recientes ha habido un aumento considerable en suicidios entre hombres de 15 a 24 años; siendo las tasas en mujeres del mismo rango etáreo estables, e incluso, en algunos países, menores. El autor explica esto como un reflejo de cómo han cambiado socialmente los roles de género. Propone asimismo posibles causas que expliquen el mencionado aumento en la población adolescente-joven; entre ellas, aumento de rupturas familiares, aumento de abuso de sustancias, mayor prevalencia de trastornos depresivos, mayor inestabilidad en empleos, mayor accesibilidad a medios de suicidio, influencia de medios (al reportar casos de suicidio) y conocimiento respecto a conducta suicida en otras personas jóvenes o del entorno (Hawton, 2005).

iii) Comportamiento suicida no mortal - Tentativa suicida y DSH

Los intentos de suicidio poseen una proporción inversa a los suicidios consumados, siendo en promedio 4 veces mayor en entre mujeres que entre hombres (Kaplan y Sadock 2003). Esta proporción, en relación a la proporción anteriormente citada respecto a suicidio consumado, refleja **reciprocidad** entre los comportamientos suicidas en hombres y mujeres. Los datos demuestran que los hombres lo intentan menos que las mujeres pero tienen el doble de probabilidades de morir (Sabo, 2000). En una revisión de diversas investigaciones hechas sobre tentativas suicidas que acudían a salas de emergencia hospitalaria se encontró que la población que acudía era en un 75% femenina (Hirschfeld, 1986). Según una revisión de investigaciones acerca de tentativas suicidas en los 90 en EEUU, las tasas de intentos de suicidio oscilaban entre 3:1 y 10:1 a favor de las mujeres (Berman y Jobes, 1991). Esta frecuencia de dos a tres veces mayor en mujeres se reitera tanto en jóvenes como en mayores; aunque las probabilidades en éstos de un resultado mortal son mucho mayores (OPS, 2003).

Estudios transnacionales confirman la reciprocidad mencionada, con excepción de un país, Finlandia, donde los hombres lo intentan más que las mujeres. En este estudio también se evaluó el método más común en estos casos de tentativa de suicidio, siendo el envenenamiento (ya sean fármacos, psicofármacos, pesticidas, etc) el más común, seguido por las cortaduras en la piel. Según los estudios citados, la mitad de los que intentaron lo hicieron más de una vez a lo largo de su vida. Los factores de riesgo que aumentaban la probabilidad de intentar suicidarse son: haber hecho una tentativa anterior, ser mujer, de edad adolescente, con ideación suicida, consumo de alcohol, baja autoestima y vivir sin ambos padres (Wichstrom, 2000, citado en OPS, 2003).

Según Keith Hawton, los actos de daño autoinfligido en mujeres se vinculan con baja intencionalidad suicida o motivación no suicida. Aparentemente la función en mujeres de estas conductas serían para comunicar malestar subjetivo o para modificar conductas o reacciones de otras personas (Hawton, 2005).

iv) Método utilizado

El método utilizado para cometer suicidio suele ser concebido como la razón primaria de las diferencias de género en las tasas de mortalidad causada por suicidio. Según la OPS, el método utilizado podría ser considerado como un factor ambiental que aumenta el riesgo de morir a causa de un comportamiento suicida. Es decir, el tipo de método determina, en última instancia, si el comportamiento suicida es mortal o no (OPS, 2003). Este factor explica la mayor tasa de éxito en los suicidios que cometen los hombres ya que el tipo de método que suelen elegir son más activos y violentos, como armas de fuego, ahorcamiento o caída desde lugares altos. Entre las mujeres es mucho más frecuente utilizar métodos más pasivos, tales como intoxicación o ingesta de sustancias, tanto líquidas y sólidas; a razón de 5:1, aunque se ha registrado un aumento en la utilización de armas de fuego. En términos globales, el método más utilizado es el ahorcamiento, luego armas de fuego, saltar desde lugares altos, envenenamiento (Kaplan y Sadock, 2003; Berman y Jobes, 1982). La tendencia de las mujeres a utilizar métodos más suaves o indirectos se da tanto en comportamiento suicida mortal o no mortal. Asimismo, los hombres tienden a utilizar métodos violentos, tanto en comportamiento suicida mortal como no mortal o daño autoinfligido (deliberate self harm) (Hawton, 2005).

Según un estudio de análisis de género en métodos de suicidio realizado en 16 países de Europa (Varnik et al, 2007), el método más utilizado en todos los países estudiados, para ambos géneros, fue el ahorcamiento. Esto puede estar vinculado, según los autores del estudio, con el hecho que el ahorcamiento es accesible mundialmente a casi cualquier persona. En segundo lugar, para los hombres fueron parejos los resultados entre armas de fuego y envenenamiento por drogas; mientras que para las mujeres fue en segundo lugar el envenenamiento por drogas y en tercero, saltos de un lugar alto. A continuación se muestra una tabla resumen elaborada a partir de los datos del mencionado estudio.

Tabla 3.1 – elaborada a partir de los datos totales del estudio de Varnik et al, 2007).

Metodo utilizado	% Hombres	% Mujeres
Ahorcamiento	54,3 (1)	35,7 (1)
Armas de fuego	9,7 (2)	1,3
Envenenamiento por drogas	8,6 (3)	24,6 (2)
envenenamiento por otras sustancias	5,5	4,4
Ahogamiento	3	7,8
Saltos desde lugares altos	7,6	14,1 (3)
Otros	6,1	6,6

Como se puede observar, se han numerado en función del orden de prevalencia de mayor a menor los métodos utilizados para cada género. Las diferencias más llamativas son el turno al uso de **armas de fuego** (casi nulo en mujeres) y al **envenenamiento por drogas** (tres veces menor en hombres). Un resultado inesperado fue el alto porcentaje de mujeres que cometieron suicidio **saltando desde lugares altos**.

