



Masculinidad y suicidio

Trabajo Final de Grado
Modalidad: Monografía

Tutora: Sabrina Rossi
Revisora: Anabel Beniscelli
Estudiante: Camila Benavidez
C.I.: 5.220.235-5

Facultad de Psicología
Montevideo, Noviembre 2022

A mi madre, mi tía y mi hermana que me han sabido acompañar, guiar y sostener durante mi recorrido académico pero, sobre todo, durante toda mi vida.

A mi hermano, que me mostró que hay formas sanas y amorosas de ser hombre.

A mi tutora, Sabrina, que me supo orientar en la construcción de éste trabajo, y a todxs lxs que me he encontrado durante mi tránsito universitario y se han convertido en amigos y amigas.

Índice

Índice.....	2
Resumen.....	3
Abstract.....	3
Introducción.....	5
Capítulo 1: Psicología, salud y género.....	7
1.1. Psicología y salud.....	7
1.2. Psicología y género.....	9
1.3. Género y salud.....	12
Capítulo 2: Masculinidades.....	16
2.1. Construcción de la masculinidad.....	16
2.2. Efectos del modelo de masculinidad hegemónica en la salud de los varones...22	
Capítulo 3: Suicidio.....	27
3.1. Recorrido histórico del suicidio.....	27
3.2. Suicidio en Uruguay.....	30
Capítulo 4: Masculinización del suicidio.....	34
4.1. Rol de proveedor.....	35
4.2. Depresión enmascarada.....	36
4.3. Uso de métodos más violentos y efectivos.....	37
4.4. Factor etario.....	38
Reflexiones finales.....	40
Referencias bibliográficas.....	43

Resumen

En la actualidad, el suicidio se constiuye como una problemática que impacta a nivel mundial en múltiples dimensiones. A su vez, en la mayoría de los casos, quienes consuman un suicidio pertencen al género masculino. Por este motivo, la presente monografía pretende realizar una articulación teórica que permita explicar la incidencia del modelo de masculinidad hegemónica en el fenómeno del suicidio.

Con este objetivo, se desarrolló una revisión de la bibliografía en español sobre las temáticas de salud, género, masculinidad y suicidio. Se comienza describiendo la implicación de la Psicología en el ámbito de la salud así como en el estudio del género, a la vez que se analiza al género como determinante de la salud. De esta forma, se explica la pertinencia para la Psicología del estudio de los efectos del género en la salud de las personas.

Posteriormente, se realiza un recorrido teórico que pretende dar cuenta de la forma en la que se ha concebido y construido la masculinidad hegemónica a lo largo de la historia, a la vez que se señalan las consecuencias que generan los modos tradicionales de socialización masculina en la salud de los varones.

Luego se describen las distintas formas en las que se ha concebido al suicidio en función de la época y la cultura, desarrollando específicamente cómo se ha comportado el fenómeno en Uruguay hasta constituirse en una problemática estructural que impacta de forma particular al país.

Por último, se finaliza la monografía con un análisis de las características específicas del suicidio masculino que busca explicar por que se interpreta al modelo de masculinidad hegemónica como un factor de riesgo para éste fenómeno.

Palabras clave: género, masculinidad, suicidio.

Abstract

Suicide is currently a problem that has a worldwide impact in multiple dimensions. What's more, in most cases, those who commit suicide belong to the male gender. For this reason, this monograph aims to make a theoretical articulation to explain the incidence of the hegemonic masculinity model in the phenomenon of suicide.

With this objective, a review of Spanish literature on health, gender, masculinity and suicide; is carried out. We begin by describing the implication of psychology in the health arena and the study of gender while analyzing gender as a determinant of health. In this

way, the relevance of Psychology in the study of the effects of gender on people's health; is explained.

Subsequently, a theoretical review is undertaken to account for how hegemonic masculinity has been conceived and constructed throughout history. At the same time, the consequences generated by traditional manners of male socialization on men's health; are pointed out.

It then describes the different ways suicide has been conceived according to time and culture, explicitly developing how the phenomenon has occurred in Uruguay until it became a structural problem that has a particular impact on the country.

Finally, the monograph ends with an analysis of the specific characteristics of male suicide that seeks to explain why the hegemonic masculinity model is interpreted as a risk factor for this phenomenon.

Key words: gender, masculinity, suicide.

Introducción

La presente monografía pretende explicar la relación entre la masculinidad y el suicidio. Cada año un millón de personas fallecen como resultado del suicidio, lo que coloca a éste fenómeno entre las diez causas principales de muerte a nivel mundial (Nizama Valladolid, 2011). Sin embargo, al observar las tasas de suicidio se identifica que los varones consuman más suicidios que las mujeres en una proporción de 5 a 1 en todos los rangos de edad (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006).

En Uruguay, desde hace décadas que la tasa de suicidios se presenta como un fenómeno estructural que ha aumentado de forma sistemática (González, 2012) y al igual que en el resto del mundo, el crecimiento de la tasa general de suicidios responde al crecimiento importante de la tasa masculina, llegando a establecerse una relación de cuatro varones por cada mujer (González, 2017). De esta forma, se puede afirmar que tanto a nivel nacional como a nivel mundial se da una masculinización del suicidio, lo que significa que los sujetos que consuman un suicidio son, en su mayoría, varones. Este fenómeno está relacionado con las formas en las que varones y mujeres son socializados en función del género. En el caso de los varones, hay una versión de masculinidad que se impone sobre otras y deviene hegemónica, configurándose como un “deber ser” que determina la construcción identitaria de los varones y establece los márgenes en los que pueden habitar el mundo (Olavarría, 2017). Sin embargo, el modelo de masculinidad hegemónica se constituye como un factor de riesgo para la salud de los varones ya que determina las formas en las que los varones responden y elaboran el malestar psicológico, generando que incorporen conductas dañinas para sí mismos, como negar sus propias necesidades, no reconocer su debilidad o vulnerabilidad, ser fuerte y disimular la necesidad de ayuda (Matud, 2008). Teniendo en cuenta ésto, en la presente monografía se concibe a la masculinización del suicidio como un fenómeno que expresa la magnitud en la que los modos tradicionales de socializar a los varones produce sufrimiento en ellos y afecta profundamente su bienestar psicológico, atentando contra su salud y su vida.

A su vez, las propias instituciones de salud reproducen los estereotipos de género al no considerar las necesidades específicas de los varones debido a que históricamente lo masculino se ha asociado con el paradigma de normalidad, salud, madurez y autonomía mientras que lo femenino ocupa el lugar simbólico de la patología y la locura. Por lo tanto, la psicopatología del género masculino es invisibilizada ya que la salud mental de los varones no constituye un problema (Bonino, 2000). Al no concebirlos como objeto de atención, se favorece el descuido de su salud a la vez que, al naturalizar la ausencia masculina, los profesionales se comunican con las mujeres perpetuando la sobrecarga que supone el rol

de “cuidadoras” (Bonino, 2001). Teniendo en cuenta que la Psicología es una disciplina de la Salud resulta sumamente pertinente que se comience a reconocer a los varones como sujetos de género y se planteen estrategias de acuerdo a sus necesidades específicas. Desde la Psicología se ha realizado un importante recorrido en los estudios de género, que si bien en un principio el análisis se limitaba al abordaje de las problemáticas vinculadas a la mujer o lo femenino, recientemente se comienza a incorporar el estudio de las masculinidades.

Éste trabajo final de grado pretende aproximarse a la temática a través de la revisión y sistematización bibliográfica. Para llevar adelante éste análisis, la monografía se desarrolló en cuatro capítulos dónde el primero busca explicar la pertinencia para la Psicología del estudio de la salud y el género, así como la relación de determinación entre el género y la salud. En el segundo capítulo se realiza un recorrido histórico que da cuenta de la forma en la que se construye la masculinidad a la vez que se desarrollan los efectos nocivos que produce en la salud de los varones. El tercer capítulo se detiene en el análisis del suicidio, tanto en las distintas formas en las que se lo ha concebido a lo largo de la historia, así como las particularidades del suicidio en Uruguay. Por último, el cuarto capítulo desarrolla las características específicas del suicidio masculino así como los grandes factores de riesgo de suicidio para los varones.

Capítulo 1: Psicología, salud y género

1.1 Psicología y salud

Tradicionalmente se ha concebido a la salud como la ausencia de enfermedad, es recién en 1967 que la Organización Mundial de la Salud amplía la definición de la salud considerándola como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Esta definición ha sido criticada debido a que equipara el "completo bienestar" con "salud" lo que hace a la definición utópica. Sin embargo, esta transformación en la forma de pensar la salud resulta fundamental ya que incorpora los determinantes sociales y mentales. Estos determinantes se definen como un conjunto de elementos condicionantes de la salud y de la enfermedad en individuos, grupos y colectividades, y se relacionan con aspectos tan variados como lo son los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos (Ávila-Agüero, 2009).

En 1974, Marc Lalonde desarrolló un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud donde identifica el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud como principales determinantes de la salud (Ávila-Agüero, 2009). Por su parte, Cárdenas, Juárez, Moscoso y Vivas (2017) se refieren a los determinantes de la inequidad en salud y distinguen a los determinantes estructurales de los determinantes intermedios. A su vez, los estructurales se dividen en aquellos relacionados con el contexto socioeconómico y político por un lado, y los vinculados a la posición socioeconómica, por otro. Mientras que las principales categorías de determinantes intermedios de la salud son las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud.

Entonces, si bien la Psicología se ha vinculado con las ciencias de la salud desde sus comienzos, es a partir de ésta nueva forma de concebir la salud, que integra necesariamente a la dimensión psicosocial en el proceso de salud-enfermedad que la Psicología se incorpora formalmente al campo de la salud.

El surgimiento de la Psicología de la Salud como campo específico se sitúa en Cuba a finales de los años 60 en el contexto de una Medicina preventiva. Sin embargo, se encuentran pocas referencias a la aparición de dicho campo en América Latina, ya que la opinión de la mayor parte de los autores, concuerda en situar los orígenes de la Psicología de la Salud en los Estados Unidos a finales de la década de los 70 (Grau y Hernández, 2005).

A pesar de que no hay consenso en relación al lugar y fecha de su surgimiento, se puede afirmar que el contexto en el que surge esta disciplina estuvo caracterizado por ciertos aspectos que propiciaron el desarrollo de la misma, siguiendo a Grau y Hernández (2005) la Psicología de la Salud es resultado de las limitaciones del modelo biomédico tradicional, el fracaso de los sistemas sanitarios por una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad de comprender como variables sociales y psicológicas mediatizan los procesos salud-enfermedad.

Sin embargo, dicha disciplina ya contaba con ciertos antecedentes teóricos y prácticos como los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Medicina Conductual y Psicología Comunitaria. Pero la Psicología de la Salud va a ir más allá de estos enfoques, constituyéndose como una disciplina de mayor amplitud que tiene por objetivo abordar todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, desde la enfermedad hasta la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. A su vez, se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental y tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención, trabajando no sólo con el individuo sino con la familia y la comunidad. También forma parte de su objeto de estudio los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores (Martín, 2003).

Morales Calatayud (2015) define la Psicología de la Salud en su propio estudio de 1999 como “la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben” (p.122)

Teniendo en cuenta esta concepción de salud es que el abordaje de la incidencia del género en el estado de salud de las personas, y más específicamente, el estudio de cómo el modelo hegemónico de masculinidad actúa en el suicidio cometido por varones, es sumamente pertinente para la Psicología de la Salud. El concebir al género como un determinante de la salud permite entender en qué medida el responder a los mandatos sociales de la masculinidad hegemónica repercute negativamente en el estado de salud de las personas, hasta el punto de incidir en las altas tasas de suicidios cometidos por varones. La Psicología de la Salud tiene mucho que aportar, tanto desde el estudio de los factores

propriadamente psicológicos que inciden en el fenómeno, así como la elaboración de estrategias de promoción y prevención del suicidio en varones, hasta la construcción de una atención en salud específica para la población masculina, que contemple las formas particulares de manifestación del malestar propias de los varones moldeadas por los mandatos de masculinidad hegemónica.

Los recientes avances en los servicios de salud sostienen que al integrar la Psicología en la práctica cotidiana, puede producirse un mejoramiento significativo en la promoción de salud y en la prevención y tratamiento de las enfermedades, es por esta razón, que ninguna otra disciplina ha abordado de forma más completa el conjunto de factores psicosociales implicados en el proceso salud-enfermedad, como la Psicología de la Salud (Grau y Hernández, 2005).

1.2 Psicología y género

El término “género” siempre ha tenido una función de clasificación, pero es a partir de la década de los sesenta del siglo pasado, cuando asume un estatus teórico, que esa función de clasificación distingue a los seres humanos en masculino o femenino (Salas, 2008). Es así que el término “género” sustituye parcialmente al término “sexo”, sin embargo sexo y género no son sinónimos, ya que “sexo alude a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer, mientras que *género* se refiere al significado social construido alrededor de esa diferencia, basado fundamentalmente en la división, según el sexo, de los roles y el poder” (Gómez, 2002, p.455). Teniendo en cuenta esta definición es que resulta importante destacar que, si bien es habitual asociar el concepto de género al de mujer, estos dos términos tampoco son equivalentes, ya que género no refiere a la mujer o al varón en sí mismos, sino a las relaciones de desigualdad entre ambos (Gómez, 2002).

