



EL SUICIDIO MASCULINO: UNA CUESTIÓN DE GÉNERO

MALE SUICIDE: A QUESTION OF GENDER



**M^a Jesús
Rosado Millán**

Presidenta de la
Fundación iS+D,
España



**Francisco
García García**

Catedrático
Comunicación
Audiovisual de la
Universidad
Complutense de
Madrid, España



**Juan Carlos
Alfeo Álvarez**

Profesor Contratado
Dr. Comunicación
Audiovisual de la
Universidad
Complutense de
Madrid, España



**Javier
Rodríguez
Rosado**

Investigador
Fundación iS+D,
España



RESUMEN

El suicidio es un hecho que afecta a una parte significativa de la población especialmente a los hombres. Este fenómeno tiene componentes culturales que están directamente relacionados con el género. A través de esta investigación se analiza la asociación existente entre los elementos constitutivos de la masculinidad y el suicidio. Existe una relación importante entre algunas causas de suicidio y el rol del varón. Algunas de estas causas son visibles, como en el caso de las adicciones, en las que el consumo de alcohol y drogas es mayor en el caso de los hombres; o en de la violencia-suicida, como en el caso del suicidio terrorista o el que tiene lugar después de episodios de violencia de género. Otras causas se encuentran más escondidas como la de no poder cumplir con su función de proveedores o el sentimiento de desamparo y la depresión a las que los hombres se enfrentan con dificultad al tener más problemas para pedir ayuda o demostrar sus emociones.

ABSTRACT

Suicide is a fact that affects a significant portion of the population, specially men. This phenomenon has cultural components that are directly related to gender. Through this study the association between the constituent elements of masculinity and suicide is analyzed. There is a significant relationship between some causes of suicide and the role of the male. Some of these causes are visible, such as addictions, where alcohol and drugs is higher for men; or violence, as in the case of terrorist suicide or after episodes of domestic violence. Other causes are more hidden as failing to fulfill their role as providers, or helplessness and depression to which men are confronted with difficulty because of their problems more trouble for help or show their emotions. Other causes are more hidden as failing to fulfill their role as providers, helplessness or depression to which men are confronted with difficulty by having more trouble to ask for help or to show their emotions.

Palabras clave

Suicidio; masculinidad; rol del varón, depresión; desamparo; violencia; consumo alcohol y sustancias tóxicas; funciones del varón.

Key words

Suicide; masculinity; male role; depression; helplessness; violence; alcohol and drug abuse; male functions.

1. Introducción

El suicidio es un tema tabú en Europa, al igual que para la mayoría de las sociedades del mundo. Supone un ataque directo al centro del instinto de supervivencia que caracteriza la vida, porque es un acto deliberado de terminar con ella, y eso produce mucho miedo social. Miedo al que las sociedades responden escondiendo el hecho como si su existencia fuese algo del pasado, algo que le sucede a gente extrema, personas que se salen de la media, la mediana y la moda.

Los medios de comunicación, amplificadores de sucesos de todo tipo, callan cuando de suicidio se trata. Es como si existiera un pacto de silencio alrededor de esta tragedia en un intento por hacer de este acto algo marginal del que la mayoría está a salvo.

Pero el suicidio existe y su tasa en Europa produce escalofríos. No se suicida una parte marginal de la sociedad, sino muchos de sus miembros, más de los que parece. Y la mayoría son hombres. Sí, hombres, esa mitad de la población a la que se le presupone la fuerza y la racionalidad. Ese colectivo que el modelo androcéntrico ha convertido en el "ideal", el ejemplo a seguir, el imitable. Entonces, ¿por qué se suicidan tanto los hombres en todas partes? ¿No será que el rol de género masculino encierra trampas que dificultan la vida?

Está claro que de los hombres se sabe poco, y lo poco que se sabe, va aflorando a cuentagotas sin que se haga demasiada difusión al respecto. La masculinidad es transparente, es la opción por defecto, el paradigma cuyos parámetros se dan por establecidos a priori como algo tan incontestable para el grupo como irrenunciable para el individuo. Esta transparencia ha provocado que durante años la masculinidad

haya pasado desapercibida como potencial objeto de estudio y ha supuesto una verdadera tiranía para muchos varones.