De acuerdo con la OPS, la letalidad del método que un sujeto elige y utiliza se vincula directamente con la intencionalidad suicida subyacente (OPS, 2003), aunque según otros estudios, la relación entre la intencionalidad y el resultado no es tan clara como se piensa (Varnik et al, 2007).

Según el estudio en Europa (Varnik et al, 2007), al menos dos factores generales determinan la letalidad real de algún método en particular. En primer lugar, el periodo de tiempo entre inicio del acto suicida y la muerte resulta crucial para el resultado del acto. Los métodos de **letalidad alta** son rápidos, reduciendo las posibilidades de detección e intervención para evitar la muerte (por ejemplo, armas de fuego, ahorcamiento, saltar desde un lugar alto). La **letalidad es baja** si el método elegido provee cierta ventana temporal que permita intervención, como así también la posibilidad del arrepentimiento y la subsecuente búsqueda de ayuda (envenenamiento, ahogamiento, cortes profundos). En segundo lugar, es fundamental para el resultado el acceso y disponibilidad de asistencia médica y la calidad en función del método utilizado (Varnik et al, 2007).

Las diferencias de género en la elección de métodos de suicidio pueden depender de creencias culturales respecto a ciertas expectativas de género sobre conductas autodestructivas. Si el suicidio consumado es visto como una conducta masculina, entonces una tentativa de suicidio no encaja con el rol adjudicado a un hombre. Siguiendo esta lógica, hombres suicidas elegirían métodos más violentos para así ser “exitosos” en la acción. Otros atribuyen el uso de métodos menos violentos debido a la preocupación respecto a la apariencia corporal – cómo lucirán una vez fallecidas. Asimismo, en las investigaciones en Gran Bretaña, donde es bien sabido que los hombres tienden a utilizar métodos violentos, tanto

en comportamiento suicida mortal como no mortal o daño autoinfligido (deliberate self harm) (Hawton, 2005). Los factores intervinientes que este autor cita son: mayor **intencionalidad** subyacente, agresividad intrínseca al género, conocimiento y accesibilidad acerca de los medios, y menor preocupación respecto a consecuencias estéticas de su acto, podrían explicar en parte la razón de la diferencia en la elección de medios utilizados.

Conclusión

La elaboración de una conclusión acabada y satisfactoria no resulta en ninguna medida simple. De todo el material expuesto se pueden plantear algunas reflexiones o conclusiones parciales que, a su vez, más que concluir algo, obran de apertura de nuevas líneas de investigación, al evidenciar ciertos vacíos teóricos. En cierta medida este trabajo aporta un enfoque basado en la salud pública e epidemiología, en conjunción con aportes de la psicología, la psicología social, la antropología del género, la psiquiatría y la salud mental en general, para intentar comprender más cabalmente un hecho tan fundamental como es el suicidio.

En este trabajo se han tratado dos temáticas cargadas de múltiples matices de complejidad. Tanto el género como el suicidio son nociones propias de las ciencias sociales y humanas y como bien sabemos, en estas ciencias no hay verdades absolutas y el conocimiento sobre ellos es complejo y dinámico. Por un lado, se ha intentado describir la noción de “**género**”, aunque de manera acotada (en comparación a la cantidad de literatura especializada existente), ya que los supuestos inherentes al término permanecen aún volátiles y carentes de definiciones concretas y acabadas. El género permanece aún (y permanecerá) signado por la polémica y el descontento, originado para desnaturalizar las desigualdades y absorbido y moldeado simultáneamente desde diversas disciplinas según su conveniencia. No obstante, se ha enfatizado sobre algunos conceptos que se desprenden del género (como la identidad, roles y estereotipos) que nos permiten realizar una comprensión más cabal del suicidio. A esta altura, es importante señalar que, en la actualidad, las concepciones tradicionales de masculinidad y femineidad expuestas en este trabajo, (algunas propias de los inicios de la antropología del género, motivadas contra la subordinación de la mujer), en parte han evolucionado hacia un plano más simétrico. La creciente simetría (o la típicamente llamada “igualdad de género”) se refleja en el mayor acceso a educación superior, a mandos medios y ejecutivos en empresas, independencia económica, etc. Sin embargo, los cambios que la modernidad y posmodernidad produjeron en las relaciones de género aún coexisten con las perspectivas tradicionales respecto a los roles a desempeñar por cada uno – no sin cierta confusión respecto al contenido. Tal como lo menciona el informe de Mind (2008), la disolución del rol masculino tradicional trae aparejada una creciente incertidumbre en los hombres respecto a qué se espera de ellos. Asimismo, a pesar de la creciente simetría en oportunidades de vida y la mayor autonomía, las mujeres no pueden escapar de la responsabilidad que implica su dotación biológica (la maternidad) y a eso, se adiciona las nuevas responsabilidades que asumen en el proceso de llevar las relaciones de género a un plano de igualdad. Esta sobrecarga puede implicar cierto factor de riesgo en general, tanto para el padecimiento de trastornos físicos como mentales.

Por otro lado, se ha realizado un recorrido conceptual respecto a aquellas nociones vinculadas con el **suicidio** que se creen son significativas en relación al género. Se ha señalado que el campo a estudiar del suicidio es muy amplio y aún hace falta recorrer un largo camino para que el material existente y por existir de la suicidología tome cierta coherencia y cohesión interna.