Jayne Zaro (2002) desarrolla las diferencias entre ambos conceptos entendiendo que el género describe aquellos componentes del sexo que son resultado de prescripciones culturales sobre lo adecuado para varones y mujeres respectivamente, reforzando de este modo las categorías masculina y femenina, así como el sistema de roles de género. El entorno sociocultural sería el trasfondo necesario que hace que varones y mujeres atraviesen distintas experiencias de socialización durante la infancia que darán un contenido de categoría psicosocial al sexo, más allá de lo biofisiológico que inicialmente basara la primera definición de éste. De esta manera, el género comprende los tres aspectos básicos que constituyen al ser humano, varón y mujer: lo biológico, lo sociocultural y lo psicológico. Sin embargo resulta pertinente mencionar que si bien se trata de conceptos delimitados teórica y empíricamente, se encuentran indisolublemente unidos ya que las características de género (masculinidad y feminidad) siempre remiten a un determinado grupo sexual

(varones y mujeres) y a las creencias particulares que sobre tales grupos genera la cultura (Cala y Barberá, 2009).

La Psicología ha abordado formalmente la temática de género desde principios del siglo XX. De hecho, es una de las áreas a la que mayor cantidad de investigación se ha dedicado debido a que las diferencias de sexo/género se manifiestan en cualquier dimensión psicológica (Jayme Zaro, 2002).

La Psicología del Género surge como resultado de la acumulación de datos sobre las diferencias entre varones y mujeres. Dicha disciplina científica recoge el estudio del comportamiento humano a través de la consideración de que la variable género —inevitablemente, el sexo— tiene una responsabilidad en la formación de la conducta. Desde esta vertiente de la psicología se sostiene que el sistema sexo/género afecta profundamente a la psique de los individuos, promoviendo determinados rasgos de personalidad y unas conductas en la mayoría de los casos predeterminadas (Jayme Zaro, 2002). Por lo tanto, la psicología del género no se limita a identificar las semejanzas y diferencias entre varones y mujeres sino que pretende entender cómo los propios individuos construyen sus identidades personales desde que son asignados a uno de ambos grupos al nacer. Los estereotipos se instauran en la identidad personal en respuesta a la presión que la sociedad ejerce para mantener dos grupos de seres humanos en ámbitos diferentes, contemplando a varones y mujeres como poseedores de unas características propias. El análisis que realiza la Psicología completa el sentido del término género con el concepto de identidad (Jayme Zaro, 2002).

Sin embargo, desde la Psicología se pueden identificar distintas formas de entender el género. Cala y Barberá (2009) describen tres aproximaciones principales al estudio del sexo/género desde dicha disciplina. La primera considera el sistema sexo/género una propiedad interna, algo que las personas son o tienen, una característica inherente a la persona que determina la forma en que se comporta. Es por esto que la autoras asocian el verbo *ser* con dicho enfoque. Se trata de la aproximación más antigua y la que ha generado un mayor volumen de investigación. El supuesto de partida es la comparación entre mujeres y varones con el objetivo de conocer el alcance de esas diferencias.

La segunda perspectiva surge en la década de los ochenta tras la “revolución cognoscitiva” y el desarrollo del enfoque psicosocial de la psicología, a partir del énfasis puesto en los individuos como procesadores de información. Desde dicho enfoque se concibe al sistema sexo/género como una construcción psicosocial. Niños y niñas elaboran estructuras de conocimiento sobre los sexos y sus características (esquemas de género) y estas construcciones actúan como guías del pensamiento y del comportamiento. Se interpreta el sistema sexo/género como un factor estimular, algo en lo que las personas creen. Dichas creencias influyen sobre las percepciones y la interpretación que realizan los

sujetos de sus conductas hasta acabar convirtiéndose en reales al moldear el comportamiento de forma diferenciada, como ocurre con el fenómeno de la profecía autocumplida. La acción que mejor representa esta segunda posición es el verbo *creer* (Cala y Barberá, 2009).

Por último, la interpretación más actual concibe el sistema sexo/género como una actividad interactiva, algo que no se es ni se construye cognoscitivamente, sino que se genera en la interacción social y se evidencia en las prácticas vitales en contextos particulares. Este enfoque pone el énfasis en el proceso de construcción de significados entre los varones y las mujeres y en el contexto social en el que este proceso se lleva a cabo. El sistema sexo/género se entiende como algo que las personas hacen en lugar de como una propiedad que poseen los individuos, de ahí que el verbo utilizado para representar esta aproximación sea *hacer* (Cala y Barberá, 2009).

Es importante señalar que, si bien en la actualidad la temática de género se continúa relacionando con aspectos vinculados a las mujeres, el abordar el género también implica el estudio de cuestiones específicas de varones y masculinidades. Resulta fundamental que la Psicología incorpore el análisis de la masculinidad ya que desde las disciplinas “psi” se tiende a rápidamente referirse al expediente de los procesos mórbidos y “anormales”, cuando ciertos asuntos a los que aluden los varones responden a exigencias impuestas por el patriarcado y que más bien apuntan a la “norma” (Salas, 2008). Sobre este aspecto, Schongut (2012) describe como, a partir de la aparición del binomio masculino-femenino, las desviaciones de la norma en relación al sexo biológico y psicológico eran identificadas como disfunciones psicosociales o psicopatologías.

En definitiva, desde la Psicología se trabaja en tareas de primera línea como lo son la socialización, la edificación de vínculos humanos y la elaboración de sistemas de convivencia óptimos, por lo que es fundamental que se realicen aportes que contribuyan al logro de la equidad de género. Para esto, es necesario que se contemplen ciertos niveles mencionados anteriormente: promoción, prevención y atención (Salas, 2008).

Para el trabajo con masculinidades, el primer nivel, consiste en promover formas alternativas de ser varones que impliquen el respeto la equidad y los derechos humanos y que fomenten modos saludables de interacción de los varones consigo mismos, con los otros varones, en el ejercicio de la paternidad, con la pareja, con las mujeres en general. En segundo lugar, en el nivel de prevención, se van a abordar problemáticas donde los varones aparecen como los principales responsables como la violencia intrafamiliar y de género, la explotación sexual comercial, la salud, la accidentabilidad, los procesos de pareja y afectivos en general, entre muchos otros. En este aspecto es primordial la educación para la sexualidad basada en el respeto y la equidad. Por último, se propone la atención especializada, la cual se incluye en un proceso de reeducación más amplio y más profundo

orientado hacia la prevención de nuevos incidentes y hacia la rehabilitación. Por ejemplo, la atención especializada en el caso de la violencia, supone la intervención terapéutica con varones que ya han presentado incidentes de violencia de riesgo bajo o que ejercen patrones de control abusivos hacia sus parejas (Salas, 2008).

1.3 Género y salud

Ahora bien, la Psicología del Género y la Psicología de la Salud no son vertientes excluyentes, sino que se relacionan constantemente. Cárdenas et al (2017) se refieren a un modelo desarrollado por Dahlgren y Whitehead que explica las inequidades en salud a través de las interacciones entre un núcleo y cuatro diferentes niveles. El núcleo consta de los factores biológicos —como la edad, el sexo y las características constitucionales (factores hereditarios)— que influyen en la salud, el primer nivel representa los factores de estilos de vida individual, el segundo nivel detalla cómo las interacciones sociales influyen en los estilos de vida individuales, el tercer nivel representa los factores relacionados con las condiciones de vida y de trabajo y, por último, el cuarto nivel describe las condiciones generales, socioeconómicas, culturales y ambientales que influyen en las condiciones de estratificación social y producen inequidades sociales (Dahlgren & Whitehead, 1991 como se citó en Cárdenas et al, 2017).

Este modelo refuerza la perspectiva de los determinantes sociales de la salud al describir cómo las principales causas de las inequidades en salud surgen de las condiciones en las que nace, vive, trabaja y envejece la gente. Entonces, las inequidades en la salud pueden aparecer cuando los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales dan lugar a “una distribución sistemáticamente desigual del poder, el prestigio y los recursos entre los distintos grupos que conforman la sociedad” (OMS, 2011a: 14 como se citó en Cárdenas et al, 2017). A su vez, el género, no se encuentra por fuera de este esquema, ya que influye tanto en la formación de la identidad subjetiva como en la organización de la vida social, ocupando un lugar central junto con la clase social y la raza en el nivel macroeconómico de asignación y distribución de recursos dentro de una sociedad jerárquica (Gómez, 2002).

Entonces, es posible observar que las temáticas de género y de salud no son independientes entre sí, sino que, por el contrario, el género actúa como un determinante fundamental de la salud. Las diferencias entre varones y mujeres en el ámbito de la salud responden en gran medida a la idea de género ya que tradicionalmente se ha asociado el bienestar físico y psicológico a la total identificación de los individuos con sus respectivos géneros (Jayme Zaro, 2002).

La salud no debe ser tratada de la misma manera para mujeres y varones, no sólo por las características biológicas, sino porque ambos desempeñan distintos roles y desarrollan estilos de vida diferentes en función del género, lo que conlleva a que las enfermedades y la exposición a riesgos tales como hábitos de alimentación, ambiente de trabajo, estrés cotidiano, entre otros, los coloquen en situaciones de salud diferentes (Castañeda, 2007).

Borrel y Artazcoz (2008) refieren a que las diferencias de sexo y de género generan a su vez diferencias en múltiples aspectos de la salud desde la vulnerabilidad, la naturaleza, severidad y frecuencia de los problemas de salud, así como la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres.

Siguiendo esta línea de pensamiento Pla, Adam y Bernabeu (2013) sostienen que los estereotipos de género mediatizan las distintas formas que tienen los pacientes de consultar los servicios sanitarios de forma tal que las mujeres tienden a acudir más veces y antes a los servicios de atención primaria manifestando más quejas psicosociales, mientras que los varones acuden con más frecuencia a urgencias o a los servicios hospitalarios y les cuesta mucho más verbalizar sus quejas. Esto responde a que expresar su malestar y pedir ayuda es una conducta esperable para las mujeres en relación a los estereotipos asociados a la femineidad, en tanto que lo esperable para los varones es que no manifiesten su debilidad hasta que no haya una enfermedad severa. Esta diferencia en relación al pedido de ayuda ante el malestar se puede observar en el ámbito específico de la salud mental donde el género es un determinante fundamental. García-Vega (2011) menciona ciertas investigaciones que indican que un factor que incide en el hecho de que las mujeres sean diagnosticadas con mayor frecuencia que los varones con problemas de salud mental es que las mujeres son más propensas a buscar ayuda y dar a conocer sus problemas de salud mental a su médico de atención primaria, y los varones a manifestar problemas relacionados con el alcohol. Este suceso es determinado por el género en la medida en que para los varones la socialización supone incorporar los mandatos impuestos por el modelo de masculinidad hegemónica que promueven el rechazo a la debilidad, la dependencia emocional o la búsqueda de ayuda lo que implica que, ante el malestar psicológico, los varones recurran a la retórica de síntomas físicos o a una expresión no verbal del malestar en forma de agresividad o consumo de sustancias, lo que puede enmascarar sus menores tasas de depresión o ansiedad (Bacigalupe, Cabezas, Baza Bueno y Martín, 2020). Entonces, el hecho de que no haya un pedido de ayuda explícito no quiere decir que los varones no padezcan problemas de salud mental, sino que por el contrario, se ha señalado

que en ellos la depresión puede estar “escondida” detrás de comportamientos adictivos y de riesgo, así como detrás de la irritabilidad e impulsividad (Ramos-Lira, 2014).

Por otro lado, en relación a la prevalencia de los trastornos mentales, estos difieren en tanto si se trata de un varón o de una mujer. Se puede identificar que desde la infancia hay mayor proporción de niños que de niñas con conductas del tipo antisocial y agresiva. A su vez, durante la adolescencia, hay más mujeres con depresión y trastornos alimenticios que varones. También en este período las adolescentes muestran mayores tasas de ideación e intentos de suicidio aunque la muerte por suicidio es más frecuente en los varones. En la adultez estas cifras no muestran grandes variaciones ya que continúa siendo más probable que las mujeres tengan más ansiedad y depresión que los varones, mientras que éstos presentan tasas más altas de trastornos de personalidad antisocial y de abuso de sustancias (Kessler et al., 1994; OMS, 2002 como se citó en Matud, 2008). Diaz, Rivera y Wolfgang (2012) sostienen que estas diferencias en cuanto a los trastornos mentales responden al hecho de que el varón está condicionado a demostrar dominancia, hegemonía, poder y autoridad, controlando estrictamente sus emociones sin darle lugar a la debilidad, esto dificulta el desarrollo de relaciones interpersonales constructivas, lo cual, a su vez, lleva a la soledad y a adoptar conductas antisociales y agresivas. Sobre este aspecto, Salas (2008) menciona que muchos varones asocian el cuidar su salud con la debilidad, y por ende, con el ser una mujer. Esto afecta negativamente tanto en la salud de los varones como de las mujeres y el ambiente en general, ya que el cuidado de sí mismo refleja el cuidado y protección hacia otros/as y al medio.