La tasa de suicidio masculina es el doble que la femenina en la mayoría de los países del mundo, lo que suscita una serie de interrogantes:

- ¿Qué motivos llevan a que se den más casos de suicidios masculinos que femeninos?
- ¿Existen cuestiones culturales detrás de este hecho?
- ¿Cuáles son sus orígenes?
- ¿Qué lleva mayoritariamente a los hombres a ir en contra del instinto de supervivencia?

Esta investigación se propone dar respuesta a todas estas preguntas. Se pretende aportar datos sobre un hecho que afecta muy negativamente al colectivo de hombres de cara a intentar explicar y ofrecer argumentos para disminuir la tasa de suicidios masculina.

El suicidio tiene componentes culturales que están directamente relacionados con el género, lo que hace que exista una relación entre algunas de las obligaciones que impone la masculinidad, entendida como un constructo social que les indica a los hombres el papel que se espera de ellos en la sociedad, y las elevadas tasas de suicidio.

El interés de este estudio está orientado a conocer las causas que motivan este fenómeno -enfermedades mentales, violencia, sentimiento de pérdidas afectivas y de

identidad de género, experiencias de maltrato y abusos sexuales durante la infancia-, y su relación con los elementos constitutivos de la masculinidad.

2. Antecedentes

2.1. Perspectivas de análisis

2.1.1. Histórica

El suicidio no es un fenómeno novedoso desde el momento en el que se trata de un suceso universal en el tiempo y en el espacio, pues ya desde la Antigüedad Clásica, se pueden encontrar escritos relativos al suicidio. (Tondo, 2014), (García, Fonseca, & García, 1993).

La mayoría de los escritos históricos acerca del suicidio y su evolución se centran en el sentimiento de pérdida que producía en la sociedad y reflejan el grado de tolerancia con el que era percibido este fenómeno, tolerancia que ha oscilado entre la criminalización y penalización del hecho, hasta su ensalzamiento en determinadas circunstancias como puede ser el suicidio realizado como un acto de heroísmo, pasando por su vinculación con la enfermedad mental o con determinadas circunstancias personales que inducían al deseo suicida.

Durante el Reino Medio en Egipto, dentro de la denominada literatura pesimista, existe un relato "La Disputa de un hombre y su Ba" que narra el diálogo interno entre un hombre desesperado por la situación social que se vive en Egipto en aquella época, y su Ba (parte espiritual). Se trata de un relato en el que se apela al suicidio como

única solución para escapar de sus problemas (Martín Rosell, 2010). Durante el reinado de Ramsés III, tras haber reconocido a una primera esposa, tomó una segunda, llamada Tiy, que promovió una conspiración con el fin de situar en el trono a su hijo Pentauret. La conspiración fue un fracaso y los conspiradores fueron ejecutados, si bien a siete de ellos se les permitió suicidarse, e incluso uno fue condenado a suicidarse. (Grimal, 1996-2004). Otro de los suicidios más notorios que han pasado a la historia, fue el de Cleopatra VII de la dinastía de los Ptolomeos, última reina del Antiguo Egipto, parece ser que por medio de la picadura de una víbora (Espinoza, 2001).

En Grecia la consideración del suicidio era contradictoria, pues por un lado no se aceptaba el hecho de poner fin a la propia vida y, por otro, se aceptaba, siempre y cuando fuesen motivadas por actos de heroísmo, abandono amoroso o enfermedad dolorosa.

Con el reconocimiento de la primacía de la razón sobre las emociones se pasó a condenar el suicidio como un acto criminal. Muchas celebridades de la época se suicidaron, aunque filósofos como Platón se oponían al suicidio. En Roma era un hecho repetido y, al igual que en Grecia, muchas personalidades públicas cometieron suicidio que llegaba hasta los emperadores, como el caso de Nerón.

A pesar de que muchos filósofos primaban el uso de la razón y el control de la emociones, el suicidio no era un evento nada raro en la antigua Roma. Sin embargo, la jerarquía social también afectaba a la tolerancia y aceptación con el suicidio, pues mientras que en los hombres libres no era un hecho aislado, no se toleraba el suicidio de los esclavos.

Desde el punto de vista religioso, para las religiones monoteístas hebrea, cristiana y musulmana el suicidio es comprendido con más o menos intensidad, si bien era condenado como tal. El Corán lo considera un delito más grave que el homicidio.