Con las salvedades mencionadas anteriormente, se expondrán algunas conclusiones que pueden desprenderse del trabajo realizado; éstas deben ser tomadas como planteos abiertos y tentativos. Es menester realizar una última aclaración: el acto suicida al que llega el sujeto como resultado de un proceso complejo, en donde parece ser la única solución para el sujeto, implica una configuración única y personal de una serie de variables vivenciales, personales y sociales. A continuación se hablará de aquellos aspectos del género que, **en interacción con una situación de riesgo preexistente**, acentúan el riesgo de cometer un acto suicida.

En primer lugar, la conclusión más evidente es que **ser hombre implica indudablemente un mayor riesgo de cometer suicidio y ser mujer implica mayor riesgo para cometer actos de daño autoinfligido deliberado y tentativas suicidas**. Esta reciprocidad entre los géneros sugiere que algo inherente a ellos podría dar cuenta de la distribución epidemiológica de los actos suicidas.

Tal como se ha mencionado, la explicación más práctica respecto al por qué de las diferencias radica en la elección del **método**. Según los estudios citados (Varnik et al, 2007) los métodos elegidos por los

hombres son de alta letalidad (ahorcamiento, armas de fuego) en comparación a aquellos elegidos por las mujeres (ahorcamiento, envenenamiento por drogas, cortes). Es preciso aclarar que, tanto en hombres como en mujeres, el método más elegido mundialmente es el ahorcamiento, las razones propuestas para esto es la disponibilidad universal de este método. En la elección de los segundos y terceros métodos se encarnan ciertas características de género que podrían, en parte explicar la naturaleza de la elección.

Las expectativas predominantes mencionadas por Vander Zanden permitirían entender más cabalmente la naturaleza de la elección. Según Kimmel (1997) las *expectativas de género* componen imágenes o modelos asociados que reflejan status ideales de la masculinidad y femineidad. Las expectativas están vinculadas con el “deber ser”; y las predominantes para los **hombres** dictan cómo deben vivir (activos, valientes, aventureros, ambiciosos, independientes, competitivos, dinámicos, orientados a la acción), cómo deben manejarse con los demás (dominantes, autoafirmativos, acometidos y demostrar poder) y cómo deben manejar sus emociones (Cicone y Ruble 1978, citado en Vander Zanden, 1986).

Hemos visto asimismo en este trabajo cómo hoy parece haber una masculinidad *ansiosa* (Kimmel, 1997), la cual está permanentemente sometida a prueba, debiendo ser confirmada en todos sus actos. Estas expectativas operan a toda hora y la conducta suicida no escapa a la tendencia a responder a ellas. El “éxito” de los hombres al cometer suicidio se condice con la tendencia histórica de la competitividad masculina. La determinación de llevar adelante el suicidio sin que el fracaso sea una posibilidad implica elegir un método conocido como efectivo y rápido en su acción. La orientación a la acción propia de los hombres sugiere cierta cuota de inmediatez y agresividad en el acto, reflejada en el método. Asimismo, la despreocupación sobre las consecuencias del acto en el aspecto corporal o estético (una vez cometido el suicidio) también explicaría en parte la elección del método; ya que las mujeres, según Varnik (2007) se preocupan en mayor medida por cómo lucirán una vez fallecidas, respondiendo a los mandatos estéticos imperantes de la actualidad.

Es decir, parece ser que en el momento de llevar adelante el acto parece haber una cuota mayor de agresividad y determinación en el hombre que en la mujer. Es preciso recordar que en los estereotipos sobre las mujeres aparecen como pasivas, sometidas, dependientes, emotivas, conformistas, tiernas y maternales. Cierta ambivalencia en la mujer respecto a la determinación, sumado a su tendencia a la rumiación puede dilatar el momento de pasar al acto suicida. Es probable que en el momento de tomar la decisión haya mayor implicancia emocional y serias dificultades para dar inicio a una acción, vinculada con la falta de energía psicofísica propia de la sintomatología depresiva. Estos factores podrían explicar en parte que, luego del ahorcamiento, el envenenamiento por drogas resulte usual en mujeres. Este tipo método implica una forma más bien pasiva de muerte, paulatina en su mecanismo y consecuencias visibles sobre su apariencia. Al ser un método de baja letalidad (debido a la “ventana” de rescate posible) sugiere que la intencionalidad no es tan determinada como la subyacente a otros métodos de alta letalidad.

Otros factores pueden aportar a la comprensión de las diferencias. Se mencionaran algunos de ellas. Un factor protector que según Altieri (2007) podría explicar en parte las diferencias es que las mujeres suelen contar con **redes de apoyo o soporte social**, o algún confidente a quien expresar su malestar subjetivo; lo cual no es usual en hombres. Sin soporte social e incomunicación emocional, muchas personas pueden acrecentar el aislamiento, favoreciendo el empeoramiento de algún cuadro preexistente y acrecentando el riesgo de cometer actos suicidas.

Las **fuentes de estrés (eventos vitales)**, según Mind, los **estilos de afrontamiento** de hombres y mujeres también pueden aportar a la comprensión del suicidio. El estrés conyugal y familiar en mujeres es históricamente la primordial fuente de malestar reportada en cuadros de estrés crónico; pero por expectativas y roles existentes, las mujeres tienden a soportar por tiempo indefinido esta situación (Faur, 2008). Por otro lado, la pérdida de un empleo o el descenso social, el desempleo y la imposibilidad de sostener en forma estable a su familia son factores gatilladores del suicidio en hombres.