Se puede observar entonces que el género determina las formas de enfermar de los sujetos así como las formas de aproximarse a las instituciones de salud. Pero, a su vez, las formas de abordar y diagnosticar ciertas patologías también están atravesadas por las concepciones de género. Esto se puede observar claramente en relación a la depresión, la cual es una patología, que cómo se mencionó anteriormente, se diagnostica en mayor medida en mujeres que varones. Sin embargo, al realizar un análisis de dicha prevalencia se debe tener en cuenta que el sufrimiento, así como las formas patológicas de éste, están definidos por prácticas culturales, lo que significa que determinados diagnósticos responden a los contextos específicos en los que se dan. De hecho, Bacigalupe et al (2020) refieren a que incluso los instrumentos psicométricos utilizados para medir la depresión pueden estar sujetos a sesgos de género ya que las características normativas del comportamiento femenino, como el llanto o la hipersensibilidad, se interpretan como síntomas de depresión mientras que no se consideran síntomas cognitivos o afectivos que se dan más entre los varones. Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) también responde y reproduce las construcciones hegemónicas de masculinidad y feminidad al identificar características típicamente masculinas (como asertividad y

autonomía) como saludables, mientras que el comportamiento típicamente femenino, basado en la expresividad emocional es identificado como un problema (Bacigalupe et al, 2020).

El hecho de que la relación médico/paciente esté atravesada por cuestiones de género también produce efectos en los procesos de medicalización ya que las instituciones médicas y psiquiátricas ejercen coerción sobre las mujeres, generando que éstas sean más fácilmente etiquetadas como enfermas mentales. De forma complementaria, ciertos estudios identifican el infradiagnóstico y el insuficiente tratamiento farmacológico que se podría estar dando entre los varones con patologías mentales (Bacigalupe et al, 2020).

Ahora bien, es importante mencionar que incluso cuando los sesgos de género producen un infradiagnóstico en la población masculina de ciertas patologías mentales, igualmente las mujeres padecen mayores problemas vinculados a la salud mental debido a que la estructura patriarcal establecida en la sociedad las lleva a una mayor exposición a experiencias de desigualdad y a peores condiciones de vida (Bacigalupe et al, 2020).

Lo que es evidente es que mujeres y varones tienen diferentes formas de manifestar su malestar psicológico en relación a los roles que les son asignados socialmente, así como las instituciones de salud también responden de forma diferencial a dichas manifestaciones en función de los estereotipos hegemónicos de feminidad y masculinidad. Para que estas respuestas estereotipadas se transformen es fundamental incorporar la perspectiva de género en el ámbito de la salud. Sin embargo, al revisar ciertos indicadores de salud, se puede observar que las políticas de género se limitan al abordaje de cuestiones vinculadas específicamente a las mujeres sin considerar aspectos relacionados concretamente con la salud de los varones (Salas, 2008). En relación a este aspecto, Gómez (2002) sostiene que para lograr la equidad de género en el ámbito de la salud se deben eliminar las diferencias evitables entre varones y mujeres en cuanto a sus oportunidades de obtener y mantener la salud, así como las probabilidades de enfermar, sufrir discapacidad o morir prematuramente por causas prevenibles. La autora identifica tres aspectos del área de la salud en los cuales es fundamental lograr la equidad de género, por un lado, se refiere al estado de salud individual, en el cual la equidad se corresponde con niveles comparables de bienestar físico, psicológico y social. En segundo lugar alude a la atención de la salud, donde la equidad implica que los recursos se asignen de acuerdo con las necesidades específicas de varones y mujeres, así como que los servicios recibidos se dispongan según las necesidades particulares de cada sexo y que el financiamiento y pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo o a sus necesidades. Por último, en relación a la participación para la producción de la salud, la equidad de género conlleva que las responsabilidades de trabajo, los beneficios del desarrollo y el poder de decisión se distribuyan con equilibrio y justicia entre los sexos (Gómez, 2002).

Capítulo 2: Masculinidades

2.1. Construcción de la masculinidad

Cómo se mencionó anteriormente, el género es una construcción simbólica que implica que se atribuyan a las personas ciertas características en función de su sexo, determinando de forma fundamental la formación de la identidad subjetiva y de la vida social. A su vez, esta forma de categorizar a los sujetos lleva a que se formen subjetividades “femeninas” o “masculinas” dependiendo del género asignado al nacer (Ramos-Lira, 2014). Por lo tanto los conceptos de masculinidad y feminidad no tienen sentido en sí mismos, sino que deben ser pensados a partir del sistema sexo/género en el que están implicados mutuamente, donde la posición que una parte ocupa determina a la otra (Ramírez, 2005 como se citó en Schongut, 2012). A su vez, resulta pertinente situar el surgimiento de la distinción entre lo masculino y lo femenino, ya que permite comprender que estas nociones no son transhistóricas y transculturales sino que están determinadas por un sistema cultural específico. Connell identifica que se comienzan a pensar estos conceptos de forma diferenciada en un contexto europeo/americano luego del siglo XIX a partir de la separación realizada por la burguesía de las distintas esferas sociales (como se citó en Schongut, 2012), no obstante, ya en la Edad Media se pueden observar ciertos ideales, como la caballería o el duelo, que contribuyen a la construcción del estereotipo masculino moderno.

Para constituirse como varones, los sujetos del medioevo debían poseer ciertas características como el coraje, la osadía y el honor, cuestiones que siguen presentes en los modelos de masculinidad hegemónica actuales. A su vez, en este período, el cuerpo toma relevancia, constituyéndose en un lugar de representación de la masculinidad, al ser un símbolo de la virilidad, la fuerza y el valor (Aranda del Baño, 2019). Este lugar otorgado al cuerpo masculino persiste a lo largo del siglo XVIII. Con el nacimiento de la Ilustración la belleza masculina pasa a simbolizar el valor moral, la salud y la fortaleza mental. Se establece un modelo prototípico de lo que es ser un varón dejando por fuera de la toma de decisiones a aquellos que no respondieran a este mandato. Se define un ideal de masculinidad a la vez que se determinan aquellas características correspondientes a su antítesis. Los varones, debían moldear su cuerpo, su carácter y defender su honor para alcanzar dicho ideal, y si no lograban adquirir estas características normativas serían marginados por la sociedad (Aranda del Baño, 2019).

Estas características del ideal de masculinidad se ven reforzadas con el desarrollo de la Primera y Segunda Guerra Mundial en el siglo XX. La guerra está relacionada con

aspectos de la masculinidad que se establecen como superiores y distintos, ya que los varones pasan a ser inmutables ante la muerte y el destroz de vidas que suponía la batalla. A su vez, durante el conflicto, el cuerpo de la mujer ocupa un lugar simbólico donde a través de la violencia sexual los varones expresan su poder. Sobre esta forma de ejercer violencia, se distingue la dimensión individual de la colectiva, ya que a nivel individual el objetivo es aterrorizar a la víctima mediante el abuso mientras que a nivel colectivo, se busca humillar al enemigo. De esta forma los cuerpos femeninos son concebidos por los soldados como territorios donde transmitir mensajes de humillación, control y poder, al permitir mostrarle al enemigo que no ha podido proteger su propiedad (Aranda del Baño, 2019).

Sin embargo, resulta pertinente referir que las transformaciones sociales producidas por las guerras obligaron a que muchas mujeres tomaran espacios hasta ese entonces ocupados únicamente por los varones. Al incorporarse al mundo del trabajo, las mujeres evidenciaron que eran capaces de realizar los mismos trabajos que los varones con similar rendimiento. Por lo que, al finalizar el conflicto, si bien muchas retornan al ámbito de lo doméstico, también hay quienes mantienen sus trabajos, dando comienzo al proceso de la salida de la mujer del hogar para trabajar fuera de casa (Aranda del Baño, 2019). De esta manera, la segunda mitad del siglo XX estuvo caracterizada por las múltiples transformaciones del mundo posterior a las guerras mundiales, incluyendo el desarrollo de la Revolución Tecnológica, la caída de las grandes ideologías, el auge del capitalismo, las nuevas formas de producción industrial y la aparición de la anticoncepción femenina. Este contexto llevó a que a partir de la década de los setenta se diera una aceleración en los cambios sociales generando un ambiente propicio para que varones y mujeres se pensarán a sí mismos, dando lugar a la aparición de nuevos procesos de subjetivación (Schongut, 2012). Es en este momento que se afirma una crisis del sistema sexo/género que conlleva a una crisis de la masculinidad (Olavarría, 2017), la cual, a su vez, va a permitir dar comienzo a los estudios de masculinidades (Burin, 2000, como se citó en Schongut, 2012).

Olavarría (2017) hace referencia al surgimiento de la investigación de las masculinidades en la región identificando que quienes dan comienzo a la reflexión y teorización sobre las inequidades entre varones y mujeres son las feministas latinoamericanas. Estos desarrollos académicos que permitieron visibilizar la situación de las mujeres también abrieron el camino para que surjan interrogantes sobre los varones al exponer la situación de subordinación de las mujeres y de dominio de los varones en los distintos espacios sociales (Valdés y Gomariz 1995 como se citó en Olavarría, 2017). Sobre este aspecto, Badinter sostiene que el abordaje de las masculinidades responde a las propuestas de transformación social impulsadas por los estudios feministas y la perspectiva de género (como se citó en Schongut, 2012). Es así, que el propósito de los primeros

estudios sobre varones fue evidenciar el machismo y el marianismo en la región, desarrollando ciertos aspectos como la obsesión de los varones por el dominio y la virilidad, la posesividad de la mujer, la agresión y la jactancia de ésta con otros varones y las consecuencias negativas para las relaciones padre-hijo (Olavarría, 2017).

Recién a partir de la década de los ochenta es que la investigación sobre los varones se desarrolla de manera sistemática y acumulativa. La masculinidad se vuelve objeto de estudio y se la comienza a “deconstruir” y “desnaturalizar”. En la actualidad, hace aproximadamente dos décadas hay un auge en la investigación sobre cuestiones referidas específicamente a los varones como la masculinidad dominante, la crisis que les estaría afectando y los efectos que ésta tiene en áreas como la salud sexual y reproductiva, la paternidad, las familias, y la violencia doméstica, entre otros aspectos (Olavarría, 2017).

Es a partir de este nuevo interés académico que múltiples autores buscan definir la masculinidad. De Keijzer (2003) entiende la masculinidad como un “conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada” (p. 2). A su vez, se refiere específicamente al caso de México y América Latina al considerar que existe un modelo hegemónico de masculinidad visto como un esquema culturalmente construido, que percibe al varón como esencialmente dominante a la vez que coloca a la mujer y a aquellos varones que no se adapten al modelo en un lugar de subordinación y discriminación (De Keijzer, 2003).

Por su parte Guasch (p. 33) sostiene que la masculinidad es “una forma de complicidad entre varones en la que las mujeres y los homosexuales son los otros; a los que se asigna un estatus social inferior” (como se citó en Aranda del Baño, 2019). Mientras que Kimmel considera a la masculinidad como un conjunto de significados cambiantes construidos a través de las relaciones con uno mismo así como con los otros, y con el mundo. Para el autor, la virilidad es una construcción sociocultural por lo que no es estática ni atemporal sino histórica, así como tampoco es la manifestación de una esencia interior, sino que su significado varía en función de la época y las personas (como se citó en Aranda del Baño, 2019).

Ahora bien, estas formas de conceptualizar la masculinidad, si bien son distintas, también permiten observar ciertos aspectos en común que resulta fundamental mencionar. En primer lugar, se puede afirmar que tanto la masculinidad como la feminidad se construyen a partir de la interpretación social de diferencias a nivel genital. Por otro lado, la masculinidad se establece como un concepto cambiante, donde el momento histórico en el cual se piense va a ser determinante en la forma de concebirla. Y, por último, que la masculinidad se construye por oposición a los grupos minoritarios (Aranda del Baño, 2019). A su vez, como se mencionó anteriormente, masculinidad y feminidad son concepciones construidas de formas opuestas, donde la masculinidad se suele caracterizar por modos de

comportamientos asociados a la acción, la fortaleza, la soberanía, la independencia, el egoísmo y la imposición (instrumentalidad y agencia), en tanto la femineidad se relaciona a las emociones, el cuidado, la ternura, la pasividad y la sumisión (expresividad, afecto y comunión) (Diaz, Rivera y Wolfgang, 2012). Esta forma de socialización exige a los varones y mujeres cumplir con ciertos roles asignados, asociando habitualmente a los varones al rol productivo, lo cual los sitúa en una situación de ventaja en relación a las mujeres ya que les permite obtener bienes a cambio del trabajo determinado su poder (Castañeda, 2007).

Olavarría (2017) sostiene que hay una versión de masculinidad que se impone sobre otras y deviene hegemónica, configurándose como un “deber ser” incorporado en la subjetividad tanto de varones como de mujeres. Esta forma hegemónica de ser varón es determinante en la construcción identitaria de los varones y establece los márgenes en los que pueden habitar el mundo. El límite está representado por la mujer y lo femenino y no respetarlo implica exponerse al rechazo de los otros varones y de las mujeres. A su vez, la “hombría” está siendo constantemente evaluada, tanto por los mismos varones como por las mujeres. Mientras que los otros varones son quienes se constituyen en referentes a los que se deben igualar e identificarse así como quienes califican y juzgan su masculinidad, también las mujeres son garantes de la masculinidad al ratificar su orientación heterosexual así como su desempeño sexual o su calidad de proveedor (Olavarría, 2017). Un varón deviene en “hombre” en la medida en que desarrollan ciertos atributos y asumen “roles” específicos. Estos mandatos incluyen el ser superiores a las mujeres y niños/as así como ser importantes y autónomos, a la vez que deben ser racionales sin dejarse afectar por cuestiones afectivas o emocionales. También se les exige ser valientes y no demostrar miedo, hacer uso de la fuerza cuando sea necesario y ser heterosexuales activos. No obstante, los mandatos no siempre están claramente definidos y muchas veces pueden ir en contra de normas jurídicas y valoraciones morales, o incluso pueden ser contradictorios entre sí obligando a que los varones deban optar entre unos y otros dependiendo de las situaciones específicas. En definitiva, siguiendo el modelo de masculinidad hegemónica, las conductas adoptadas por los varones serán aceptadas en la medida en que mantengan y reproduzcan su condición de superioridad (Olavarría, 2017).