San Agustín considera el suicidio un pecado y Santo Tomás de Aquino se pronuncia de forma similar por ser Dios el único que puede dar y quitar la vida. (García, Fonseca, & García, 1993).

Con la llegada del Renacimiento y la Ilustración se dulcifica la actitud frente al suicidio aunque autores como Hobbes (1588-1679) lo considerasen un atentado contra de la ley natural (Tierney, 2006). En Inglaterra a partir 1600 los sistemas legales fueron más indulgentes con el suicidio, siendo la mayoría asociada a la enfermedad mental (Tondo, 2014). A pesar de ello, los cuerpos de los y las suicidas eran exhibidos y mutilados como advertencia para los demás en la mayoría de los países europeos.

Será a partir de Robert Burton (1577-1640) cuando en el siglo XVI-XVII se ofrezca una percepción del suicidio más parecida a la actual, al reivindicar una mayor tolerancia y vincularlo con patologías como la melancolía (Burton, 2006) . No obstante, y a pesar de estas nuevas formas de posicionamiento frente al suicidio, en la mayoría de las culturas occidentales siguió estando penalizado.

En el siglo XVIII filósofos como Hume (1711-1776) comienzan a contradecir a San Agustín en su interpretación del acto suicida como un grave pecado y un acto delictivo (Hume, 2004) y a utilizar argumentos racionales para su justificación. Voltaire considera aceptable el suicidio en casos de extrema necesidad (Voltaire, 2007).

Tondo incorpora la perspectiva de género en la evolución histórica del suicidio y hace una breve descripción de los motivos diferenciales que llevan a las mujeres a suicidarse en comparación con los hombres, y cita para el caso de las primeras, la tradición histórica de vincular el suicidio femenino con las emociones, mientras que en el caso de los hombres la causa estaría relacionada con las dificultades económicas. Esta distinción se corresponde con el rol tradicional de proveedor asignado a los hombres y con el mundo emotivo asociado a las mujeres (Tondo, 2014). Este autor destaca también las aportaciones de autores clásicos como Quetelet (1796-1874) o Durkheim (1858-1917), que describen el suicidio y versan sobre las posibles causas que lo motivan.

Mención especial requiere la vinculación del suicidio con la cultura militar en la que el suicidio era una forma de escape de los hombres que rechazaban el belicismo característico de la institución militar. Como señala Simón Alegre (2011, pág. 460) en su análisis sobre el modelo de masculinidad castrense durante el periodo de la Restauración Española (1873-1923), el suicidio se fue perfilando como un hecho ligado al sexo masculino, además de ser un opción popular entre el personal militar. Este discurso contravenía profundamente el discurso militar basada en el valentía, el coraje y la ausencia de miedo, lo que en opinión de esta autora fue la causa del mutismo que rodea el hecho del suicido dentro de la cultura militar (págs. 516-517).

2.1.2. Perspectiva clínica y psicológica

Desde la perspectiva de la salud, buena parte de los estudios sobre el suicidio se centran en las causas que lo motivan y en las medidas preventivas que se pueden instrumentar para evitarlo. Los estudios epidemiológicos han jugado un importante papel en la identificación y determinación de los factores de riesgo potenciales relacionados con el suicidio y la conducta suicida. (Mościcki, 1997). Algunos autores incluyen como entre otras causas de suicidio, factores genéticos, trastornos psiquiátricos, traumas y factores socioculturales (Stathman, y otros, 1998).

Según la OMS son factores de riesgo: las enfermedades mentales -principalmente la depresión y los trastornos por consumo de alcohol-, el abuso de determinadas sustancias, la violencia, las sensaciones de pérdida y diversos entornos culturales y sociales (OMS, 2014).

García de Jalón y Peralta destacan la confluencia de factores sociales, psicológicos y biológicos en las conductas suicidas y los clasifican en tres grandes grupos: sociodemográficos, clínicos y genéticos/neurobiológicos (Jalón & Peralta, 2002).