Según Hawton (2005) los **cambios en los roles de género** podrían explicar en parte ciertos factores de protección y de riesgo que inciden en el aumento de tasas de suicidios en los hombres, no así en las mujeres que han permanecido estables. El rol masculino se ha visto modificado en particular en relación a los vínculos significativos, y la **mayor soltería** en hombres expone a padecer trastornos psiquiátricos, ya que el matrimonio es un factor protector para ellos. Asimismo, el aumento en la prevalencia de trastornos relacionados con **alcohol** y otras sustancias también configuran una situación de riesgo, al facilitar la comisión de conductas riesgosas, impulsivas y autodestructivas.

En segundo lugar, existe cierta **relación entre el género, la prevalencia psiquiátrica y las tasas de suicidio**. Se ha optado, en la primer conclusión, por comenzar hablando de aquellas características inherentes al género masculino o femenino y su relación con las diferencias en torno al suicidio y las conductas vinculadas, en términos generales, independientemente de los aspectos de patología mental posiblemente involucrados. La razón de este orden, algo arbitrario, es que la identidad, roles y estereotipos

de género se adquieren desde el inicio de la vida en el proceso de socialización, independientemente del desarrollo ulterior de trastornos mentales; y, en todo caso, los factores vinculados con el género resultarán de riesgo o protección según la patología.

Al momento de evaluar las relaciones entre las diferencias en la prevalencia psiquiátrica y la diferencia en el suicidio consumado, se nos presenta una dificultad. Se sostiene que un 90% de los suicidios se relacionan con algún trastorno mental. De este porcentaje, el 80% padece trastornos del estado de ánimo (más puntualmente depresión); aunque el 25% del total *también* presenta trastorno por abuso de sustancias y tiene doble diagnóstico. La prevalencia de trastornos del estado de ánimo es dos veces mayor en **mujeres** que los hombres, pero las tasas de suicidio consumado reflejan que el 75% son hombres. A su vez, los hombres tienen de dos a tres veces mayor riesgo tener un trastorno relacionado con sustancias. Esta situación lleva indudablemente a pensar de que se trata de un fenómeno mucho más complejo del que porcentajes y tasas puedan explicar. Tomando los datos como fuentes fidedignas de información, habría que considerar distintos factores que influyen en el tipo de relación entre estos datos y porcentajes.

Respecto a los trastornos **depresivos**, a pesar de que se ha reportado una prevalencia dos veces mayor en mujeres, en hombres estos trastornos son difíciles de detectar, según la OMS. Su modalidad y estilo de afrontamiento frente a sus propios síntomas de depresión son marcadamente diferentes a los de las mujeres y esto puede incidir en el registro epidemiológico del trastorno. De acuerdo a lo mencionado en este trabajo, no es usual que un hombre exprese su estado de ánimo ni emociones negativas, ya que pone en duda su masculinidad, la cual deben reafirmar permanentemente (Gilmore, 1993; Kimmel, 1997). Tampoco se ponen en contacto con servicios de salud, según las investigaciones citadas en este trabajo (Piccinelly y Gomez Halen, 1997). Asimismo, cuentan con patrones de respuesta diferentes frente a sus propios sentimientos de depresión. Los hombres se involucran en actividades que los distraigan de su estado de ánimo (por ejemplo, actividad física) y las mujeres responden con menor actividad y cierta tendencia a la reflexión o pensamiento rumiante respecto a las posibles causas de su estado de ánimo deprimido, como así también las posibles consecuencias de su episodio depresivo (Piccinelly y Gomez Halen, 1997). El involucrarse los hombres en actividades físicas o distractoras implica que muchas veces esta distracción incluya el consumo de alcohol, lo cual puede, a su vez, disminuir inhibiciones (y las propias del estado de ánimo deprimido) y facilitar el pasaje al acto suicida. En comparación con ellos, las mujeres tienden a ponerse en contacto con servicios de salud frente a situaciones de malestar subjetivo intenso, ya sea médicos de cabecera, o en consultas ginecológicas, donde muchas veces encuentran un espacio para transmitir síntomas psicológicos, tanto de ansiedad como de depresión (Bonet, 2007). Esto facilita la intervención adecuada y preventiva en cuadros depresivos o de ansiedad, reduciendo el riesgo de comportamiento suicida.

El **alcoholismo** y el consumo de otras sustancias se ha vuelto un factor de riesgo primordial en el riesgo suicida. Al prevalecer mayormente en hombres implica un riesgo mucho mayor para este grupo; el 80% de las víctimas de suicidio con dependencia de alcohol son hombres (Kaplan y Sadock, 2003). Asimismo, en los hombres el consumo mismo de alcohol está vinculado con la demostración de la valía y la lealtad al grupo, de acuerdo a los modelos de masculinidad tradicional (Sabo, 2000). Los estudios citados en este trabajo demuestran que el alcoholismo puede cursar tanto como causa o consecuencia de la depresión; o bien operar como entidad independiente. La comorbilidad de abuso de alcohol y trastornos del estado de ánimo es alta, lo cual puede acrecentar el riesgo (Kaplan y Sadock; 2003; Mind Information Factsheet, 2008). En cualquiera de los casos, el efecto es devastador en el estilo de vida, las relaciones interpersonales, el aislamiento y las enfermedades físicas asociadas. Los estudios citados sostienen que hasta un 15% de pacientes con dependencia de alcohol se suicida. Asimismo, un 65% de suicidios tenían un historial de abuso de alcohol o drogas. Un aspecto es clave; de acuerdo a estudios, se ha sugerido que el rol del alcohol y otras sustancias son de particular importancia en aquellos suicidios o actos suicidas que son en apariencia impulsivos. Las múltiples relaciones del alcohol con las conductas suicidas son un claro indicador de un nicho de intervención preventiva, en particular en los hombres.