Schongut (2012) se detiene en el análisis de la noción de masculinidad hegemónica entendiendo que la aparición de este concepto genera nuevas formas de pensar la masculinidad por dos motivos, en primer lugar porque no concibe a la masculinidad como un modelo único sino que propone la existencia de diferentes formas de masculinidad. Y en segundo lugar, porque plantea que no todas las formas de masculinidad se encuentran en la misma posición de poder, ya que el concepto de masculinidad hegemónica se construye en oposición a masculinidades subordinadas. En relación a este último aspecto, Demetriou diferencia dos formas de la masculinidad hegemónica. Por un lado, se refiere a la

“hegemonía externa”, que alude a la dominación masculina sobre las mujeres, y por el otro, la “hegemonía interna” relacionada a una especie de ascendencia social de un grupo de varones sobre todos los otros varones (como se citó en Schongut, 2012). De esta manera, el modelo de masculinidad hegemónica no es sostenido únicamente por aquellos que llegan a ser el ideal de varón que se propone, ya que son pocos quienes lo logran, sino que muchos otros que no ocupan esa posición lo reproducen porque igualmente se benefician de la sumisión de masculinidades “inferiores” así como de la superioridad que se tiene frente a las mujeres, siempre y cuando se cumplan ciertas obligaciones como, por ejemplo, el ejercicio de la heterosexualidad (Schongut, 2012).

Connell y Demetriou explican que las masculinidades hegemónicas negocian de forma constante con aquellas masculinidades subordinadas, y se apropian de elementos de éstas, generando una multiplicidad de patrones de masculinidad. Es así, que esta heterogeneidad se constituye en la mejor estrategia para mantener los procesos de dominación a la vez que da lugar a una masculinidad “cómplice” que es una forma complementaria a la masculinidad hegemónica que, si bien no ejecuta ciertas prácticas vinculadas a la hegemonía, aspira y desea formar parte de ese modelo de masculinidad, estableciendo de esta manera a la masculinidad hegemónica en un ideal cultural (como se citó en Schongut, 2012).

Demetriou denomina pragmatismo dialéctico a este proceso mediante el cual la masculinidad hegemónica se camufla haciendo propias ciertas características provenientes de la no hegemonía (como se citó en Schongut, 2012). Lo más significativo del pragmatismo dialéctico es que permite que la masculinidad hegemónica esté en constante cambio generando formas de dominación prácticamente irreconocibles (Demetriou, 2001, como se citó en Schongut, 2012). De esta manera, se establece una forma de control indetectable, donde las partes subordinadas no cuestionan al orden social y conciben a las prácticas de dominación como un “liderazgo natural”. Sin embargo, esta forma simbólica de ejercer la violencia no es perfecta, y es en el momento en el que falla cuando aparecen lo que Bourdieu denomina formas de dominación explícitas (como se citó en Schongut, 2012), como es el caso de la violencia física. A partir de este análisis, es que se puede observar que el pragmatismo dialéctico, al desdibujar los límites entre las masculinidades hegemónicas y contrahegemónicas, impide que se identifiquen otras formas de subjetividad masculina, en tanto las invisibiliza a la vez que las margina. Esto obstruye la posibilidad de que formas alternativas de masculinidad se constituyan como grupos socialmente visibles lo que, a su vez, imposibilita la resistencia. Por este motivo, resulta fundamental poder identificar y definir estas otras formas de masculinidad ya que el hacerlas visibles hace posible la existencia de formas distintas y diversas de hacer y performar el género (Schongut, 2012).

En la actualidad, están surgiendo espacios de diálogo entre varones en relación a las masculinidades, pero para que estos encuentros puedan ser lugares de resistencia a los modelos hegemónicos de masculinidad, resulta necesario que estén atravesados por la conciencia de género, lo cual implica revisar las premisas sobre las cuales se ha construido su propia masculinidad, a la vez, que se debe tomar una postura crítica en relación a masculinidad convencional, así como reconocer que las limitaciones que supone este tipo de modelo los coloca a sí mismos en un rol de víctimas de la masculinidad hegemónica. Únicamente de esta forma, se da la posibilidad para los varones de repensarse y encontrar en sí mismos características que históricamente se han considerado femeninas, como lo son la receptividad, el afecto, la intuición, la ternura, el amor y la emoción, entre muchas otras. A su vez, este reconocimiento supone establecer como enemigo común la masculinidad hegemónica mientras se piensan acciones para modificarla (Boscán, 2008).

García (2013) se refiere a La Asociación Colectivo Hombres y Masculinidades, la cual se encuentra en la ciudad de Bogotá desde el año 2003, para conceptualizar una forma en la que un colectivo de varones se constituye como un espacio de resistencia al modelo hegemónico de la masculinidad. En el marco de esta asociación se concibe a las nuevas masculinidades como una categoría política que permite reivindicar la heterogeneidad de lo masculino a la que aluden Connell y Demetriou, a la vez que visibilizan formas contrahegemónicas de ser varón estableciendo de esta forma a las nuevas masculinidades como discurso de resistencia. Sin embargo, resulta pertinente señalar que, en muchos casos, el discurso de las nuevas masculinidades no significa una forma de resistencia a los modelos hegemónicos de masculinidad, sino que puede representar simplemente un conjunto de prácticas que realizan los varones contemporáneos, lo que permite incluir comportamientos de todo tipo, tanto renovadores como retrógrados, pudiendo caer fácilmente en un modo de reproducir la cultura patriarcal. A su vez, la perspectiva de las nuevas masculinidades puede estar enmarcada en discursos políticamente correctos que aluden a esta perspectiva como un paraguas que protege de las demandas de los movimientos sociales feministas, sin haber de base un cuestionamiento radical que permita replantear las relaciones de poder, lo que lleva a esta postura a constituirse en una forma de adecuación del modelo de masculinidad hegemónica (García, 2013).

La construcción real y contrahegemónica de nuevas masculinidades es posible en la medida en que esté atravesada por el abordaje reflexivo y transformador del poder. Reivindicar la equidad de género sin poner en cuestión la dominación, la complicidad y los privilegios del modelo hegemónico de masculinidad, significa una práctica sexista contemporánea, que expresa el reciclaje de la cultura patriarcal hegemónica. Teniendo en cuenta esto es que los modos de comportamiento, y no tanto los discursos, son los que le dan sentido político a las nuevas masculinidades, son las prácticas reales las que permiten

el replanteamiento de la masculinidad hegemónica patriarcal (García, 2013). En relación a este aspecto, García (2013) menciona prácticas que se dan en La Asociación Colectivo Hombres y Masculinidades, como las expresiones de afecto no convencionales, que permiten romper con la restricción normativa de control emocional. A su vez, teniendo en cuenta que la heterosexualidad es condición obligatoria en los esquemas de masculinidad hegemónica, el autor señala que la vivencia de prácticas hetero, homo y bisexuales en estos espacios, se constituye en una expresión política de resistencia que desestabiliza el modelo binario heteronormativo (Connell, 1997, como se citó en García, 2013). Es así que, a través de prácticas cotidianas se rompe con el “deber ser” impuesto por los modelos de masculinidad hegemónica, al que se refiere Olavarría (2017) y que se mencionó anteriormente en este apartado.

Entonces, en un contexto donde las formas de dominación se complejizan a través de la incorporación de métodos como el pragmatismo dialéctico, es que resulta fundamental el desarrollo de prácticas de resistencia que posibiliten la transformación de las estructuras sexo genéricas que tanto daño producen. Una alternativa posible a la hegemonía se encuentra en estos espacios de encuentro entre varones que les permiten reconocerse como sujetos de género y cuestionar los modos tradicionales de vivir la masculinidad.

Como se mencionó anteriormente, en el contexto del sistema patriarcal los varones deben tener éxito, doblegar a otros varones y subordinar a las mujeres para convertirse en “auténticos varones”. Esta lógica mediante la cual las relaciones masculinas se plantean en función de la subordinación y de sometimiento sigue vigente, sin embargo, se puede observar que en la actualidad los varones comienzan a reconocer que las cosas no tienen que seguir siendo de ese modo (Boscán, 2008). “Frente a las relaciones cruentas, desleales e inhumanas de los machos del pasado y del presente, se yergue la necesidad de establecer nuevas relaciones, nuevos encuentros y, sobre todo, nuevos ritos de iniciación masculina para los varones. (...) La competitividad y la rivalidad del pasado deben dejar lugar a la solidaridad, el cooperativismo y el amor” (p. 99, Boscán, 2008).

2.2. Efectos del modelo de masculinidad hegemónica en la salud de los varones

Cómo se desarrolló anteriormente, el género repercute notoriamente en la salud de varones y mujeres, no sólo en las distintas formas de manifestar el malestar sino también en las formas en que son interpretadas estas prácticas y conductas por parte del sistema sanitario. Al mismo tiempo, los modelos hegemónicos de masculinidad determinan la construcción de roles y estilos de vida específicos que los varones deberán incorporar y que afectan de forma particular su salud. Sobre este aspecto, Bonino (2001) identifica que no es

el sexo masculino el determinante de que los varones desarrollen ciertos problemas de salud en forma diferencial a las mujeres, sino que es la adherencia al modelo social de la masculinidad tradicional hegemónica (MMTH) que promueve un estilo de vida que se constituye en un factor de riesgo para su salud, en tanto en que favorece esos problemas, a la vez que establece un modo de abordarlos que facilita su agravamiento. Por lo tanto, si bien se pueden reconocer que ciertas características específicas asociadas con el concepto clásico de masculinidad, como el énfasis en el pensamiento lógico, la solución de problemas, la capacidad de arriesgarse, la expresión de la ira y la conducta asertiva, pueden ser saludables e incluso beneficiosas en momentos de crisis, a nivel general se observa que los aspectos tradicionales de la masculinidad repercuten de forma negativa en la salud, llegando incluso a determinar la menor longevidad y el desarrollo de algunos tipos de patología más frecuentes en los varones (Matud, 2008).

En relación a este aspecto, de Keijzer (1997) explica que los varones adoptan características nocivas, como lo son la agresividad, la competencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias en ámbitos como la relación con vehículos, adicciones, la violencia y la sexualidad, debido a que son socialmente valoradas y fomentadas, y aparecen como ventajosas dentro de las relaciones de poder. Sin embargo, el autor sostiene que aquellas ventajas que derivan de los modelos hegemónicos e históricos de socialización masculina, a través del tiempo se estereotipan hasta transformarse en un costo para la salud de los propios varones así como para los/as otros/as. De esta forma, este tipo de socialización establece presiones y límites que intervienen en la vida de los varones aunque esta problemática sea invisibilizada y negada por ellos mismos.

Entonces, teniendo en cuenta que el género se expresa y performa en todos los ámbitos de la vida, es que se conciben a las conductas relacionadas con la salud como una manifestación del género, lo que implica que el campo de la salud se constituya en un espacio donde los varones demuestran aquellas características referidas a la dominancia y hegemonía de los ideales masculinos (Matud, 2008). Ahora bien, en el marco de una cultura patriarcal el autocuidado, no sólo no está presente en los modelos de masculinidad hegemónica, sino que el cuidarse o cuidar de otros/as se presenta como una actividad vinculada a “lo femenino” (de Keijzer, 2003), lo que significa que, al disminuir sus necesidades de salud y arriesgarse físicamente, los varones se legitiman a sí mismos como el sexo fuerte, reforzando las creencias culturales de que son más poderosos y menos vulnerables que las mujeres (Matud, 2008). Sin embargo, como ya se mencionó, esta forma de demostrar la masculinidad implica llevar adelante conductas dañinas para sí mismos, como negar sus propias necesidades, no reconocer su debilidad o vulnerabilidad, tener que mantener el control físico y emocional, aparecer como fuerte y robusto, disimular la

necesidad de ayuda, estar siempre interesado en el sexo, y mostrar conducta agresiva y dominancia física (Matud, 2008).

En la actualidad, el MMHT impregna todos los espacios de la cultura occidental lo que hace muy difícil sustraerse de sus efectos (Bonino, 2001). Entonces, si bien los varones no responden de la misma forma a los patrones tradicionales de la masculinidad, como tampoco lo hacen las mujeres en relación a los mandatos de la feminidad, la rigidez que caracteriza al modelo de masculinidad implica mayores presiones para su adherencia, llevando a los varones a padecer altas tasas de estrés debido a la identificación con las normas del rol del género masculino lo cual, a su vez, puede repercutir en mayores índices de ansiedad, ira y conductas de salud perjudiciales (Matud, 2008). Por otro lado, el peligro que representa la incorporación de ciertas conductas promovidas por el MMHT se traduce claramente en el análisis de las cifras de mortalidad donde se visualiza que la esperanza de vida masculina ha aumentado menos que la de las mujeres (Bonino, 2001). A su vez, las tasas de mortalidad masculina llegan a ser de 5 a 20 veces más altas que las de las mujeres cuando se trata de causas relacionadas con accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados, así como también aparecen entre los varones, causas como el cáncer de pulmón, la cirrosis hepática y el sida (Gómez, 2002). Estos datos reflejan la medida en la que los modelos hegemónicos de masculinidad generan, a través de sus mandatos, el desarrollo de un estilo de vida que favorece la adopción de conductas de riesgo y el déficit de autocuidado con tal de demostrar su "hombria" (Bonino, 2001). Por lo tanto, si bien el estereotipo de masculinidad ideal puede variar en función de la cultura, la clase social o el entorno en general, siempre se caracteriza por constituir un factor de riesgo para la salud (Matud, 2008).

