

Construcciones sociales de feminidad y masculinidad e intentos de suicidio en Cuba

Alejandro Arnaldo Barroso Martínez

Introducción

Casi ocho cientos mil personas se quitan la vida por mano propia cada año, y se estima que cada 40 segundos se suicida una persona en alguna parte del mundo. El suicidio es un problema urgente de salud¹.

La caracterización epidemiológica de este problema a nivel mundial muestra que los intentos de las personas del sexo masculino tienden a ser más letales, y sus tasas de suicidio más altas que las de las personas de sexo femenino²⁻⁴. No obstante, el enfoque de investigación predominante sobre el tema tiende a identificar lo que llama “factores de riesgo”, fundamentalmente a través de la estadística descriptiva. Como resultado, no se problematiza lo que significa vivir un sexo socioculturalmente⁴.

Existe una continuidad bio-psico-social entre los conceptos de sexo y género. Desde el punto de vista anatómico y fisiológico, sexo se refiere a las diferencias en los caracteres sexuales entre hombres y mujeres. Sin embargo, el ser humano es en esencia social, y hay procesos socioculturales que generan y socializan discursos y prácticas sobre las formas consideradas aceptables de pensar, sentir y actuar el sexo. Este es el proceso de construcción social del género, el cual asigna valor social a determinadas cualidades físicas, morales y a determinados comportamientos que se reproducen sistemáticamente a través de discursos y prácticas de diferentes instituciones sociales^{5, 7-10}.

Alejandro Arnaldo Barroso Martínez

Dr. en Ciencias en Salud Colectiva. Académico en la Universidad de Valparaíso, Chile
Correo-e: almex2012@gmail.com

La construcción hegemónica o tradicional de género, presente también en el contexto cubano¹¹, significa como aceptable la masculinidad cuando el hombre constituye la fuente principal de ingreso de la familia, controla todo el tiempo su emocionalidad, y es exitoso en la toma de decisiones. En el caso de la feminidad, se espera que la mujer permanezca en el espacio privado de la casa, cuide de la familia, y obedezca al hombre. Estas construcciones sociales no son estáticas ni universales, sino que adquieren singularidades socioculturales que incluso, pudieran abrir espacio a modos de pensarnos, sentirnos y actuar más saludables para nuestra salud mental^{6,7}.

En todos los casos estas construcciones sociales orientan la formación de la propia identidad⁸⁻¹¹ y por eso también han sido determinantes en los motivos de intentos de suicidio alrededor del mundo. Las investigaciones cualitativas muestran que estas construcciones se relacionan con los intentos de suicidio a través de dos vías fundamentales: *cuando la persona se estresa al reproducir de modo acrítico estos roles y expectativas, y cuando sufre al sentir que no se ajusta a estos estándares, o los quiere modificar, pero no puede*^{8,9, 12, 13, 14}.

En el caso de Cuba, de 2016 a 2020 por ejemplo, las “lesiones autoinfligidas” han sido la décima entre las principales causas de muerte. La tasa de suicidios en la población general por 100.000 habitantes pasó de 13,3 en 2018 a 13,8 en 2020¹⁵.

Respecto al impacto del problema en los diferentes grupos etarios, las estadísticas más actualizadas que se pudieron consultar en este estudio provienen de la Organización Mundial de la Salud, y muestran que los tres grupos más afectados son el de las personas de 70 años o más (tasa de 36,1

por 100.000 habitantes), 50 a 69 años (24,4 por 100.000), y luego el de personas de 30 a 49 años (14,8 por 100.000)². Es decir, el suicidio afecta mayoritariamente a las personas de la tercera edad. Esta es una razón de fuerza para abordar el tema en el país, puesto que demográficamente al 2020 tenía 21,34% de su población con 60 años o más¹³.

En 2019, la tasa de suicidios por 100.000 habitantes en personas del sexo femenino fue 4,1, y en personas del sexo masculino 16,7¹. Esto sucede en un país que desde 1959 ha reducido la brecha en las relaciones de poder entre los sexos, cuenta con un sistema de salud gratuito, universal y con un enfoque comunitario.