En cuanto a los **trastornos de ansiedad**, estudios sostienen que al menos un 20% de los pacientes con trastorno de pánico y fobia social ha intentado suicidarse, y, teniendo en cuenta que la prevalencia es alta en la población femenina, al menos 2 o 3 veces mayor que en hombres (Bonet, 2007), se podría ubicar cierta coherencia entre los datos citados.

En tercer lugar, **las diferencias en cuanto a las conductas de salud** en hombres y mujeres, en particular de los hombres son factores para ser investigados en la psicología clínica. Históricamente las mujeres poseen una sensibilidad mayor hacia temas y asuntos de salud y atienden más concientemente a aspectos que parezcan requerir atención especializada. Es muy probable que esto esté vinculado con los aspectos maternos ligados a la biología y el instinto de cuidado asociado, existente en la mujer. Asimismo, tal como sostiene Sabo (2000) hay en los hombres cierta ausencia de conciencia de cuidado

y propensión al daño. Estudios citados por el mismo autor sostienen que los hombres cuentan en general con puntajes que indican mayor índice de conductas peligrosas, imprudentes, irresponsables o temerarias, con un involucramiento mayor en actividades que provoquen emoción y excitación. Esto podría estar vinculado con la adherencia a los modelos de masculinidad tradicional, lo cual supone un aumento de los riesgos para la salud física y emocional de los hombres.

Hacia el final de estas conclusiones tentativas, queda constancia de la necesidad de la mayor ampliación de conocimientos respecto a la relación del género y el suicidio. La profundización del conocimiento permitirá la realización de valiosos aportes a la hora de pensar y planificar estrategias de intervención sanitaria, en múltiples niveles de intervención. Estos niveles deben ser comprendidos entre el extremo macrosocial, a nivel de políticas y estrategias en salud pública, y el extremo interpersonal de la intervención singular. Entre estos extremos quedan comprendidas las intervenciones asistenciales a nivel familiar, institucional y comunitario, así como también aquellas aproximaciones dentro del marco de la prevención primaria, y más particularmente, la intervención específica en relación al suicidio llamada "postvención". Este término es un concepto de la suicidología que se usa para enmarcar las intervenciones posteriores a un evento autodestructivo (Martínez, 2007). Asimismo, a la suicidología aún le queda un largo camino para recorrer, aunque gracias a los intentos de coordinación de entidades mundiales, el establecimiento de un Día Mundial del Suicidio (10 de noviembre); lineamientos desde la Organización Mundial de Salud respecto a la adopción de políticas preventivas en distintos países, y, en la Argentina, la iniciativa para promover un Plan Nacional de Prevención del Suicidio, promovido por un grupo liderado por el especialista Carlos Martínez. Quizás, en coordinación tanto de estados como de entidades independientes, se podrá establecer un plan de acción que mitigue aquél acto que va en contra del principio mismo de la vida; para entenderlo y atenderlo como se merece.

Referencias bibliográficas

- Altieri, D. (2007). Mortalidad por suicidios en Argentina. Nivel, tendencias y diferenciales. En Martínez, C. (Ed) Introducción a la suicidología. Lugar Editorial: Buenos Aires.
- Berman, A. y Jobes, D.A. (1991) Adolescent suicide assessment and intervention. Washington: American Psychological Association.
- Bonet, L. (2008). La ansiedad sus trastornos y otros síntomas psicológicos en la consulta ginecológica. La mujer y los vínculos afectivos, el estrés y la resiliencia. Publicación interna Simposio GEMTAP. Scien Editorial. P 4-9.
- Deykin, E. (1986). Adolescent suicidal and self destructive behaviour: an intervention study. En G.L. Klemm (Ed.). Suicide and depression among adolescents and young adults. Washington: American Psychiatric Press.
- Faur, P. (2008). Estrés conyugal. La mujer y los vínculos afectivos, el estrés y la resiliencia. Publicación interna Simposio GEMTAP. Scien Editorial. P 10-17.
- Feijoo de Mello, M. (Fecha de acceso: octubre 2008). O Suicídio e suas relações coma psicopatologia: análise cualitativa de seis casos de suicídio racional (El suicidio y sus relaciones con la psicopatología: análisis cualitativo de 6 casos de suicidio racional.) Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):163-170. [En Red] Fecha de trabajo original: 2000). Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1575.pdf>
- Fernández, J. (2000). El travestismo: ¿ruptura de las identidades sexuales, reforzamiento de los procesos de generización o identidad paradójica?. [En Red]. Fecha de acceso: septiembre 2008) Disponible en: <http://www.noeliamariani.com/files/html/Diversidad%20Sexual1.htm>
- Gilmore, D. (1993). The Manhood Puzzle. En C. Bretell y C. Sargent (Eds.). Gender in Cross Cultural Perspective. New Jersey: Prentice-Hall. Pp 163-175.
- Harris, EC., Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. The British Journal of Psychiatry 170 (6): 205-228
- Hawton, K. (Fecha de acceso: 18 de Agosto de 2007). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. British Journal of Psychiatry [En red]. (Fecha de trabajo original: 2000). Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/content/full/bjprcpsych.177/6/484#REF21#REF21>
- Hawton, K., Fagg, J., Platt, S., Hawkins, M. (1993). Factors associated with suicide after parasuicide in young people. British Medical Journal, 36 (6), 1641-4.
- Hawton, K., James, A. (2005). ABC of Adolescence: Suicide and deliberate self harm in young people. British Medical Journal, 330 (4), 891-894.
- Hirschfeld, R. y Blumenthal, Susan (1986). Personality, life events and other psychosocial factors in