Sobre este aspecto, de Keijzer (1997) sostiene que el varón representa un factor de riesgo para mujeres, niños y niñas, para otros varones y para sí mismos. En primer lugar, al observar la problemática de la violencia doméstica el autor identifica que en la amplia mayoría de los casos, los agresores son varones. Al analizar este fenómeno, Goldner identifica que al percibir que su masculinidad está siendo cuestionada los varones hacen uso de la violencia como un mecanismo que permite "restablecer" las relaciones de género (poder) "normales" (como se citó en de Keijzer, 1997). A su vez, la forma en la que los varones han sido socializados también implica repercusiones nocivas para las mujeres en el campo de la sexualidad, ya que este ámbito se constituye en un espacio de ejercicio del poder y de afirmación de la masculinidad, llevando a situaciones de abuso, hostigamiento sexual y violación como forma de reivindicar su "hombria". De esta forma, surge la violencia física y sexual como la expresión más explícita de la dominación masculina (Schongut, 2012). Por último, de Keijzer (1997) identifica que el embarazo y la paternidad constituyen otra área en la cual el varón significa un factor de riesgo para mujeres, niños y niñas. En

relación a la anticoncepción, hay una falta de participación masculina que implica para muchas mujeres el desarrollo de embarazos no deseados, el uso de métodos anticonceptivos “más ocultables” como la inyección anticonceptiva, pero con efectos secundarios importantes, así como el contagio de infecciones de transmisión sexual por rehusarse al uso de medios preventivos. Mientras que en el ejercicio de la paternidad el rol que desempeñan los varones también es muchas veces limitado, delegando a la mujer el cuidado de los/as hijos/as sin una toma de responsabilidad ni en términos económicos ni en términos afectivos.

Por otro lado, la masculinidad hegemónica afecta profundamente las relaciones entre varones ya que es en el desarrollo de estos vínculos que los varones interiorizan los patrones socialmente aceptados de lo masculino, como lo son la heterosexualidad, la competitividad, la confrontación, el riesgo y la violencia como recurso válido para resolver conflictos (Bonino, 2001). De esta forma, en los distintos ámbitos de socialización, como la familia, el trabajo y en la escuela las relaciones de poder entre varones transcurren entre la burla, la presión y la violencia (de Keijzer, 1997). Esta dinámica vincular repercute en las altas tasa de homicidios, heridas y muertes por peleas y deportes, los trastornos derivados de las violencias juveniles, las guerras y todas las formas de violencia entre varones, así como la morbimortalidad derivada de la competencia temeraria y de la de la homofobia y los ataques a los varones definidos como “menos hombres” (tímidos, torpes o supuestos cobardes) (Bonino, 2001).

Por último, de Keijzer (1997) menciona algunas de las consecuencias que tiene el modelo de masculinidad hegemónica en la propia salud de los varones. El autor se refiere a las adicciones, específicamente en el caso del alcohol, ya que interviene en las muertes violentas así como en las muertes por cirrosis hepática. Por otro lado, en relación al suicidio, si bien hay más mujeres que lo intentan, son más los suicidios consumados por varones, lo que puede tener una estrecha relación con la dificultad masculina de enfrentar situaciones de derrota, de dolor, tristeza y soledad y, agregado a ello, la incapacidad de pedir ayuda, petición que supone debilidad y una situación de menor poder.

Por su parte, Bonino (2001) sostiene que la forma de subjetivación promovida por el MMHT dificulta el acceso a los servicios de salud por parte de los varones al generar: una dificultad para percibir signos de alarma corporal, y cuando lo hacen, minimizarlos; no admitir que algo del orden del malestar lo aqueja; postergar el afrontamiento del malestar; gestionar el miedo y la ansiedad que genera la enfermedad o malestar por vías indirectas como el enojo, la culpabilización a otros o el ensimismamiento; retardar la consulta, vivida como fracaso de la autosuficiencia y en ella no dar información sobre sí mismo o sobre cuestiones emocionales, ya que esto es vivido como prueba de fragilidad y modo de dejar expuesta su vulnerabilidad; no aceptar el rol de enfermo, que para ellos supone pasividad

anti masculina o feminización, y por tanto una amenaza a su identidad; ser reticente a las maniobras e indicaciones médicas por ser actividades que sienten que los pasivizan; abandonar precoz y frecuentemente los tratamientos para recobrar cuanto antes la independencia; tener con los varones profesionales un estilo confrontativo o de sometimiento, y con las mujeres un estilo desautorizante, dificultando el buen desarrollo de la consulta; interactuar con el sistema sanitario de forma muy episódica y cuando el problema está muy avanzado. Al mismo tiempo, es frecuente que los profesionales de la salud favorezcan este tipo de comportamientos al asumir estos modos de afrontamiento, y naturalizar que los varones no se acerquen a las consultas o que minimicen sus comportamientos dañinos. De esta forma, son las propias instituciones de salud las que no consideran las necesidades específicas de los varones al no concebirlos como objeto de atención, lo que favorece el descuido de la salud a la vez que, al naturalizar la ausencia masculina, los profesionales se comunican con las mujeres perpetuando la sobrecarga que supone el rol de “cuidadoras” (Bonino, 2001). Es por esto, que resulta fundamental que desde la Psicología, como disciplina de la salud, se planteen estrategias de abordaje vinculadas a las problemáticas específicas que presentan los varones como producto del modelo de masculinidad hegemónica.

Al abordar las masculinidades desde el área específica de la salud mental es importante tener en cuenta que el bienestar psicológico está determinado por el equilibrio entre deseos y las exigencias de la sociedad, la experiencia bienestar interno y el desarrollo de relaciones interpersonales adecuadas (Rangel, 2001). De esta forma, los modelos hegemónicos de masculinidad pueden producir malestar psicológico en los varones en al menos dos aspectos, por un lado, las formas vinculares promovidas por estos modelos son en muchos casos nocivas para sí mismos y los/as demás, y por otro lado, cuando no se logra cumplir con los mandatos impuestos surge un fracaso en relación a las expectativas sociales de ser “hombre”. La construcción de la masculinidad afecta la dimensión de la salud mental en la medida en la que establece presiones y límites en las manifestaciones de la emotividad relativas al miedo, la tristeza y la ternura. De esta forma, las adicciones y las violencias con su consecuente impacto negativo en la reproducción, la sexualidad y las relaciones y economía familiar, tienen como trasfondo la ausencia de inteligencia emocional (De Keijzer, 2003).

En suma, a nivel social se exige que los varones cumplan con una serie de características, que pueden variar en función de la cultura y la época, pero que, en definitiva, el no lograr satisfacer con éxito estas demandas genera en los varones el empobrecimiento de la imagen de sí mismos y la frustración, lo cual les puede hacer sentir sin opciones, con sensación de vacío, pero al mismo tiempo retados a seguir adelante

evitando las sensaciones que la misma cultura impidió que aprendieran a reconocer y a vivir de forma más positiva (Lodoño y González, 2016).

Capítulo 3: Suicidio

3.1. Recorrido histórico del suicidio

Una de las primeras aproximaciones teóricas al fenómeno del suicidio se da en la cultura griega clásica a partir de los desarrollos de Platón y Aristóteles, los cuales marcan una línea de pensamiento en la época, al rechazar y condenar el suicidio. No obstante, si bien Platón consideraba al suicidio como una ofensa grave contra la sociedad, lo aceptaba en el caso de las personas que lo hacían debido a la vivencia de acontecimientos muy graves, mientras que Aristóteles condenaba de forma determinante a las personas que se suicidaban y sostenía que se trataba de sujetos muy cobardes que no sabían afrontar las dificultades y las tesituras de la vida (Corpas, 2011). De esta forma, en la antigua Grecia, el suicidio era considerado un delito contra el Estado que se castigaba a través de la mutilación del cadáver, los entierros aislados e incluso la deshonra familiar del suicida (Amador, 2015). Sin embargo, ciertas escuelas filosóficas, como los estoicos, epicúreos y cínicos, y algunos pensadores como Sócrates o Sófocles planteaban al suicidio como un problema de libertad humana, al sostener que es parte de la libertad de las personas poder acabar voluntariamente con sus vidas (Corpas, 2011).

Durante el Imperio Romano persisten estas líneas de pensamiento con algunas variaciones. En términos generales, se continuaba condenando al suicidio por lo que se penalizaba a través de la negación de la sepultura, destrucción del testamento y confiscación de los bienes de aquellas personas que se suicidaron sin un motivo justificado (López-García 1993, como se citó en Corpas, 2011). No obstante, en esta época el suicidio era abalado cuando respondía a formas de heroísmo, amor, abnegación o la defensa del honor (Amador, 2015), llegando a ser considerado un acto heroico, incluso el filósofo Séneca entendía que se trataba del acto último de una persona libre (Corpas, 2011). A su vez, el acto suicida era aceptado en el caso de responder a un trastorno mental, de hecho, la frase “Non Compos Mentis” que significa “sin control de su mente” se utilizaba en el caso de aquellos actos suicidas relacionados con enfermedades, representando la primera interpretación legal de una conducta derivada de un estado mental alterado (Amador, 2015).

Al llegar la Edad Media, y junto con ella cristianismo, el suicidio pasa a ser considerado un pecado. En un principio, la tradición cristiana consideraba al suicidio un acto digno (Corpas, 2011) e incluso muchos cristianos llevaban adelante el “martirio voluntario” con el fin de obtener la gracia divina, sin embargo, esto significaba la pérdida de seguidores

por parte de la iglesia (Amador, 2015), lo que lleva a San Agustín a rechazar el acto suicida considerándolo un pecado equivalente al homicidio (McDonald, 2005, como se citó en Mansilla, 2015). Posteriormente Santo Tomás de Aquino retoma esta postura y sostiene que el hombre no puede disponer libremente de sí mismo, ya que no pertenece a él, sino a Dios (Corpas, 2011). Así, el suicidio queda prohibido y se lo considera un atentado contra Dios (Amador, 2015), penalizándose en las legislaciones medievales a través de la confiscación de todas las propiedades del suicida, la negación de la aplicación de los rituales ordinarios de la Iglesia tras su muerte y las humillaciones de diversos tipos hacia el cadáver (Corpas, 2011). No obstante, cabe mencionar que en la última parte de la edad media disminuye el rechazo al suicidio, se flexibilizan las leyes penales que lo castigan y se da una cierta aceptación en los suicidios cometidos por ciertos colectivos como los niños o aquellos que padecieran una enfermedad mental (McDonald 2005 como se citó en Corpas, 2011).

Durante la época del Renacimiento persiste esta reducción de la condena social hacia el suicidio que se basa en la incorporación de nuevas ideas provenientes del impulso racionalista de la Ilustración francesa. Es así que se genera una mayor tolerancia hacia el acto suicida, lo que se refleja en la flexibilización de las penalizaciones legales (Corpas, 2011).

Con el desarrollo de la revolución francesa en el siglo XVIII, las legislaciones respecto al suicidio continúan suavizándose, dejando de ser penalizado como un hecho criminal. En este período se destacan las ideas de Voltaire, Montesquieu y Hume, quienes sostienen que es parte de la libertad humana y del derecho del hombre el poder acabar con su vida con libertad (Corpas, 2011). En esta misma línea de pensamiento, en el contexto del Romanticismo, se entiende al suicidio como un acto libre y como expresión de desesperanza, considerándose las motivaciones psicológicas por encima de la ética. Sin embargo, el suicidio no deja de estar prohibido para la Iglesia por lo que se lo sigue asociando al pecado mortal (Mansilla, 2015).

En la época contemporánea, el suicidio se va despenalizando por toda Europa a la vez que entra en conflicto con diversas instituciones. Esto da inicio al desarrollo de estudios estadísticos y revisiones de las implicancias de esta conducta. Es así que se comienza a abordar al suicidio desde paradigmas médicos psiquiátricos, considerándolo una enfermedad de índole mental. Sin embargo, también en este período, autores como Shneidman, se oponen a la asociación directa del suicidio y la depresión (Amador, 2015). Las primeras investigaciones sobre el suicidio desde paradigmas psicosociales y médicos, se dan en el siglo XIX, siendo Durkheim en 1897 quien establece, por primera vez, el carácter científico social del suicidio (Corpas, 2011), entendiendo al acto suicida como un fenómeno sociológico que resulta de una falta de integración del individuo en la sociedad, más que un acto individualista (Mansilla, 2015). En este período se comienzan a analizar las

causas sociales, psicológicas y biológicas de las conductas suicidas, al mismo tiempo que se da un auge en la psiquiatría y las ciencias sociales. A su vez, en el siglo XX se da un aumento en los índices de suicidio a nivel mundial, lo que lleva a distintas disciplinas como el psicoanálisis, la sociología, el existencialismo y la biología a estudiar el fenómeno (Corpas, 2011).

Resulta pertinente referir a la historia del suicidio en las culturas del Oriente ya que por mucho tiempo se lo considero como una práctica reguladora de la vida social, en la medida en que ciertos actos suicidas eran entendidos como una forma de sanción autoinfligida por haber desafiado el orden social (Corpas, 2011). Este es el caso de la sociedad japonesa, donde el suicidio se relaciona con el respeto a la tradición, llevándose adelante al haber faltado a un papel determinado por su sociedad. A su vez, en ciertas partes de la India era una costumbre que las mujeres al morir su esposos se sacrificaran en su pira funeraria (Mansilla, 2015). Asimismo, en China se dió por primera vez el suicidio como un acto colectivo, llevándose a cabo cada 5 años debido a que se lo consideraba una forma de eliminar los males del mundo (Corpas, 2011).