También proliferan los estudios centrados en el suicidio entre jóvenes y adolescentes con comportamientos suicidas. Algunos ponen el acento en la familia como vehículo de transmisión de los trastornos suicidas. Aunque los trastornos psiquiátricos también son hereditarios, la conducta suicida parece ser transmitida familiarmente independientemente de estos trastornos y, aunque destacan los componentes genéticos, lo cierto es que alguno de los factores que incluyen se refiere a los comportamientos paternos (Brent & Mann, 2006). Otros se centran en la relación

entre los acontecimientos negativos vividos por los adolescentes y el comportamiento suicida (Sandín, Chorot, Santed, Valiente, & Jr., 1998).

Lake y Gould incluyen el factor contagio como un tipo de suicidio que puede afectar a colectividades definidas por áreas geográficas separadas por el tiempo, o por proximidad espacial dentro de la misma temporalidad (Lake & Gould, 2014).

Cuando se trata de clústeres suicidas que se corresponden con personas de una misma zona geográfica, pero separadas en el tiempo, el contagio no es considerado un factor de riesgo. (Lake & Gould, *Suicide clusters and suicide contagion*, 2014)

Gutiérrez-García, Contreras y Orozco-Rodríguez, destacan la relación existente entre los trastornos afectivos y la propensión a causarse daño a sí mismo, y mencionan expresamente la desesperanza con la ideación suicida que se convierte en un factor clave en la relación entre depresión y suicidio (Gutiérrez-García, Contreras, & Orozco-Rodríguez, 2006). Estos autores distinguen entre el suicidio consumado y el intento de suicidio y, dentro de estos últimos, diferencian entre la tentativa grave, en la que el suicidio no tiene lugar por causas ajenas a la persona suicida, y la tentativa leve en las que no se tiene una verdadera intención de llegar hasta el final.

En lo que coinciden la mayoría de los investigadores es en considerar el suicidio como un trastorno biológico que puede ser desencadenado por circunstancias medioambientales y en la estrecha relación existente entre la enfermedad mental – sobre todo la depresión– y el suicidio.

Si se incorpora la variable sexo a los estudios sobre enfermedades mentales, se puede observar que es un tema pendiente en lo que al colectivo masculino se refiere,

pues la atención a la propia salud es una cuestión poco interiorizada por los hombres en general y, eso afecta al suicidio también. Eso hace que los varones tengan en términos generales estilos de vida menos saludables que las mujeres (Courtenay, 2003).

2.1.3. Perspectiva sociológica

Si bien ya existían precedentes que trataban el tema del suicidio desde una perspectiva social, como Montesquieu al desvincularlo de la locura (Montesquieu, 1821), o Hume que se oponía a la idea de que el suicidio no era un atentado contra la sociedad (Hume, 1988), será Emile Durkheim quien en 1897 introduce este fenómeno desde el punto de vista sociológico dotando a su estudio de un carácter científico (Durkheim, 2012). Define el suicidio como “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir ese resultado”.

A partir de Durkheim el estudio del suicidio supone pasar del plano individual al plano colectivo, es decir, que cambia el foco del análisis que se traslada de la persona al grupo social. Con esta nueva perspectiva se supera la correspondencia entre el tratamiento del suicidio y la medicina y la psicología al incorporar los sucesos sociales a la comprensión y entendimiento de este fenómeno frente a la visión clínica que tiende a reducir el suicidio a una patología que puede ser neutralizada.

Lo que nos dice el sentido común, con toda la arbitrariedad de su naturaleza inmediata, es que la captación espontánea de la idea del suicidio está tan estrechamente relacionada con la razón médica que no pertenece propiamente al discurso sociológico. A este respecto, uno de los méritos a menudo no reconocidos de la sociología durkheimiana fue el de enfrentarse abiertamente, en su propio tiempo, a la hegemonía discursiva que ejercían la psicología y la psiquiatría sobre la cuestión del suicidio... Durkheim impuso a la sociología del suicidio una de sus condiciones de posibilidad, la de fundamentarse más allá del discurso de la razón médica. (Gonthier, 1998, pág. 118)

Es a partir de Durkheim cuando se reconoce el suicidio como un hecho social. Se trata de determinar en qué medida la sociedad, con su conjunto de valores, creencias y costumbres, influye sobre el individuo y qué relación tiene esta influencia con las ideas suicidas. Señala Contreras que la sociología se iba a preocupar del impacto que el suicidio tenía como fenómeno social utilizando la estadística como herramienta principal de análisis y continúa afirmando que en el siglo XX algunos criminólogos incorporarían a los trabajos sobre el suicidio el contexto social en el que se mueven los individuos y las causas sociales que hubieran podido determinarlo (Contreras, 2007).