- adolescent depression and suicide. En G.L. Kleman (Ed.). *Suicide and depression among adolescents and young adults*. Washington: American Psychiatric Press
- Jaramillo, A. (2003). El enigmático suicidio. Buenos Aires: Ediciones Cooperativa y Ediciones de la Universidad Nacional de Lanús.
 - The ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavia 109 (420), 21–27.
 - Kaplan & Sadock (2003). Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la conducta / Psiquiatría Clínica. Waverly Hispánica: Barcelona.
 - Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results From the National Comorbidity Survey. American Medical Association, 51(1), 8-19.
 - Lamas, M. (2007). Complejidad y claridad en torno al concepto género. En A. Giglia, C. Garma y A.P. de Teresa (Eds). ¿Adónde va la antropología? Iztapalapa, Mexico: División de Ciencias Sociales y Humanidades de la UAM.
 - Lamas, M. (1986). La antropología feminista y la categoría “género”. Nueva Antropología. 8(30),174-198.
 - Lande, H. (2008). La mujer, igualdades y diferencias. La mujer y los vínculos afectivos. El estrés y la resiliencia. Publicación interna Simposio GEMTAP Sciens Editorial.
 - Martínez, C. (2007). Introducción a la suicidología: teoría investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial.
 - Mind National Association for Mental Health. Mind information factsheet: Suicide rates, risks and prevention strategies (En Red). Fecha de acceso: julio 2008. Fecha de elaboración: 2008. Disponible en: <http://www.mind.org.uk/Information/Factsheets/Suicide/>
 - Organización Panamericana de la Salud. (2003). Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud, Capítulo 7 Violencia Autoinflingida. PAHO: Madrid.
 - Piccinelli, M., Gomez Holen, F. (1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Nations for Mental Health, World Health Organization: Geneva.
 - Qin, P., Agerbo, E., and Mortensen, P.B. (fecha de acceso: 2008 25 de agosto). Suicide Risk in Relation to Socioeconomic, Demographic, Psychiatric, and Familial Factors: A National Register-Based Study of All Suicides in Denmark, 1981–1997. [En Red]. (Fecha de trabajo original: 2000). Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/full/160/4/765>
 - Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T. and Mortensen P.B. (fecha de acceso: 2008, 04 de septiembre). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. En *British Journal of Psychiatry*, (177) 45, 484-485. [En Red]. (Fecha de trabajo original: 2000). Disponible en: <http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/177/6/546>
 - Rubio Arribas, J. (2008). El tercer género: la transexualidad. *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*. 17 (1),47-53.
 - Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política del sexo. *Nueva antropología*, 8 (30), 95-142.
 - Sabo, D. (2000). Comprender la salud de los hombres: un enfoque relacional y sensible al género. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies
 - Scott, J. (1999). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En M. Navarro y C. Stimpson (Eds.). *Sexualidad, género y roles sexuales*. México: Fondo de Cultura Económica
 - Taboada, E., (2007). Autolesiones. *Revista de Psiquiatría Forense, Sexología, y Praxis*, 5(3), 7-31.
 - Vander Zanden J.W. (1986). *Manual de Psicología Social* (4ª edición). Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
 - Varnik, A., Kolves, K., van der Feltz-Cornelis, C.M., Marusic, A., Oskarsson, H., Palmer, A., Reisch, T., Scheerder, G., Arensman, E., Aromaa, E., Giupponi, G., Gusmaoo, R., Maxwell, M., Pull, C., Szeleky, A., Perez Sola, V., and Hegerl, U. (Fecha de acceso: 25 de septiembre de 2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression”. *Journal of Epidemiology and Community Health* [En Red]. (Fecha de trabajo original: 2008). Disponible en: <http://jech.bmj.com/cgi/reprint/62/6/545?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=varnik&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=62&resourcetype=HWCIT>
 - Zimbalist Rosaldo, M. (1979). *Mujer, Cultura y sociedad: una visión teórica*. En O. Harris y K. Young (Eds.). *Antropología y Feminismo*, Barcelona: Editorial Anagrama.

Apéndice

Diferencias en la prevalencia psiquiátrica según el género

Tabla 1.1 - Estudio de Ronald Kessler, respecto a prevalencia según criterios del DSMIV

Table 2. Lifetime and 12-Month Prevalence of UM-CIDI/DSM-III-R Disorders*

Disorders	Male				Female				Total			
	Lifetime		12 mo		Lifetime		12 mo		Lifetime		12 mo	
	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE	%	SE
Affective disorders												
Major depressive episode	12.7	0.9	7.7	0.8	21.3	0.9	12.9	0.8	17.1	0.7	10.3	0.6
Manic episode	1.6	0.3	1.4	0.3	1.7	0.3	1.3	0.3	1.6	0.3	1.3	0.2
Dysthymia	4.8	0.4	2.1	0.3	8.0	0.6	3.0	0.4	6.4	0.4	2.5	0.2
Any affective disorder	14.7	0.8	8.5	0.8	23.9	0.9	14.1	0.9	19.3	0.7	11.3	0.7
Anxiety disorders												
Panic disorder	2.0	0.3	1.3	0.3	5.0	1.4	3.2	0.4	3.5	0.3	2.3	0.3
Agoraphobia without panic disorder	3.5	0.4	1.7	0.3	7.0	0.6	3.8	0.4	5.3	0.4	2.8	0.3
Social phobia	11.1	0.8	6.6	0.4	15.5	1.0	9.1	0.7	13.3	0.7	7.9	0.4
Simple phobia	6.7	0.5	4.4	0.5	15.7	1.1	13.2	0.9	11.3	0.6	8.8	0.5
Generalized anxiety disorder	3.6	0.5	2.0	0.3	6.6	0.5	4.3	0.4	5.1	0.3	3.1	0.3
Any anxiety disorder	19.2	0.9	11.8	0.6	30.5	1.2	22.6	0.1	24.9	0.8	17.2	0.7
Substance use disorders												
Alcohol abuse without dependence	12.5	0.8	3.4	0.4	6.4	0.6	1.6	0.2	9.4	0.5	2.5	0.2
Alcohol dependence	20.1	1.0	10.7	0.9	8.2	0.7	3.7	0.4	14.1	0.7	7.2	0.5
Drug abuse without dependence	5.4	0.5	1.3	0.2	3.5	0.4	0.3	0.1	4.4	0.3	0.8	0.1
Drug dependence	9.2	0.7	3.8	0.4	5.9	0.5	1.9	0.3	7.5	0.4	2.8	0.3
Any substance abuse/dependence	35.4	1.2	16.1	0.7	17.9	1.1	6.6	0.4	26.6	1.0	11.3	0.5
Other disorders												
Antisocial personality	5.8	0.6	...	...	1.2	0.3	...	...	3.5	0.3	...	...
Nonaffective psychosis†	0.6	0.1	0.5	0.1	0.8	0.2	0.6	0.2	0.7	0.1	0.5	0.1
Any NCS disorder	48.7	0.2	27.7	0.9	47.3	1.5	31.2	1.3	48.0	1.1	29.5	1.0