En la actualidad, se concibe al suicidio como un fenómeno complejo y pluricausal, con una determinación bio-psico-socio-cultural, lo que significa que su abordaje no se debe limitar al ámbito de la salud, por lo que se lo ha intentado explicar desde diferentes postulados teóricos, como la biología, la genética, la psicología y la sociología (Mansilla, 2015).

Con respecto a la perspectiva psicológica, Shneidman, considerado el padre de la suicidología, define el suicidio como “el acto consciente de aniquilación autoinducida, mejor entendido como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define un asunto para el cual el acto es percibido como la mejor solución” (como se citó en Canetti, 2017). El autor se refiere al término “psychache” para aludir al dolor psicológico insoportable que es resultado de necesidades psicológicas frustradas o distorsionadas y que deriva en el suicidio (Canetti, 2017). De esta forma, el suicidio es una expresión de una falla de la adaptación del sujeto a su medio ambiente, ya que resulta de un estado de tensión emocional insoportable que se genera a partir de situaciones conflictivas. Habitualmente las personas que intentan autoeliminarse están tratando de alejarse de una situación de la vida que les parece imposible de manejar (Nizama Valladolid, 2011).

Se pueden observar ciertas características que frecuentemente están presentes en aquellas personas con conductas suicidas, como la ambivalencia, la impulsividad y la rigidez. Es pertinente mencionar ésto ya que permite la intervención por parte de los profesionales de la salud, en la medida en que, la ambivalencia puede ser trabajada para aumentar el deseo de vivir, así como si se proporciona apoyo al momento del impulso, la crisis puede disolverse, a la vez, que si se exploran posibles alternativas con el paciente en

riesgo suicida, permitiendo identificar que existen otras opciones, se puede flexibilizar la rigidez de pensamiento que lo/la caracteriza (Nizama Valladolid, 2011).

Por su parte, Freud establece que lo más importante en la psicodinamia del suicidio es la agresión y hostilidad hacia sí mismo al no poder ser exteriorizada. El autor considera los impulsos hacía el suicidio como impulsos homicidas, lo que significa que anteriormente estaban dirigidos hacía otras personas y hacía el objeto amado previamente introyectado. De esta forma, en el suicidio la agresividad que se siente hacia el entorno se dirige hacía sí mismo (Mansilla, 2015).

En definitiva, desde la Psicología se ha contribuido profundamente en el análisis del suicidio, logrado describir ciertos rasgos caracteriales que se pueden presentar en aquellas personas con riesgo suicida como la tendencia al aislamiento social, la presencia de una baja autoestima, baja autoeficacia, pobre autoconcepto, sentimientos de abandono y desesperanza, visión negativa de sí mismo y su entorno, niveles elevados de impulsividad (Mansilla, 2015). A partir del reconocimiento de estos aspectos es que ciertos autores sostienen que el suicidio se podría definir como una entidad nosológica independiente, caracterizada por la presencia de anhedonia, rumiación de ideas, ansiedad intensa, y sobre todo, desesperanza (Gracia Marco y otros, 2001 como se citó en Mansilla, 2015). Sin embargo, si bien la Psiquiatría se ha dedicado al estudio y atención fundamentalmente de los aspectos psicopatológicos del fenómeno y sus sustratos neurobiológicos, algunos autores cuestionan que el DSM no codifica el comportamiento suicida, percibiendo a la conducta suicida como una complicación médica en lugar de concebirla como un trastorno en sí mismo, lo que atenta contra las políticas de prevención. Es así, que desde esta disciplina se analiza la conducta suicida como síntoma de una enfermedad o trastorno mental vinculado con los problemas de la vida cotidiana (Canetti, 2017).

Por último, es importante mencionar que en la actualidad, el suicidio se encuentra entre las 20 principales causas de muerte a nivel mundial, estimándose que cerca de un millón de personas muere anualmente por este motivo. En América, es la tercera causa principal de muerte entre las personas de 20 a 24 años mientras que entre las personas de 10 a 19 años y de 25 a 44 años es la cuarta causa de muerte (Canetti, 2017). Específicamente en América del Sur se identifica una tasa total de 5,2 por 100.000 habitantes, pero al separar las cifras por género se observa que entre varones hay una tasa de 8,2 mientras que en el caso de las mujeres es de 2,1 (Hein y González, 2017).

3.2. Suicidio en Uruguay

Resulta importante detenerse brevemente en el análisis del suicidio en Uruguay ya que desde hace décadas que este fenómeno se comporta como uno de los flagelos más

importantes en materia sanitaria para el país, impactando a niveles económicos, sociales y culturales. Sin embargo, lejos de afrontar dicha situación, se observa una suerte de parálisis en relación al desarrollo de políticas vinculadas al suicidio (Hein y González, 2017). Como ya se mencionó, Durkheim plantea que las altas tasas de suicidio están directamente relacionadas a la integración social, lo que consituye al suicidio en un síntoma de falta de expectativas, de desprotección y de dificultad para imaginar futuros. Siguiendo lo desarrollado por este autor, se podría decir que el tipo de suicidio que se da en el país es el que Durkheim denomina *anómico*, ya que los aumentos o caídas excepcionales que se observan en las tasas, han sido en función de las crisis económicas y políticas (González, 2012). De esta forma, la invisibilización del fenómeno a nivel nacional puede responder a la necesidad de negar los procesos sociales de anomia que exponen los suicidios ya que su abordaje implicaría un cuestionamiento de los modelos de desarrollo, social y económico (González, 2012).

Desde la recomposición de la democracia en el año 1985 hasta la actualidad, la tasa de suicidios en Uruguay se presenta como un fenómeno estructural que ha aumentado de forma sistemática (González, 2012). González (2017) realiza un análisis histórico del suicidio en Uruguay en el que relaciona las variaciones en las tasas de suicidio desde comienzos del siglo XX hasta el año 2014 con el contexto social, económico y político del país. El autor diferencia tres etapas, donde la primera comprende los años entre 1900 y 1934, la segunda va desde 1935 hasta 1988 y la última etapa corresponde al período de 1989 hasta 2014.

El primer período comienza con el impulso reformista en el marco de las administraciones de José Batlle y Ordóñez. En el año 1916 este impulso batllista se detiene hasta el año 1929, dónde la situación económica, social y política es preocupante. Este contexto repercute en las tasas de suicidio, las cuales comienzan a ascender llegando a pico máximo en los años 1934 y 1935 (González, 2012).

Durante la segunda etapa la tasa de suicidios llega a un piso de 8,8 cada 100.000 habitantes (González, 2017), siendo en 1950 donde se identifica la tasa más baja del período. Esta caída se vincula a un contexto favorable, caracterizado por el triunfo de la selección nacional en Maracaná y la conmemoración de los cien años de la muerte de José Artigas. A su vez, en este momento el país atravesaba los inicios del modelo neo-batllista liderado por Luis Batlle Berres, que en 1955 comienza a mostrar signos crecientes de deterioro (González, 2012).

Posteriormente se obsevan descensos en las tasas de suicidio cuando la cuyuntura social se caracteriza por un auge en las movilizaciones estudiantiles o sindicales. A su vez, durante el periodo dictatorial, que abarca los años entre 1973 y 1985, la tasa media disminuyó debido a que el contexto reforzó el papel del núcleo familiar como protector e

integrador, especialmente en los jóvenes, a la vez que se da un fuerte movimiento migratorio de uruguayos que también podría ser influyente (González, 2012).

Luego del retorno a la democracia en 1985 la tasa de suicidios desciende levemente hasta 1987 donde comienza a aumentar de forma sostenida. Este movimiento se observa claramente en el grupo de personas que tenían entre 15 y 24 años, los cuales se caracterizaban por una fuerte participación en las movilizaciones sociales. Es así que durante el período de retorno a la democracia la movilización estaba en plena ebullición creando fuertes expectativas, sin embargo, a partir de 1987, éstas expectativas se desvanecen, surge un sentimiento de desprotección y la dificultad para imaginar futuros, lo que genera un crecimiento constante de la tasa de suicidios (González, 2012).

De esta forma, el tercer y último período se caracteriza por una tasa de suicidios que crece de forma sostenida hasta llegar al pico histórico más alto en 2002 con un valor de 20,9 cada 100.000 habitantes. Las características sociales de este último período son la precariedad, inestabilidad y vulnerabilidad. A su vez, al igual que en período anterior, el grupo que presentó el crecimiento más importante fue el de las personas que tenían entre 15 y 24 años, aumentando un 160%. Así, las tasas de suicidios indican la medida en la que los sectores más jóvenes de la sociedad son los que se enfrentan a una mayor desprotección, desesperanza e imposibilidad de imaginar futuros (González, 2012).

Sobre este aspecto, González (2012) se va a referir a los aportes de Fraiman y Rossal, quienes plantean que es el varón joven perteneciente a sectores socioeconómicos pobres quien se constituye el sujeto más vulnerable de la sociedad debido a que está condenado a proveer en un contexto donde el trabajo precario no puede resolver esa necesidad. Es así, que al observar las tasas de suicidios en el país, se identifica que, en el caso de los varones, las tasas más altas se asocian a los sectores pobres, a la vez que la relación es de 4 suicidios de jóvenes pobres por cada 1 suicidio de un joven perteneciente a estratos socioeconómicos altos mientras que esta relación en el caso de los varones mayores es de 2 a 1 (González, 2012).

A su vez, teniendo en cuenta que el consumo de sustancias psicoactivas es un factor de riesgo que predispone el desarrollo de conductas suicidas (González, 2017), resulta pertinente mencionar, que la crisis sufrida durante el período de 2002-2004 implicó el ingreso al país de la pasta base, una droga altamente adictiva y muy barata que afectó específicamente a los jóvenes e incidió en el fenómeno del suicidio. Al analizar los suicidios consumados en 2007, en Montevideo, se observa que, en el grupo de jóvenes menores de 35 años, 9 de cada 10 presentan consumo problemático de drogas y prácticamente 6 de cada 10 se encontraban en situaciones de precariedad (González, 2012). Teniendo en cuenta esto, es que se podría pensar que es en la población joven donde el suicidio se constituye en una “salida” posible debido a un contexto que se caracteriza por la

precarización, la penuria de capacidades, la marginalidad económica, cultural y social, uso problemático de sustancias y escasas salidas laborales (Hein y González, 2017).

Por otro lado, es importante mencionar que al revisar el fenómeno del suicidio a lo largo de la historia, se observa que se ha comportado de formas diferentes en función del género. En Uruguay, al comenzar el siglo XX había 1,4 suicidios consumados por varones por cada suicidio de una mujer, pasada la mitad del siglo, esta relación varía siendo 3,3 varones por cada mujer y a finales del siglo, la relación de varones sobre mujeres está en el entorno de 4 varones por cada mujer. La tasa de suicidios en el caso de las mujeres presenta valores similares a los de comienzos del siglo XX, mientras que las tasas masculinas y las tasas totales muestran un crecimiento importante al final del período, lo que significa que el crecimiento de la tasa general de suicidios en el Uruguay responde al crecimiento importante de la tasa masculina (González, 2017).

Antes de finalizar, es relevante referir a los desarrollos de Canetti (2017) ya que menciona diversos estudios nacionales que permiten identificar ciertas características de las personas que se suicidan, lo que facilita el análisis de los factores de riesgo para este tipo de conductas. Por un lado, se identifica que el método más usado es el disparo por arma de fuego, lo que difiere en el caso de los IAE, donde el método más empleado es la ingesta de fármacos, seguido por envenenamiento. A su vez, en Montevideo se destacan las mayores tasas en el nivel de instrucción terciaria, lo que podría responder la frustración de no poder desarrollarse de acuerdo a las expectativas personales (Vignolo, 2009, como se citó en Canetti, 2017) a la vez que se relaciona con el hecho de que es el cambio de posición socioeconómica la que contribuye a elevar las tasas y no el nivel socioeconómico en sí mismo. Por su parte, Lucero (2003) analiza el suicidio en Montevideo en el período entre 2000-2001 a través de la realización de autopsias psicológicas a personas que se suicidaron, logrando identificar resultados relevantes como que en un 67% de los casos presentó un trastorno psiquiátrico, especialmente depresión y alcoholismo, a la vez que un 50% tenía antecedentes personales de IAE. A su vez, se asociaron también enfermedades crónicas y antecedentes familiares psiquiátricos, así como un alto porcentaje de comunicación de la intención suicida a familiares. Por otro lado, se confirma que el suicidio es más frecuente en varones, con un aumento del riesgo en el grupo de 20 a 30 años, un leve descenso posterior y un nuevo aumento a partir de los 45-50 años (como se citó en Canetti, 2017).

En última instancia, cabe mencionar que históricamente el suicidio se ha constituido como un tema privado y oculto, lo que facilitó evitar el problema y concebirlo como una circunstancia de responsabilidad individual, generando que su abordaje quedara relegado al ámbito de la psiquiatría. Sin embargo, como se mencionó anteriormente en el apartado de Psicología y Salud, la forma de concebir la salud se ha transformado permitiendo

comprender su complejidad, lo que permitió que el suicidio comience a pensarse como un fenómeno social que no se limita al ámbito sanitario y psiquiátrico, sino que involucran al conjunto de la sociedad (Canetti, 2017).