En ese sentido surgieron las preguntas: ¿a través de qué instituciones sociales se construye la feminidad y la masculinidad en el contexto específico de Cuba? y ¿cómo esto se relaciona con los intentos de suicidio? Las respuestas a estas preguntas desde una perspectiva cualitativa pueden complementar la tendencia estadística y descriptiva de las investigaciones sobre el tema en el país¹⁵⁻¹⁸ y por lo tanto, ayudar al sistema de salud a incluir la perspectiva de género en la prevención integral de la conducta suicida.

Material y método

Se realizó un estudio de tipo cualitativo a través del método fenomenológico. El método fenomenológico va dirigido a comprender a la persona en el contexto total de su propia realidad sociocultural y llegar al sentido de sus vivencias^{19,20}. Para esto se tienen en cuenta las formas mediante las cuales se interpreta y actúa sobre el mundo.

Consideraciones éticas

El presente estudio recibió la aprobación por parte del comité de ética correspondiente. A cada persona participante se le solicitó la lectura y firma de un Consentimiento Informado.

Los criterios para la selección de las personas fueron: *que residiera en La Habana para viabilizar la movilidad a los domicilios, estuviera*

dispuesta a participar voluntariamente en el estudio, no tuviera diagnosticado algún padecimiento mental de nivel psicótico, y hubiera intentado suicidarse al menos una vez en los últimos 24 meses. Cada persona seleccionó y autorizó por escrito el uso de un pseudónimo para resguardar su privacidad e identidad durante la investigación, y en los productos derivados de la misma, como el caso de este artículo. Es importante mencionar que por resguardo ético, los pseudónimos no se corresponden en ningún caso con un segundo nombre de la persona.

Procedimiento de recogida de la información

La fase de recolección se realizó entre el 1ro de octubre y el 4 de noviembre de 2017. Se visitó la Clínica Comunitaria en Salud Mental, y se accedió a las estadísticas sobre los intentos de suicidio en el municipio en los últimos 24 meses.

Se obtuvieron 13 registros. Se procedió a visitar a las personas, pero hubo direcciones incorrectas, y sólo se pudo contactar a 4 de ellas. Se trabajó con 2 personas del sexo masculino y 2 del sexo femenino con un rango etario entre 46 y 77 años.

En la primera visita se obtuvieron sus consentimientos informados. En esa visita también se utilizó un cuestionario de caracterización sociodemográfica y se acordó un segundo encuentro para sostener una entrevista semiestructurada en profundidad. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio con el consentimiento de las personas y transcritas dentro de las siguientes 24 horas para su análisis.

Después de la entrevista y con el consentimiento previo de la persona, se entrevistó a un familiar que conviviera con ella, o que ésta considerara “cercano” desde el punto de vista afectivo. De esta forma se obtuvieron dos entrevistas semiestructuradas en profundidad por cada persona, para un total de ocho. En este sentido es importante mencionar que el enfoque del estudio no pretende que los resultados sean generalizables estadísticamente, sino desde el punto de vista analítico. Es decir, a partir de la relación entre los resultados, los hallazgos previos y la teoría.

Procedimiento de análisis de la información

A partir del trabajo de Bourdieu⁶ y Butler⁷ se realizó un análisis de contenido de las entrevistas en dos etapas. Para esto se utilizaron dos categorías de análisis. La primera etapa fue persona por persona, y en la segunda se identificaron aspectos singulares y regularidades. Siguiendo el método fenomenológico, la búsqueda de estas singularidades y regularidades no respondió a una reproducción de los discursos y prácticas institucionales estudiadas, sino a sus sentidos y la forma en que se relacionan con la subjetividad. Las dos categorías de análisis fueron:

Instituciones sociales: conjunto de significantes, es decir, valores, costumbres, creencias y normas que tienen un rol en la existencia de las sociedades específicas y que se reproducen de forma cotidiana a través de la acción de individuos, grupos y organizaciones sociales. Instituciones sociales son las prácticas religiosas, las relaciones familiares, laborales, comunitarias, así como las condiciones económicas de vida.