*UM-CIDI indicates University of Michigan Composite International Diagnostic Interview; NCS, National Comorbidity Survey.

†Nonaffective psychosis includes schizophrenia, schizophreniform disorder, schizoaffective disorder, delusional disorder, and atypical psychosis.

Tabla 1.2 - Estudios de la ESEMeD, sobre la prevalencia de trastornos mentales en 6 países europeos

Table 2. Prevalence of mental disorders in the six European countries of the ESEMeD project (weighted proportions and CI)

	Lifetime prevalence % (95% CI)			12 month prevalence % (95% CI)		
	Total	Male	Female	Total	Male	Female
Any mental disorder	25.0 (24.2–25.8)	21.6 (20.5–22.7)	28.1 (27.0–29.2)	9.6 (9.1–10.1)	7.1 (6.4–7.8)	12 (11.2–12.8)
Any mood disorder	14.0 (13.4–14.6)	9.5 (8.7–10.3)	18.2 (17.3–19.1)	4.2 (3.8–4.6)	2.8 (2.3–3.3)	5.6 (5.1–6.1)
Any anxiety disorder	13.6 (13.0–14.2)	9.5 (8.7–10.3)	17.5 (16.6–18.4)	6.4 (6.0–6.8)	3.8 (3.3–4.3)	8.7 (8.0–9.4)
Any alcohol disorder	5.2 (4.8–5.6)	9.3 (8.5–10.1)	1.4 (1.1–1.7)	1.0 (0.8–1.2)	1.7 (1.4–2.0)	0.3 (0.2–0.4)
Major depression	12.8 (12.2–13.4)	8.9 (8.2–9.6)	16.5 (15.6–17.4)	3.9 (3.6–4.2)	2.6 (2.2–3.0)	5.0 (4.5–5.5)
Dysthymia	4.1 (3.7–4.5)	2.6 (2.2–3.0)	5.6 (5.1–6.1)	1.1 (0.9–1.3)	0.8 (0.6–1.0)	1.5 (1.2–1.8)
GAD	2.8 (2.5–3.1)	2.0 (1.6–2.4)	3.6 (3.2–4.0)	1.0 (0.8–1.2)	0.5 (0.3–0.7)	1.3 (1.0–1.6)
Social phobia	2.4 (2.1–2.7)	1.9 (1.5–2.3)	2.9 (2.5–3.3)	1.2 (1.0–1.4)	0.9 (0.7–1.1)	1.4 (1.1–1.7)
Specific phobia	7.7 (7.2–8.2)	4.9 (4.3–5.5)	10.3 (9.5–11.1)	3.5 (3.2–3.8)	1.9 (1.5–2.3)	5.0 (4.5–5.5)
PTSD	1.9 (1.7–2.1)	0.9 (0.7–1.1)	2.9 (2.5–3.3)	0.9 (0.7–1.1)	0.4 (0.2–0.6)	1.3 (1.0–1.6)
Agoraphobia	0.9 (0.7–1.1)	0.6 (0.4–0.8)	1.1 (0.9–1.3)	0.4 (0.3–0.5)	0.2 (0.1–0.3)	0.6 (0.4–0.8)
Panic disorder	2.1 (1.9–2.3)	1.6 (1.3–1.9)	2.5 (2.1–2.9)	0.8 (0.6–1.0)	0.6 (0.4–0.8)	1.0 (0.8–1.2)
Alcohol abuse	4.1 (3.7–4.5)	7.4 (6.7–8.1)	1.0 (0.8–1.2)	0.7 (0.6–0.8)	1.3 (1.0–1.6)	0.2 (0.1–0.3)
Alcohol dependence	1.1 (0.9–1.3)	1.8 (1.4–2.2)	0.4 (0.2–0.6)	0.3 (0.2–0.4)	0.4 (0.2–0.6)	0.1 (0.0–0.2)

GAD: generalized anxiety disorder; PTSD: post-traumatic stress disorder.

Epidemiología del suicidio

Tabla 2.1 – Tasas de suicidio por país, según género (OPS, 2003).