Ya en el siglo XIX Durkheim reconocía el peso social en el fenómeno del suicidio al sostener que el aumento de la tasa de suicidios derivaba de conflictos y crisis políticas y económicas. Por su parte, Robertt toma los aportes de Durkheim al analizar el suicidio en Uruguay y observar que la anomia estaría asociada a la no-división del trabajo, a la no-participación en la economía, en la cultura y en las decisiones. Es así, que las tasas de suicidio son un reflejo de la violencia estructural que han sufrido los sujetos en el país (González, 2012). Teniendo en cuenta esto, es que el Estado ha debido asumir una responsabilidad y compromiso en la atención de la problemática que en la actualidad se refleja en el hecho de que se encuentre dentro de las prioridades sanitarias nacionales (Canetti, 2017).

Capítulo 4: Masculinización del suicidio

A lo largo de la presente monografía se ha podido observar cómo el género incide en el desarrollo vital de las personas determinando de forma concreta su salud. Al analizar el fenómeno del suicidio, se identifica que se trata de un hecho social que tampoco escapa de esta determinación, afectando de formas diferenciales a varones y mujeres. Es así, que mientras que los varones cometen suicidio 3 a 4 veces más que las mujeres, éstas lo intentan 3 veces más que los varones (Simon, 2008 como se citó en Rosado, García, Alfeo y Rodríguez, 2014). Teniendo en cuenta esto, se puede afirmar que se da una masculinización del suicidio, lo que significa que los sujetos que consuman un suicidio son, en su mayoría, varones.

Entendiendo que las formas hegemónicas de socialización masculina atentán, en muchos casos, contra el propio bienestar de los varones, resulta fundamental detenerse en el análisis de la relación entre las obligaciones impuestas por la masculinidad y las elevadas tasas de suicidio. Como ya se desarrolló anteriormente, a partir del modelo de masculinidad hegemónica se configura una imagen del varón basada en la fuerza, la competitividad, el control emocional, la racionalidad y la valentía (Rosado et al, 2014) que determina la construcción identitaria de los varones afectando de forma negativa su salud mental.

Teniendo en cuenta esto, se podría pensar al modelo de masculinidad hegemónica como un factor de riesgo para el suicidio, ya que al observar las características específicas de este fenómeno en el género masculino se identifican ciertos aspectos que están directamente relacionados con las exigencias establecidas por este modelo. En primer lugar, este modelo exige a los varones cumplir con el rol de proveedores económicos, por lo

que la inestabilidad en los ingresos se constituye como una fuente de malestar y sufrimiento que puede llegar a amenazar la identidad masculina (Barroso, 2019) e incidir en sus altas tasas de suicidio. Por otro lado, las mismas características de la masculinidad que llevan a la negación de la debilidad, producen que el malestar se exprese de formas camufladas, por lo que el segundo factor de riesgo está vinculado a las formas de depresión enmascarada y a las dificultades de pedir ayuda, que imposibilitan la elaboración del sufrimiento incidiendo en la masculinización del suicidio. En tercer lugar, debido a que el modelo de masculinidad hegemónica avala el ejercicio de la violencia por parte de los varones los métodos utilizados para consumar un suicidio, suelen ser más violentos y por ende más efectivos en el caso de los varones. Por último, es importante mencionar que en ciertas franjas etarias las tasas de suicidio aumentan de forma significativa por lo que resulta necesario realizar un análisis específico para esta población.

4.1. Rol de proveedor

El modelo de masculinidad hegemónica exige a los varones proveer de los recursos necesarios para la vida de sí mismos y de los demás, a su vez, esta función está directamente relacionada con el estatus que ocupa cada varón en la sociedad, lo que lleva a que el trabajo remunerado se constituya en una parte fundamental de la identidad masculina. Es así que el incumplimiento de este rol puede llevar al desarrollo de una depresión o a determinadas adicciones como el consumo de drogas o alcohol (Rosado et al, 2014). Sobre este aspecto, Rosado et al (2014) se refieren a los desarrollos de Tondo (2014) quien identifica que el suicidio femenino se vincula históricamente con las emociones, mientras que el suicidio masculino está relacionado con las dificultades económicas. Esta distinción deriva de la socialización de género mediante la cual se establece la asociación de lo femenino con la emotividad y lo masculino con la provisión. De esta forma, el riesgo de suicidio aumenta en parados, jubilados o trabajadores con situación inestable ya que la pérdida de empleo o el desempleo se asume como un fracaso individual que conlleva en los varones el desarrollo de problemas de identidad, sensación de pérdida de control, desamparo y depresión (Mansilla, 2015).

Esta relación entre las situaciones económicas adversas y el suicidio masculino se evidencia en el informe de 2014 sobre la Salud en Europa, que constata que a partir de las crisis económicas aumentó especialmente el número de suicidios realizados por varones en varios países de la UE (Rosado et al, 2014). Esta correspondencia también se pudo observar en el apartado anterior cuando se desarrolló las características del suicidio en Uruguay. Por otro lado, el hecho de que los varones se encuentren en una posición social de privilegio impide el desarrollo de una red asistencial específica para el colectivo

masculino lo que genera una situación de desprotección. A su vez, ésto se acompaña de la dificultad propia de los varones de expresar su malestar, debido a que el sentimiento de incapacidad de cumplir con el rol tradicional del varón proveedor y protector genera en ellos un sentimiento de vergüenza que les impide pedir ayuda (Rosado et al, 2014).

4.2. Depresión enmascarada

Si bien la presencia de patologías mentales no lleva necesariamente al acto suicida, frecuentemente, el suicidio se asocia a distintos trastornos psiquiátricos como la depresión mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia, el alcoholismo, el abuso de sustancias, la ansiedad, la anorexia nerviosa y los trastornos de la personalidad (Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, 2006). Los trastornos depresivos están presentes aproximadamente entre el 65-90% de los suicidios (Mansilla, 2015) lo que constituye a la depresión como un predictor del suicidio (Gutiérrez-García et al, 2006). Este tipo de trastorno se caracteriza por una clara sensación de desesperanza que predispone al sujeto a causarse daño a sí mismo con el objetivo de encontrar alivio al aniquilarse o escapar (Gutiérrez-García et al, 2006).

Sin embargo, si bien la depresión se diagnostica más en mujeres el suicidio es más frecuente en varones (Mansilla, 2015). Ésta contradicción se debe a que, al ser concebida como un síntoma de debilidad, la depresión va en contra del mandato de fortaleza exigido por los modelos de masculinidad hegemónica, lo que lleva a los varones a sufrir la depresión en silencio resultando invisible para el resto de la población. De esta forma, se dificulta el reconocimiento de la patología, impidiendo la asistencia a los servicios de salud para el tratamiento correspondiente (Rosado et al, 2014). Sobre este aspecto, Lodoño y González (2016) identifican que las mujeres deprimidas hacen más uso de los servicios sanitarios que los varones deprimidos, lo que se evidencia en reportes de depresión que provienen en su mayoría de mujeres que acuden a centros asistenciales en busca de ayuda profesional.

Por su parte, Bonino (2000) explica que lo masculino se asocia con el paradigma de normalidad, salud, madurez y autonomía mientras que lo femenino ocupa el lugar simbólico de la patología y la locura. Por lo tanto, la psicopatología del género masculino es invisibilizada ya que la salud mental de los varones no constituye un problema. De esta forma, lo masculino no aparece como objeto de estudio, impidiendo el desarrollo de tratamientos específicos para ésta población. Si bien la normativa de género determina la forma en la que se construye la subjetividad masculina, afectando los modos de atravesar el malestar y la depresión, los criterios diagnósticos actuales para el cuadro clínico de la depresión del DSM IV no consideran la incidencia del género en ésta patología y toman

como universales los criterios basados en el modo predominantemente femenino de gestión de la depresión, ignorando que el modo masculino habitual es diferente (Bonino, 2000).

Frecuentemente los varones manifiestan su malestar de acuerdo a los modos “masculinos” como el autocontrol, el ocultamiento del malestar, la disociación y proyección emocional, la ira como emoción validada y la negación de la debilidad. Es así que, en muchos casos, el varón que sufre depresión no parece depresivo porque su dolor suele estar “detrás de la máscara” (Linch y Kilmarin, 1999 como se citó en Bonino, 2000). Ciertos sentimientos típicos en la depresión no aparecen de forma evidente ya que las expresiones de su malestar son sobre todo “comportamentales” y no emocionales, por lo que los indicios de que algo del orden de la depresión les afecta se deben buscar en las conductas y no tanto en su expresión emocional. En lugar de la tristeza es más frecuente percibir una suerte de “enfriamiento” emocional acompañado de una muy baja tolerancia a percibir y aguantar el displacer. A su vez, existe una resistencia a darle una explicación psicológica o emocional al malestar, y se lo tiende a ignorar o intentar superar sin ayuda (Bonino, 2000). Es importante mencionar que la drogadicción y específicamente el alcoholismo se constituyen como dos de los principales factores de riesgo de suicidio (Rosado et al, 2014) que afectan particularmente a la población masculina ya que frecuentemente prefieren evitar los síntomas de depresión a través del consumo de drogas (Lodoño y González, 2016). Es así que otro de los aspectos que contribuye a la masculinización del suicidio es la mayor incidencia de abuso de alcohol en varones que en mujeres, pudiendo observar una mayor cifra de intoxicación alcohólica al momento del acto suicida en el género masculino. A su vez, a diferencia de las mujeres, la intoxicación aguda con alcohol juega un papel central y proximal en el proceso suicida masculino (González, Rodríguez, Aristizábal, García, Palacio y López, 2010)

4.3. Uso de métodos más violentos y efectivos

Ahora bien, la masculinidad hegemónica se asocia a la violencia y agresividad, lo que lleva a que a nivel social e individual se encuentre validada la capacidad masculina de producir daño, generando que la violencia como forma de solución de los conflictos sea mucho más habitual en los varones que en las mujeres. A su vez, ésta relación entre masculinidad y violencia repercute en los métodos utilizados para el suicidio, identificándose que en el caso de los varones son más letales (Rosado et al, 2014). Frecuentemente en el género masculino los métodos más utilizados son el ahorcamiento y el disparo por arma de fuego, mientras que las mujeres suelen utilizar métodos menos violentos como el envenenamiento por ingesta de fármacos (Arranz, 1997 como se citó en Mansilla, 2015). Ésta característica del acto suicida masculino de hacer uso de métodos con mayor letalidad

imposibilita la rápida detección y atención, así como la adecuada intervención médica. A su vez, la elección de armas de fuego como método de suicidio también responde a la socialización de género ya que el uso de este tipo de armas generalmente se asocia al rol masculino, a la vez que ciertos factores culturales facilitan el acceso a las armas de fuego para el género masculino en mayor medida que para el género femenino (González et al, 2010).

4.4. Factor etario

En el caso de los varones, la tasa de suicidios aumenta con la edad alcanzando una incidencia máxima a los 75 años. Por lo tanto, un factor de riesgo de suicidio en la población masculina es pertenecer al grupo etáreo que corresponde a la tercera edad, es decir, mayores de 65 años (Mansilla, 2015). Sin embargo, los varones adultos mayores son la población que reporta menor sintomatología depresiva e ideación suicida a nivel mundial (Aravena, Gajardo y Saguez, 2018).

Aravena et al (2018) identifican que las personas mayores de 65 años con depresión reportan menos visitas a servicios de salud mental lo que conlleva un bajo tratamiento en ésta área y por ende, aumenta el riesgo suicida. Entonces, si bien existe una menor prevalencia de trastornos depresivos en varones que en mujeres mayores, es importante tener en cuenta que la depresión en las personas mayores puede acompañarse de síntomas diferenciados a la vez que, como ya se mencionó, los varones pueden presentar con mayor frecuencia síntomas como irritabilidad, estrés o apatía, en lugar de tristeza. En la mayoría de los casos, el envejecimiento implica el abandono de la profesión o de otros objetivos, la reducción del vigor físico, cambio en los placeres sensoriales y una mayor conciencia de la muerte. Ésto genera una alteración de la autoestima que se acompaña de las propias presiones sociales derivadas de la jubilación, la dependencia, la muerte de familiares y amigos, la pérdida de la seguridad económica, entre otras cosas. Es así que frecuentemente en los pacientes mayores de 70 años la depresión coexiste con otras enfermedades al mismo tiempo que el diagnóstico y tratamiento correctos están ausentes (Gutiérrez-García et al, 2006).

Por otro lado, es importante mencionar que si bien tradicionalmente las tasas de suicidio han sido más altas entre los varones mayores, los índices de suicidio en la población masculina joven han aumentado hasta hasta constituirse en el grupo de mayor riesgo en muchos países (Mansilla, 2015), principalmente se ha dado un gran incremento de suicidios entre jóvenes de 15 a 25 años de edad (Gutiérrez-García et al, 2006). De esta forma, se puede afirmar que en el caso de los menores de 15 años los suicidios son muy escasos, haciéndose más visibles durante la adolescencia y predominando entre los

jóvenes y los jóvenes adultos. A su vez, entre los 45 y los 60 años las tasas de suicidio disminuyen y vuelven a aumentar a partir de los 65 años (WHO/EURO 1996 como se citó en Corpas, 2011).

Reflexiones finales

A través de la revisión bibliográfica, la presente monografía buscó realizar un recorrido teórico que permita explicar la relación entre la masculinidad y el suicidio.