Reproducción social: discursos/prácticas que relacionan a las instituciones sociales con los modos de vida de las personas. Un discurso es un conjunto de símbolos y representaciones que se movilizan intencionadamente a través de distintas formas de expresión que incluyen el lenguaje, pero también a los propios cuerpos, para conferir, orientar y evaluar sentidos prioritarios de los modos de vida de las personas. Sin embargo, desde el punto de vista práctico, ambos, discursos y prácticas expresan y nos permiten acceder a las instituciones sociales que les dan sentido. Por esta razón, en este trabajo se habla del eje discursos/prácticas. Esta categoría de análisis es clave en el estudio, pues a partir de ella se puede explicar la forma en que estos discursos/prácticas dañan y/o protegen las cogniciones, emociones y comportamientos de las personas, así como la forma en que esto se relaciona con sus intentos de suicidio.

Para contribuir con la validez de los resultados según el método propuesto se emplearon intencionadamente varias estrategias. Estas fueron:

- ✓ Establecimiento de un buen rapport antes y durante las entrevistas.
- ✓ Uso de un esquema de entrevista semiestructurada para dar espacio a las experiencias singulares de cada persona.
- ✓ Triangulación de los hallazgos a partir de diferentes fuentes.
- ✓ Análisis de las experiencias institucionales de las personas con una perspectiva del curso de la vida.

Resultados y discusión

Los métodos de suicidio más utilizados fueron la ingestión de medicamentos, luego la ingestión de otras sustancias tóxicas como el caso de queroseno, la explosión y el ahorcamiento. El caso de la explosión y el ahorcamiento fueron utilizados exclusivamente por las personas del sexo masculino. En los dos casos de las personas del sexo masculino, a diferencia de las del sexo femenino, hubo más de un intento de suicidio en los últimos 24 meses, con 3 intentos en ambos casos.

Algunas investigaciones previas^{8,9,13,14} confirman que los intentos de suicidio se pueden explicar como resultado de la forma en que se construye socialmente el género. En el contexto de Cuba se pudo constatar una relación bidireccional y diferencial entre las construcciones sociales de feminidad y masculinidad a lo largo del curso de la vida de la persona y los intentos de suicidio.

Esta construcción social influye sobre las formas de pensar, sentir y actuar porque responde a la satisfacción de necesidades ontológicas, o de sentido, como el caso de la identidad. En este proceso, las expectativas de género son aprendidas, aceptadas y otras veces autoimpuestas como parte de la propia identidad y se fortalecen en la medida en que orientan la multiplicidad de roles de la persona.

Un ejemplo es Andrés quien se siente satisfecho, y a la inversa sufre cuando no puede cumplir con el rol de proveedor económico fundamental de la familia. Por lo tanto, siente que no puede ser “visto” en su comunidad como “buen hijo”, “buen padre”, pero tampoco como “buen esposo”.

Varios procesos económicos y socioculturales se interrelacionan de forma singular en el contexto cubano y median la frustración a esta necesidad identitaria. Por una parte, el bloqueo económico y financiero impuesto por el gobierno de los Estados Unidos a Cuba ha precarizado la economía del país, e impactado en la subjetividad y los valores.

Andrés ha tenido varios empleos estatales, pero reconoce que para mantenerse en ellos le han pedido, incluso sus jefes, que incurra en “hurtos” como forma de subsistencia económica, lo cual es contrario a sus valores. Esto le ha sucedido reiteradamente y según explica, lo ha colocado en una situación de angustia en la que la congruencia y honestidad ha “chocado” con su bienestar material.

El conflicto de Andrés se produce a nivel intrapsíquico. Por una parte, el hurto se ha normalizado como estrategia de subsistencia en un sector de la economía, pero por otra se encuentra una persona apegada a valores como la honestidad. De esta forma, valores positivos como la honestidad y necesidades nucleares como la congruencia entran en tensión con el bienestar material y subjetivo en el contexto de una economía precaria.

La interacción entre estos procesos socioculturales y económicos impactan la emocionalidad de la persona como un todo, incluidas las necesidades identitarias que por su esencia ontológica y de sentido, pueden generar emociones como la tristeza, la soledad, y sentimientos como los de inadecuación y minusvalía.

Coincidentemente con algunos estudios^{9,10,13,14} se observó que hay construcciones sociales de género que crean significantes sobre los que se valora de forma focal a la persona como un todo, los cuales son impuestos y normalizados a través de instituciones como la familia, la pareja y la comunidad. En el contexto de Cuba se confirman los hallazgos de algunos estudios^{11, 22, 23} que dan cuenta de una sociedad con discursos/prácticas de género tradicionales.