Ruiz, citando a Horton, señala que a pesar de la estrecha relación que hay entre enfermedad mental y suicidio, existen otro tipo de factores de carácter colectivo que inciden en este fenómeno, como son las épocas de crisis, familiares e individuales (Ruiz, 2014).

Está claro, que el suicidio no puede explicarse únicamente en términos médicos, pues como señala Gonthier,

Habría mucho que decir sobre esta razón médica a la que corresponde en exclusiva resolver la cuestión del suicidio. También habría mucho que comentar sobre este procedimiento que tiende a eludir y eliminar la violencia del suicidio al definirlo simplemente como indicio de una enfermedad, que tiende a vaciar al suicidio de su sustancia social al reducirlo al juego abstracto y pacificador de una patología envolvente y, como tal, posiblemente neutralizable (Gonthier, 1998, pág. 118).

Dube et al., incluyen como una de las causas que aumenta el riesgo de tener un comportamiento suicida a lo largo de su vida, el abuso emocional, físico o sexual experimentado durante la niñez (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson, & Giles, 2001).

2.1.4. Perspectiva mediática

La preocupación por la influencia de los medios en el fenómeno del suicidio adquiere relevancia a partir del estudio realizado por Phillips en la década de los 70 en el que llega a la conclusión de que el número de suicidios aumenta cuando se publican noticias sobre suicidios en los medios de comunicación. Phillips denomina a este hecho el "efecto Werther" (Phillips, 1974), debido al aumento del número de suicidios a raíz de publicarse en 1774 la novela "Las penas del joven Werther" en la que se relataba el sufrimiento por amor del protagonista que le lleva a quitarse la vida.

En este sentido, existen múltiples estudios focalizados en la posible relación existente entre el aumento de la tasa de suicidios y la difusión de este fenómeno a través de los medios de comunicación (D.P., Lesnya, & Paight, 1992; Mazurk, 1993; Gould, Jamieson, & Romer, 2003; Lake & Gould, 2014).

Hay autores/as que consideran que los medios de comunicación refuerzan las ideas y las creencias existentes en una sociedad y “los medios amplifican el contenido de lo que dicen y [...] también amplifican las construcciones de los discursos y el sentido de sus contenidos” (Millán, García, Rodríguez-Peral, & Servant, 2008). Esta amplificación de los hechos sociales también tiene un efecto multiplicador cuando de informar sobre suicidios se trata ya que la difusión mediática puede amplificar los efectos de otros factores que llevan al suicidio (Cutler, Glaesen, & Norberg, 2001).

Niederkrötenhaler et al. llegan a la conclusión de que el efecto mediático de noticias sobre suicidio se produce en las personas que presentan características comunes con el personaje suicida, sobre todo cuando se trata de personajes famosos (Niederkrötenhaler, Till, Kapusta, Voracek, Dervicf, & Sonnecka, 2009). Estos autores sostienen que las noticias sobre suicidio tienen mayor o menor influencia en la sociedad según sea el estatus que ocupe la figura del suicida y baraja las hipótesis de que cuanto más elevada es la posición de la persona suicida en la jerarquía de la pirámide social, mayor será la posibilidad de contagio para cometer suicidio (Niederkrötenhaler, Till, Kapusta, Voracek, Dervicf, & Sonnecka, 2009).

Por su parte, Stack, en su estudio realizado entre 1948 y 1983, demostró que la publicidad en los medios sobre el suicidio de personas famosas estaba relacionada con el aumento de las tasas de suicidio ocurridos durante el mes siguiente a la muerte de

la celebridad, y que la edad, el sexo y la etnia estaban relacionadas con la imitación de la conducta suicida, lo que sustenta la teoría de la identificación de los sujetos con ideas suicidas con las celebridades que cometieron suicidio (Stack, 1987).

Algo similar sustentan Cheng, et al. cuando afirman que la muerte por suicidio de celebridades difundida a través de los medios de comunicación pueden aumentar las tasas de suicidio debido al efecto *copycat*. En su estudio llegaron a la conclusión de que la extensa cobertura mediática del suicidio de una celebridad en Taiwan fue seguida por un aumento del número de suicidios, y también que existe gran similitud entre el suicida y el imitador en términos de sexo (masculino) y método utilizado (ahorcamiento) (Cheng, Keith, Lee, & Chen, 2008).