Se logró observar que si bien el suicidio ha estado presente a lo largo de la historia, las formas de concebirlo han ido variando en función de la cultura y la época. En la actualidad, se lo concibe como un fenómeno complejo con una determinación bio-psico-socio-cultural, lo que implica que para su análisis se requiere de un abordaje interdisciplinario (Mansilla, 2015).

Es importante mencionar que el suicidio se encuentra entre las 20 principales causas de muerte a nivel mundial, estimándose que cerca de un millón de personas muere anualmente por este motivo. Sin embargo, al ser concebido como un tema privado y oculto se dificulta el tratamiento del problema (Canetti, 2017).

Al observar las tasas de suicidio en Uruguay, se identifica que desde hace décadas se constituye como un fenómeno estructural que ha aumentado de forma sistemática (González, 2012). A su vez, al analizar las tasas de suicidio desde comienzos del siglo XX, se observa que en el caso de las mujeres se mantienen estables mientras que las tasas masculinas muestran un crecimiento importante, lo que permite afirmar que el crecimiento de la tasa general de suicidios en el Uruguay responde al crecimiento importante de la tasa masculina (González, 2017). No obstante, la masculinización del suicidio no es una característica que se limite a Uruguay, sino que a nivel general los varones cometen suicidio 3 a 4 veces más que las mujeres (Simon, 2008 como se citó en Rosado, García, Alfeo y Rodríguez, 2014).

Ahora bien, esto se da debido a que se determinan roles distintos para mujeres y varones, lo que produce que el malestar psicológico se atraviese y se manifieste de formas diferentes en función del género. En el caso de la socialización de los varones, es el modelo de masculinidad hegemónica el que va a delimitar las formas posibles en las que pueden habitar el mundo. Éste modelo establece ciertos mandatos y exigencias que los varones deben cumplir para demostrar su "hombría" incluso cuando éstas acciones atentan contra su propio bienestar. De esta forma, a través del modelo de masculinidad hegemónica se configura una imagen del varón basada en la fortaleza que implica la negación de su vulnerabilidad, a la vez que dificulta el reconocimiento de su malestar e impide el pedido de ayuda. A través del recorrido teórico realizado en la presente monografía, se puede hipotetizar que esto produce sufrimiento y repercute negativamente en la salud mental de los varones, determinando sus altas tasas de suicidio.

Las instituciones sanitarias tampoco escapan de los sesgos de género por lo que responden de formas diferenciales en función de los estereotipos de masculinidad y feminidad. Habitualmente, en el ámbito de la salud el objeto de atención está constituido por las mujeres y las infancias ya que son a quienes socialmente se los reconoce como vulnerables o débiles, mientras que las necesidades específicas de los varones no son tenidas en cuenta. Por lo tanto, el propio sistema de salud también favorece el descuido de la salud masculina al considerar que los varones no son sujetos que necesiten de asistencia o ayuda.

Por otro lado, el modelo de masculinidad hegemónica impide el desarrollo de conductas de cuidado a la vez que avala el ejercicio de la violencia, lo que genera que los varones se constituyan en un factor de riesgo para las mujeres, las infancias, para otros varones y para sí mismos. Por este motivo, es fundamental incorporar el análisis de las masculinidades e incluir al varón como objeto de estudio, para lograr desarmar y re pensar las relaciones de desigualdad en el marco de un sistema patriarcal. Frecuentemente la perspectiva de género se limita al abordaje de cuestiones vinculadas a lo femenino ignorando que para transformar el lugar histórico de subordinación de la mujer, es necesario romper con la figura del opresor construida a partir de modos tradicionales de habitar la masculinidad.

Resulta sumamente pertinente que desde la Psicología se contribuya a integrar a las masculinidades como objeto de estudio y se planteen estrategias de abordaje vinculadas a las problemáticas específicas que presentan los varones como producto del modelo de masculinidad hegemónica. Por un lado, a la Psicología como disciplina de la Salud le corresponde tanto el estudio de los procesos específicos de salud y enfermedad de los varones así como la construcción de respuestas acordes a sus necesidades por parte del sistema sanitario. Por otro lado, es necesario recordar que la Psicología tiene por objeto de estudio al ser humano, por lo que es fundamental el análisis de los efectos que produce el género en la construcción subjetiva de las personas, y si bien la Psicología del Género ha logrado afirmar que el sistema sexo genérico determina las formas de comportamiento de los sujetos, el foco continúa estando en la mujer, ignorando las consecuencias que produce las formas tradicionales de socialización masculina, tanto en el psiquismo de los varones como la sociedad en su conjunto.

Por último, es importante recordar la importancia de la construcción de espacios de reflexión entre varones que permitan cuestionar las bases del modelo de masculinidad hegemónico y pensar alternativas que tengan como eje la conciencia de género. Para lograr transformar las formas tradicionales de socialización masculina es necesario que los varones se puedan reconocer a sí mismos como víctimas y victimarios del sistema patriarcal. A partir de que se puede identificar que el lugar de privilegio que ocupan los

varones en relación a las mujeres no significa que no están profundamente afectados por las bases de éste modelo, es que se puede comenzar a deconstruir la hegemonía y construir formas más sanas de ser varones.

La masculinización del suicidio expone el sufrimiento que produce el patriarcado en los varones. Es fundamental reconocer que detrás de la figura del opresor también existe un sujeto que es víctima de la violencia promovida por el modelo de masculinidad hegemónica y que termina por reproducirla porque así fue mandatado. Ésto de ninguna forma significa olvidar el lugar histórico de subordinación al que ha estado sometida la mujer, por el contrario, re pensar las masculinidades es una estrategia que apunta a romper con las relaciones de desigualdad entre varones y mujeres.

En última instancia, es importante mencionar que en el año 2019 se desató la pandemia por enfermedad por coronavirus (COVID-19) que afectó profundamente a la sociedad a nivel mundial. Este contexto impacto en la salud mental de las personas produciendo un aumento en las conductas suicidas (Jerónimo, Piñas, Samos, González, Bellsolá, Sabaté, León, Aliart, Martín, Aceña, Pérez y Córcoles, 2021). Por este motivo es que en la actualidad resulta sumamente pertinente profundizar en relación a los efectos que generó dicha pandemia en el fenómeno del suicidio.

Referencias bibliográficas

- Amador Rivera, Gonzalo H. (2015). SUICIDIO: CONSIDERACIONES HISTÓRICAS. *Revista Médica La Paz*, 21 (2), 91-98. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582015000200012&lng=es&tlng=es.
- Aranda del Baño, J. (2019). *El modelo masculino: historia de la masculinidad y su representación en la publicidad* [Tesis de grado, Universidad de Zaragoza]. Zaguán. <https://zaguán.unizar.es/record/85140?ln=es>
- Aravena, J. M., Gajardo, J., & Saguez, R. (2018). Salud mental de hombres mayores en Chile: Una realidad por priorizar. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, 1–5. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.121>
- Ávila-Agüero, M. L. (2009). Hacia una nueva Salud Pública: Determinantes de la Salud. *Acta Médica Costarricense*, 51(2), 71–73.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Barroso Martínez, Alejandro Arnaldo. (2019). Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica de la literatura. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39 (135), 51-66. Epub 11 de noviembre de 2019. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352019000100004>
- Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental: deconstruyendo la «normalidad» masculina. *Nuevas Masculinidades*, 41-64.
- Bonino, L. (2001). Salud, varones y masculinidad. En Lozoya, J. A. y Bedoya, J. M. (Coords.), *Voces de hombres por la igualdad* (182-187).
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: Retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 241–249.
- BOSCÁN LEAL, Antonio. (2008). Las nuevas masculinidades positivas. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 13(41), 93-106.

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162008000200006&lng=es&tlng=es.

- CALA CARRILLO, M. J., & BARBERÁ HEREDIA, E. (2009). EVOLUCIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PSICOLOGÍA. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1),91-101. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016317009>
- Canetti, A. (2017). La conducta suicida desde la perspectiva psiquiátrica. En P. Hein y C. Larroba (Coords.), *70 AÑOS DE SUICIDIO EN URUGUAY: 7 DISCIPLINAS, 7 ENTREVISTAS, 7 ENCUENTROS* (pp. 107-134). Universidad de la República <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf>
- Cárdenas, E., Juárez, C., Moscoso, R., & Vivas, J. (2017). *Determinantes sociales en salud*. Universidad ESAN.
- Castañeda Abascal, Ileana Elena. (2007). Reflexiones teóricas sobre las diferencias en salud atribuibles al género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2) http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000200011&lng=es&tlng=es.
- Corpas Nogales, J. M. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*. <https://doi.org/10.30827/Digibug.18682>
- de Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En Tuñón, Esperanza (coord.), *Género y salud en el Sureste de México*. Ecosur.
- de Keijzer, B. (2003). *Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina*. En: Cáceres C, Cueto M, Ramos M, Vallens S, (coord.). *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina* (pp. 137-152). Universidad Peruana Cayetano Heredia.

- Díaz Loving, R., Rivera Aragón, S., & Wolfgang Velasco Matus, P. (2012). Masculinidad-feminidad y salud mental. *Persona*, (15),137-157. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147125259007>
- García-Vega, E. (2011). Acerca del género y la salud. *Papeles del psicólogo*, 32 (3), 282-288
- García, L.F. (2013). *NUEVAS MASCULINIDADES: DISCURSOS Y PRÁCTICAS DE RESISTENCIA AL PATRIARCADO* [Tesis de maestría, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales]. FLACSO. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/6284>
- Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: Retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5-6), 454-461. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892002000500024>
- González, A., Rodríguez Betancur, Á., Aristizábal, A., García Valencia, J., Palacio, C., & López Jaramillo, C. (2010). Suicidio y género en Antioquia (Colombia): estudio de autopsia psicológica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2),251-267. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615447004>
- Gonzalez Garcia, V. H. (2012). Historia y suicidio en el Uruguay. *Revista Encuentros Uruguayos*, V (1), 57-73.
- González García, V. H. (2017). Identificación y caracterización de factores asociados al suicidio en Uruguay. En Pucci, F. (Coord.), *El Uruguay desde la Sociología XV* (pp. 193-208). Universidad de la República. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/20243>
- Grau Abalo, J. & Meléndez, E. H. (2005). Psicología de la Salud: aspectos históricos y conceptuales. En: Hernández, E., Grau, J. (Comps) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 33-84). Centro Universitario en Ciencias de la Salud.

- Gutiérrez García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Mental*, 29(5),66-74.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58229510>
- Hein, P. & González, V. H. (2017). El suicidio en Uruguay. En P. Hein y C. Larroba (Coords.), *70 AÑOS DE SUICIDIO EN URUGUAY: 7 DISCIPLINAS, 7 ENTREVISTAS, 7 ENCUENTROS* (pp. 169-194). Universidad de la República
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9489/1/70-anos-de-suicidio-en-uruguay.pdf>
- Jayme Zaro, M. (2002). La psicología del género en el siglo XXI. *Clepsydra*, (1) 47-60.
https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/18674/CL_1_2002_03.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jerónimo, M. A., Piñar, S., Samos, P., Gonzalez, A. M., Bellsolà, M., Sabaté, A., León, J., Aliart, X., Martín, L. M., Aceña, R., Pérez, V., & Córcoles, D. (2021). Intentos e ideas de suicidio durante la pandemia por COVID-19 en comparación con los años previos [Suicidal attempt and suicidal ideation during the COVID-19 pandemic compared to previous years]. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 10.1016/j.rpsm.2021.11.004. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.11.004>
- Londoño Pérez, C., & González Rodríguez, M. (2016). PREVALENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES ASOCIADOS EN HOMBRES. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2),315-329. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79847072013>
- Mansilla, F. (2015). *Suicidio y prevención*. Intersalud.
- Martín Alfonso, L., (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud . *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(3),275-281.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21429307>
- Matud Aznar, M. P., (2008). GÉNERO Y SALUD. *Suma Psicológica*, 15(1),75-93.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604003>

- Morales Calatayud., F. (2015). La Psicología y el campo de la salud: tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiciencia revista latinoamericana de ciencia psicológica*, 7(1) 120-123.
<http://www.psiciencia.org/ojs/index.php/psiciencia/article/view/156/198>
- Nizama Valladolid, M., (2011). Suicidio.. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2),81-85. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516002>
- Olavarría, J. (2017). *Sobre hombres y masculinidades: Ponerse los pantalones* (1a edición). Crea Equidad : Ediciones Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
<https://www.creaequidad.cl/documentos/Sobre-hombres-y-masculinidades.-Ponerse-los-pantalones.pdf>
- Pla, I., Adam, A., & Bernabeu, I. (2013). Estereotipos y prejuicios de género: Factores determinantes en Salud Mental. *Norte de Salud Mental* 11(46), 20-28.
- Ramos-Lira, Luciana. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental?. *Salud mental*, 37(4), 275-281.
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3325201400040001&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3325201400040001&lng=es&tlng=es)
- Rangel, J. V., (2001). Salud Mental y Género . *Otras Miradas*, 1(1),35-42
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18310105>
- Rosado Millán, M. J., García García , F., Alfeo Álvarez , J. C., & Rodríguez Rosado, J. (2014). EL SUICIDIO MASCULINO: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO. *Prisma Social*, (13),433-491 <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744532013>
- Salas Calvo, J. M., (2008). LA PSICOLOGÍA, LA MASCULINIDAD Y EL TRABAJO CON HOMBRES. *Revista Costarricense de Psicología*, 27(40),53-65
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748705002>
- Schongut Grollmus, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia.. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 27-65.
<https://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/119>