En el contexto estudiado se espera que el hombre a diferencia de la mujer sea racional y como resultado de esa racionalidad esté en control de sus

propias emociones todo el tiempo. Por lo tanto, lo considerado aceptable en un discurso/práctica tradicional, es que sea capaz de resolver los problemas de manera autónoma, con especial énfasis en la provisión económica de la familia.

En ese sentido, se espera que pueda ejercer su control sobre los bienes patrimoniales de la familia, pero también sobre los deseos y los cuerpos de las mujeres. Para la mujer se espera que sea bella, pueda cuidar de los hijos, de la casa y que mantenga una moralidad basada en la obediencia al hombre a pesar de sufrir diferentes formas de violencia.

Tal y como demuestran los hallazgos de los estudios, estas imposiciones y normalizaciones generan resistencias a la hora de pedir ayuda, sobre todo en hombres. También generan una reducción o focalización valorativa de la persona sobre sí misma y sus posibilidades futuras, vergüenza, tristeza, soledad, sentimientos de culpa y humillación cuando siente que no cumple o no puede cumplir con ellas^{8-10, 13,14,24,25}; pero también agobio a corto plazo cuando las cumple, pero acriticamente⁸.

En el contexto específico de Cuba, la proyección hacia el futuro se ve mediada por un contexto económico precario, limitado por el bloqueo económico y financiero impuesto al país por Estados Unidos, pero también por burocratismos internos en la organización y funcionamiento del sector laboral. Estos procesos inciden en la vivencia y la práctica de las responsabilidades y oportunidades que son impuestas y asumidas aun hegemónicamente por hombres y mujeres en Cuba.

En ocasiones estos discursos/prácticas hegemónicas se asumen acriticamente y esto ha sido menos estudiado en el campo de la salud mental. Esto nos pone ante la necesidad de promocionar el bienestar también entre aquellos que no sienten necesidad de ayuda.

El primer alcance de este trabajo es que muestra que la relación entre construcciones sociales de género e intentos de suicidio no es unidireccional, sino que haber sobrevivido a un intento de suicidio es un evento biográfico que se incorpora en la

resignificación de la propia vida. En ese sentido se encuentra el ejemplo de la vergüenza masculina, porque se espera “el hombre sea fuerte” y “dé el pecho a la vida” y, por lo tanto, hasta para quitarse la vida se espera que sea exitoso. Estas expectativas a su vez contribuyen a explicar la letalidad del método escogido por hombres.

Epidemiológicamente existe una tendencia a identificar los intentos previos como “factores de riesgo”². Sin embargo, los resultados de esta investigación nos muestran que los intentos previos se incorporan en las vivencias durante el curso de la vida de la persona, y haberlo intentado no es un hecho aislado, sino una experiencia que puede generar vergüenza, y/o ser una forma de pedir ayuda para quienes esto no se acepta dentro del discurso/práctica hegemónica de género.

Un ejemplo constatado es el caso de Lee, quien creció y aprendió que se espera de los hombres que sean valientes todo el tiempo y resuelvan sus problemas de forma autónoma. De esta manera, después de sentir un fracaso en un proyecto laboral o en una relación interpersonal ha tendido a refugiarse debajo de la cama “por vergüenza que los vecinos digan mira, ahí va este que ni para quitarse la vida sirve”.

Esta vergüenza, reconoce Lee, está presente en sus relaciones vecinales cotidianas. De esta forma, la vivencia de estos discursos/prácticas hegemónicas o tradicionales dañan la satisfacción a una de las necesidades fundamentales de sentido: la pertenencia y las relaciones interpersonales, que, además, se evidenció como uno de los procesos protectores contra el suicidio en el contexto cubano.

En este sentido y de acuerdo con Bourdieu⁶, se considera necesario destacar en este estudio que, aunque los discursos/prácticas hegemónicas de género tienden a empoderar lo masculino sobre lo femenino, quienes viven la masculinidad de este modo también pueden sufrir de una violencia autoimpuesta.