CUADRO 7.1
Tasas de suicidio ajustadas según la edad, por país y en el año más reciente disponible^a

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
Albania	1998	165	7,1	9,5	4,8	2,0
Alemania	1999	11 160	14,3	22,5	6,9	3,3
Argentina	1996	2 245	8,7	14,2	3,9	3,6
Armenia	1999	67	2,3	3,6	— ^b	— ^b
Australia	1998	2 633	17,9	28,9	7,0	4,1
Austria	1999	1 555	20,9	32,7	10,2	3,2
Azerbaiyán	1999	54	1,1	1,7	— ^b	— ^b
Belarus	1999	3 408	41,5	76,5	11,3	6,7
Bélgica	1995	2 155	24,0	36,3	12,7	2,9
Bosnia y Herzegovina	1991	531	14,8	25,3	4,2	6,1
Brasil	1995	6 584	6,3	10,3	2,5	4,1
Bulgaria	1999	1 307	16,4	26,2	7,7	3,4
Canadá	1997	3 681	15,0	24,1	6,1	3,9
Chile	1994	801	8,1	15,0	1,9	8,1
China						
RAE de Hong Kong	1996	788	14,9	19,5	10,4	1,9
Ciertas zonas rurales y urbanas	1999	16 836	18,3	18,0	18,8	1,0
Colombia	1995	1 172	4,5	7,4	1,8	4,1
Costa Rica	1995	211	8,8	14,4	3,0	4,7
Croacia	1999	989	24,8	40,6	11,6	3,5
Cuba	1997	2 029	23,0	32,1	14,2	2,3
Dinamarca	1996	892	18,4	27,2	10,1	2,7
Ecuador	1996	593	7,2	10,4	4,1	2,5
El Salvador	1993	429	11,2	16,3	6,8	2,4
Eslovaquia	1999	692	15,4	27,9	4,3	6,5
Eslovenia	1999	590	33,0	53,9	14,4	3,7
España	1998	3 261	8,7	14,2	3,8	3,8
Estados Unidos	1998	30 575	13,9	23,2	5,3	4,4
Estonia	1999	469	37,9	68,5	12,0	5,7
Federación de Rusia	1998	51 770	43,1	77,8	12,6	6,2
Filipinas	1993	851	2,1	2,5	1,6	1,6
Finlandia	1998	1 228	28,4	45,8	11,7	3,9
Francia	1998	10 534	20,0	31,3	9,9	3,2
Georgia	1992	204	5,3	8,7	2,5	3,4
Grecia	1998	403	4,2	6,7	1,8	3,7
Hungría	1999	3 328	36,1	61,5	14,4	4,3
Irlanda	1997	466	16,8	27,4	6,3	4,3
Israel	1997	379	8,7	14,6	3,3	4,4
Italia	1997	4 694	8,4	13,4	3,8	3,5
Japón	1997	23 502	19,5	28,0	11,5	2,4
Kazajstán	1999	4 004	37,4	67,3	11,6	5,8
Kuwait	1999	47	2,0	2,2	— ^b	— ^b
Kirguistán	1999	559	18,7	31,9	6,3	5,1
Letonia	1999	764	36,5	63,7	13,6	4,7
Lituania	1999	1 552	51,6	93,0	15,0	6,2
Macedonia, Antigua República Yugoslava	1997	155	10,0	15,2	5,2	2,9
Mauricio	1999	174	19,2	26,5	12,1	2,2
México	1997	3 369	5,1	9,1	1,4	6,3
Nicaragua	1996	230	7,6	11,2	4,3	2,6
Noruega	1997	533	14,6	21,6	8,0	2,7

CUADRO 7.1 (continuación)

País o zona	Año	Número total de suicidios	Tasa de suicidio por 100 000 habitantes			
			Total	Varones	Mujeres	Razón entre las tasas de los varones y las mujeres
Nueva Zelanda	1998	574	19,8	31,2	8,9	3,5
Países Bajos	1999	1 517	11,0	15,2	7,1	2,1
Panamá (excluida la Zona del Canal)	1997	145	7,8	13,2	2,3	5,7
Paraguay	1994	109	4,2	6,5	1,8	3,6
Polonia	1995	5 499	17,9	31,0	5,6	5,5
Portugal	1999	545	5,4	9,0	2,4	3,8
Puerto Rico	1998	321	10,8	20,9	2,0	10,4
Reino Unido	1999	4 448	9,2	14,6	3,9	3,8
Escocia	1999	637	15,7	25,3	6,3	4,0
Inglaterra y Gales	1999	3 690	8,5	13,4	3,6	3,7
Irlanda del Norte	1999	121	9,9	17,0	— ^b	— ^b
República Checa	1999	1 610	17,5	30,1	6,3	4,8
República de Corea	1997	6 024	17,1	25,3	10,1	2,5
República de Moldova	1999	579	20,7	37,7	6,3	6,0
Rumania	1999	2 736	14,3	24,6	4,8	5,1
Singapur	1998	371	15,7	18,8	12,7	1,5
Suecia	1996	1 253	15,9	22,9	9,2	2,5
Suiza	1996	1 431	22,5	33,7	12,3	2,7
Tayikistán	1995	199	7,1	10,9	3,4	3,2
Tailandia	1994	2 333	5,6	8,0	3,3	2,4
Trinidad y Tabago	1994	148	16,9	26,1	6,8	3,8
Turkmenistán	1998	406	13,7	22,2	5,4	4,1
Ucrania	1999	14 452	33,8	61,8	10,1	6,1
Uruguay	1990	318	12,8	22,0	4,8	4,6
Uzbekistán	1998	1 620	10,6	17,2	4,4	3,9
Venezuela	1994	1 089	8,1	13,7	2,7	5,0

RAE: Región Administrativa Especial.

^a Año más reciente disponible entre 1990 y 2000 para los países con ≥ 1 millón de habitantes.^b Se informaron menos de 20 defunciones; no se calcularon la tasa ni la razón de tasa.