Otro ejemplo es Made. Su madre, educada en un discurso sobre la moralidad y la obediencia de la

mujer en el matrimonio, la presiona para que mantenga la relación con su esposo a pesar de sufrir violencia física y psicológica de forma regular.

Las violencias física y psicológica por parte del esposo, la presión psicológica por parte de la madre, así como la diabetes por parte de ambos padres, han mediado en que Made haya decidido “no quejarse”. Sin embargo, en este contexto opresivo el intento de suicidio aparece como un mecanismo que significa un pedido de ayuda que no puede ser expresado de otra forma y que busca fundamentalmente la reconfiguración de la relación de pareja. El segundo alcance de esta investigación coincide con los hallazgos de Imberton-Deneke¹⁴, así como con los de Martínez y Barroso⁸. Se trata de que la misma persona puede reproducir de forma consciente e inconsciente patrones de discursos/prácticas tradicionales a pesar del sufrimiento que esto le pueda provocar.

Un ejemplo es Gladys, en cuyo relato se puede constatar la vivencia de dos procesos históricos relacionados con la construcción social interdependiente entre la masculinidad y la feminidad. Su madre y padre le enseñaron que las mujeres debían ser sostenidas económicamente por los hombres. Por esta razón se “acomodó” a la manutención de su esposo. Sin embargo, este murió y con este hecho su vida se ha precarizado económicamente.

Al momento del estudio tenía 77 años y le era más difícil conseguir empleo por limitaciones de su salud física, pero también por haber vivido asumiendo que como mujer debía ser mantenida por la figura masculina. De esta forma se observa el impacto que tienen construcciones sociales de género específicamente en la tercera edad.

Por otra parte, también aprendió que la mujer “debía ser presumida y bella todo el tiempo”. Esta es una de las razones por las que vive de forma displacentera su envejecimiento y comenta: “llegar a la vejez es lo último, es ser feo, es ser un cadáver”. En ambos casos, Gladys es un ejemplo de cómo las construcciones sobre la feminidad y la masculinidad consideradas aceptables interactúan

de forma compleja con la propia condición socioeconómica y la vivencia del período etario.

Esto sucede también con la masculinidad, sólo que de forma diferencial. En este sentido se puede citar a Andrés. Ve su futuro “sin alternativas”. Siente que está envejeciendo, y “al perder fuerzas con la edad”, no cree que haya trabajo de hombre para él, en sus palabras, “de albañilería”. Andrés también se valora a sí mismo de modo focal, pero a través del signifiante *trabajo, provisión económica fundamental de la familia*.

Por último, se puede mencionar a Lee. Su madre reproduce un discurso/práctica tradicional que le exige autonomía y fortaleza emocional, y lo critica cuando cree que no lo logra. Como resultado de este proceso, en ocasiones lo que para ella es responsabilidad no cumplida de su hijo, para él constituye la vivencia de “abandono” por parte de su madre. Estas creencias sobre la masculinidad han invisibilizado sus necesidades afectivas.

Su madre también evita ser compasiva hacia su hijo como una forma de mantener su distancia y así su “poder” sobre las decisiones en la casa. Siguiendo a Bourdieu⁶, se comprende que esto sucede porque las construcciones sociales de feminidad y masculinidad no adquieren sentido para mujeres y hombres de forma separada, sino en interdependencia a través de las relaciones de poder. Es decir, este hecho evidencia que las construcciones sociales como la de la feminidad no son ni universales, ni están determinadas en última instancia por el sexo biológico de la persona, sino que están mediadas por procesos políticos, económicos y socioculturales que se expresan en el plano interpersonal.

En este caso específico, la relación ha sido mediada por varios procesos. La historia de vida de la madre caracterizada por la necesidad de trabajar y hacerse cargo de sus hijos como única jefa de familia, pero también la práctica de la religión afrocubana, en cuya cosmovisión el éxito en los proyectos proviene de las cualidades de las deidades masculinas, que son mayoría y que se enorgullecen de su valentía, decisión y fuerza.

Coincidentemente con las dimensiones aportadas por varios estudios clásicos como los de Durkheim²⁶, Shneidman²⁷ y otros más contemporáneos como los de Joiner²⁸ y O'Connor y Nock²⁹ se constató que el tránsito de emociones como la tristeza, la soledad y sentimientos como los de inadecuación, vergüenza y minusvalía al intento de suicidio se produce mediante tres procesos imbricados. El primero de ellos es que, si bien los significantes se dirigen a ciertas partes del cuerpo y cualidades de las personas, se asumen e imponen de modo que la persona se significa como totalidad. Con este proceso, la persona pierde la posibilidad de valorar flexiblemente alternativas de solución a sus problemas.

El segundo proceso de tránsito de emociones y sentimientos como los citados al intento de suicidio es la frustración repetida a necesidades ontológicas o nucleares de la personalidad como la de autoestima y pertenencia. Los procesos económicos, políticos y socioculturales inciden en la subjetividad a través de discursos/prácticas en valores, normas de convivencia, condiciones socioeconómicas. De ahí que estos determinantes estructurales puedan incidir en el segundo proceso de tránsito de las emociones y los sentimientos antes citados a los intentos de suicidio: *la satisfacción o frustración de necesidades ontológicas o nucleares de la personalidad como la de autoestima y la de pertenencia*.

De esta cualidad estructural también deriva el tercer proceso de tránsito, que resultó ser el estrechamiento perceptual y emocional de las personas sobre las alternativas de solución. A partir de las narraciones de las personas estudiadas se constató que en el contexto cubano este estrechamiento perceptual está mediado por la precarización histórica y creciente de las condiciones de vida de personas trabajadoras, en el contexto del bloqueo impuesto por el gobierno de Estados Unidos al país por más de 60 años.

Se constató que las construcciones sociales de género reproducen aprendizajes sobre formas consideradas legítimas para manejar sentimientos como la tristeza o la soledad. Estas formas encierran a la persona en un círculo vicioso que

refuerza el malestar, como el caso del cuidado del hogar en mujeres, el escape de la vergüenza y el consumo de alcohol en hombres.

Coincidentemente con los resultados de otros estudios como el de Pompili et al.,³⁰ se evidenció que el consumo de alcohol, realizado fundamentalmente por Andrés, se realiza como una forma de satisfacer necesidades de pertenencia y aliviar la soledad. De esta forma, la persona entra en una especie de círculo vicioso que mantiene el rechazo por parte de la familia, vecinos y agudiza sus necesidades económicas.

Este alcance nos permite alertar al Sistema de Atención Primaria en Salud de Cuba. Aunque su atención es universal y gratuita, puede ser que su enfoque comunitario esté perdiendo de vista el caso de personas que se encuentren en riesgo y no busquen ayuda de forma oportuna por varias razones.

Entre ellas, la vergüenza, la normalización de las exigencias de los roles de género, o el uso de alternativas de solución aprendidas dentro de los propios discursos/prácticas tradicionales de género. Estos hallazgos significan que es importante trabajar con las creencias del propio personal de la atención en salud, pues ellos también han sido socializados dentro de ciertos discursos/prácticas de género.

Estos resultados plantean la necesidad de prevenir los intentos de suicidio más allá de las instituciones tradicionales de salud, incorporando el trabajo con las familias y la comunidad. Esto es algo en lo que se ha avanzado en Cuba, pero necesita ser potenciado.

Uno de los mayores alcances de este estudio es haber podido explorar en los procesos protectores de la salud mental de hombres y mujeres, con las especificidades del contexto cubano. Se pueden mencionar el apoyo jurídico y económico de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), las oportunidades profesionales que brindan las Sedes Universitarias Municipales, así como el funcionamiento de las Casas del Abuelo.

Estas instituciones fortalecen la autoestima y el sentido de pertenencia, algo que resultó muy importante para personas de la tercera edad. Este hecho es relevante de conocer en el contexto de Cuba, uno de los países con población más envejecida en el mundo.

Una limitación del estudio es que no se profundizó en los discursos/prácticas de instituciones educativas y religiosas que han incidido de forma significativa en las vivencias de las personas con las que se trabajó. Se hubieran podido conocer continuidades y cambios en esos discursos/prácticas a lo largo del tiempo.

Se sugiere prevenir los intentos de suicidio a través de programas para la prevención del consumo de alcohol, y las violencias contra las mujeres. Igualmente, una educación sexual temprana que involucre a las familias y la comunidad y aborde el papel de la sexualidad en las relaciones de poder entre las personas.

Conclusiones

En primer lugar, es importante mejorar a nivel comunitario la rigurosidad de los sistemas de registro de aquellas personas que han intentado contra su vida en el contexto cubano.

En Cuba existe un grupo de valores y normas tradicionales sobre las formas consideradas aceptables de ser hombres y mujeres. Desde el triunfo de la revolución en 1959 el gobierno ha reducido la brecha en las relaciones de poder entre hombres y mujeres fundamentalmente a través de un enfoque de derechos basado en el reconocimiento, la protección y la garantía a través de instituciones estatales. Sin embargo, los resultados de este estudio muestran que una de las dimensiones que necesita la protección de la salud mental es la mirada de género, y su trabajo con enfoque sociocultural a nivel de instituciones sociales como las familias y las comunidades.

Durante el curso de la vida estos discursos/prácticas tradicionales valoran de modo diferencial cualidades físicas, morales, actitudes y comportamientos de personas del sexo masculino

y personas del sexo femenino. Estos discursos/prácticas orientan y evalúan las formas de estar en el mundo como ser social. De ahí que hombres y mujeres los utilicen consciente e inconscientemente para formar su propia identidad personal.

Estos roles, expectativas y oportunidades implican que hombres y mujeres, aunque de modo diferencial, normalicen o les sean impuestas rupturas de lazos familiares, violencias, autoexigencias, necesidades socioeconómicas y sentimientos como la vergüenza, la soledad, la tristeza y la desesperanza. Estos sentimientos se ven reforzados en ocasiones por el aprendizaje de alternativas de solución a los problemas que tienen sentido dentro de los mismos discursos/prácticas de género y atrapan a la persona en un círculo vicioso de malestar.

Instituciones que participan en esta construcción identitaria de la feminidad y la masculinidad en el contexto cubano son las relaciones familiares, fundamentalmente a través de la figura de los padres y la pareja. Las relaciones comunitarias y las condiciones económicas de vida.

Estas protegen la salud mental, pero también pueden constituirse en un riesgo para los intentos de suicidio cuando la persona siente que no ha cumplido con expectativas de género, o cuando las reproduce de forma acrítica. Es importante tener en cuenta esta normalización de vivencias negativas, pues en el contexto cubano, a pesar de que el servicio de salud es universal y gratuito, puede haber personas que no asistan a los mismos porque sientan vergüenza o no sientan la necesidad.

La categoría *género* nos permite visualizar la forma en que nos pensamos, sentimos y actuamos, así como entender el modo en que esto se entrelaza con otras dimensiones como son las condiciones socioeconómicas y la vivencia del período etario, generando riesgos diferentes para hombres y mujeres.

El tránsito de emociones como la tristeza, la soledad, el agobio, y sentimientos como el de minusvalía, la vergüenza y la desesperanza al intento de suicidio se produce mediante tres

procesos: *los significantes de género son impuestos y naturalizados de modo que la persona se significa como totalidad, la frustración a necesidades ontológicas o de sentido y el sentimiento de que se tiene poca posibilidad de modificar las vivencias.* El intento de suicidio puede ser tanto un intento por morir, como una expresión de la voluntad de vivir.

Agradecimientos: Un agradecimiento especial al Dr. Gilberto Hernández Zinzún, académico de la Universidad Nacional Autónoma de México, por sus sugerencias, sabias observaciones y acompañamiento durante la realización de este estudio.

Referencias

1. World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates. Washington (DC): WHO; 2019. [Consultada 5 de julio de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326948>
2. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio. Un imperativo global. Washington (DC): WHO; 2014. [Consultado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54141/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
3. Freeman A, Mergl R, Kohls E, Székely A, Gusmao R, Arensman E, et al. A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry* 2017; 17 (234): 1-11, [Consultado 6 de enero de 2018]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-84>.
4. Barroso AA. Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq* 2019; 36 (135): 51-66.
5. Scott. S. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review* 1986; 91 (5): 1053-75.
6. Bourdieu P. La dominación masculina. Barcelona: Anagrama; 1999.
7. Butler J. El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Barcelona: Paidós; 1999.
8. Martínez AB y Barroso AA. Voz y experiencia de la salud/enfermedad en mujeres víctimas de violencia de género en sureste de México: Tabasco. ¿Por qué

- a mí me pasa esto? ¿Tengo que sufrir? *Medicina Social* 2019; 12 (2):100-9.
9. Martínez AB. El sufrimiento mental y conducta suicida en jóvenes que cursan un embarazo no deseado: una mirada en la Ciudad de México; 2016; 10 y 11 de noviembre; III Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia.
 10. Keijzer B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. En Cáceres C, Cueto M, Ramos M y Vallens S, editores. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*, Lima: Facultad de Salud Pública y Administración; 2003, p. 137-152.
 11. Pagés JC. Macho, varón, masculino: Estudios sobre masculinidades en Cuba. La Habana: Editorial de la Mujer; 2010.
 12. UNICEF. Suicidios adolescentes en pueblos indígenas. Tres estudios de casos; 2012 [Consultado 12 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.iwgia.org/images/publications/0575_suicidios-unicef.pdf
 13. Kim D y Kim H. Body-image dissatisfaction as a predictor of suicidal ideation among Korean boys and girls in different stages of adolescence: a two-year longitudinal study. *J Adolesc Health* 2009; 45 (1): 47-54.
 14. Imberton-Deneke G. Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica. *Estudios Sociales y Humanísticos* 2014; XII: 81-96.
 15. Oficina Nacional de Estadística e Información de Cuba. Anuario Estadístico de Cuba, 2020. 2021.
 16. Sarracent SA, García PT, Brown MP, Sarracent PY, Saavedra CLA. Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en La Habana en el año 2010. *Rev Hosp Psiquiatr Habana* 2013; 10 (1): 1-6.
 17. Leyva M, Castillo L, Gómez A, García L. Caracterización de algunos factores sociopsicológicos en adolescentes con intento suicida en el municipio Morón. *Mediciego* 2012; 18 (Supl: 2).
 18. Cortés A, Aguilar J, Medina R, Toledo J, Echemendía B. Causas y factores asociados con el intento de suicidio en adolescentes en la provincia Sancti Spiritus. *Rev Cubana Hig Epidemiol* 2010; 48 (1): 15-23.
 19. Corona B, Sagué K, Hernández M y Lomba P. Epidemiología del suicidio en Cuba, 1987-2014. *MEDICC* 2016; 18 (3):15-20.
 20. Heidegger M. *The Basic Problems of Phenomenology*. Studies in Phenomenology and Existential Philosophy. Indiana: Indiana University Press; 1988.
 21. Heidegger M. *Ser y tiempo*. Santiago de Chile: Universitaria; 2017.
 22. Pagés JC. Género y masculinidad en Cuba: ¿el otro lado de una historia? *Nueva Antropología* 2002; XVIII: 117-126.
 23. Domínguez M. Desigualdades de género en imaginarios sociales juveniles acerca de la violencia contra las mujeres en Cuba. 2020. En Mayer L, Domínguez I y Lerchundi M, editores. *Las desigualdades en clave generacional hoy*. Buenos Aires: CLACSO; 2020, p. 149-172.
 24. Canetto SS y Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav* 1998; 28 (1): 1-23.
 25. Coleman D, Kaplan M y Casey J. The Social Nature of Male Suicide: A New Analytic Model. *International Journal of Men's Health* 2011; 10 (3): 240-252.
 26. Durkheim E. *El suicidio*. México DF: UNAM; 1983.
 27. Shneidman E. *Suicide as Psychache*. A clinical approach to self-destructive behavior. Estados Unidos de America: Rowman & Littlefield Publishers, INC; 1993.
 28. Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge: MA: Harvard University Press; 1995.
 29. O'Connor R y Nock M. The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry* 2014; 1(1): 73-85.
 30. Pompili M, Serafini G, Innamorati M, Dominici G, Ferracuti S, Kotzalidis G, et al. Suicidal Behavior and Alcohol Abuse. *Int J Environ Res Public Health* 2010; 7 (4): 1392-1431.

Recibido: 27 de mayo de 2022.

Aceptado: 27 de septiembre de 2022.

Conflicto de intereses: ninguno.