2.1.5. Perspectiva de género

Desde una perspectiva de género, se puede afirmar que el suicidio es un hecho social que afecta de forma diferente a las mujeres y a los varones. Esta diferencia es consecuencia de las diferentes expectativas que la sociedad tiene de sus mujeres y de sus hombres. A este respecto existe una división entre las posturas que defiende que los hombres y las mujeres nacen y las que sostienen que se hacen, lo que convierte a ambos colectivos en *masculinos* o *femeninos*.

El modelo de masculinidad hegemónica asentado en el poder como dominación, configura una imagen del hombre basada en la fuerza, la competitividad, el control emocional, la racionalidad y la valentía (Rosado Millán, 2011; Connell R. W., 2005; Williams, Stephenson, & Keating, 2014). Este modelo tiene sus ventajas y sus

inconvenientes. Entre las ventajas se encuentra la alta autoestima que pertenecer al colectivo varonil reporta a los hombres. Sin embargo, las desventajas son diversas: por un lado, la opresión que experimentan aquellos hombres que por diversas razones no encajan en el modelo; por otro, la ausencia de recursos económicos, emocionales, de autoayuda, etc., destinados a los hombres cuando se les presentan problemas que les tornan vulnerables, pues la vulnerabilidad es un tema tabú para la masculinidad, lo que en opinión de Williams et al., tiene un coste considerable para los hombres a nivel individual.

En el estudio llevado a cabo en Estados Unidos por Simon en 2008 se demuestra que los hombres cometen suicidio 3 a 4 veces más que las mujeres, pero éstas lo intentan 3 veces más que los hombres (Simon, 2008). Esta conclusión es ratificada por otros autores como García de Jalón y Peralta, quienes destacan las principales diferencias de suicidios por género: las mujeres lo intentan más, pero los hombres se suicidan más (Jalón & Peralta, 2002; Addis, 2011).

Algunos autores afirman que la capacidad de los varones de producir daño se encuentra validada a nivel social e individual (Miller & Bell, 1996). Por ello, Mac an Ghail y Haywood consideran que la percepción de la masculinidad como generadora de violencia y agresividad es mucho mayor que la percepción de la masculinidad como generadora de vulnerabilidad y riesgo (Ghail & Haywood, 2012). De la misma forma se pronuncia en 2007 en una entrevista en el semanal *The Observer*, Ed Balls¹, quien afirmaba que había que tener prestar atención a los chicos debido a su dificultad para pedir ayuda cuando la necesitan:

¹ Ed Balls fue el Secretario de Estado para la Infancia, Escuelas y Familia de 2007 a 2010 durante el gobierno de Gordon Brown en el Reino Unido.

We know that girls are better than boys at asking for help when the need it. That is why we are calling on professionals working with children to keep a close eye on boys in particular and spot when they are distressed. (Revill & Lawless, 2007)

Muchos estudios sobre el suicidio han puesto el acento en los aspectos biológicos o psicológicos desdeñándose los factores sociales asociados al género (Swami, Stanistreet, & Payne, 2008) (Canetto, 1997). Sin embargo, hay otros que se preguntan por el peso de los factores socioculturales en las conductas y comportamientos suicidas. Por ejemplo, Barnes, Lawson y Ball consideran que se debe poner atención valores, creencias y costumbres de las diferentes culturas que afectan a la salud mental y a su repercusión sobre el suicidio. La drogadicción y el alcoholismo son dos de los principales factores de riesgo de suicidio y reconocen que la atención prestada a las diversas etnias existentes en EE.UU., es diferente. Desde el punto de vista de género, los autores destacan que son los varones los que menos atención reciben ante este tipo de dolencias, por lo que enfermedades como la depresión pueden pasar desapercibidas. Además, el sentimiento de tristeza o melancolía son interpretados como un signo de debilidad, lo que hace que los jóvenes de la población masculina negra lo internalizan provocando a los demás, bien exponiéndose a su propia muerte en un esfuerzo de ser aniquilados o bien suicidándose. Destacan que la falta de un sentimiento de identidad propia en relación con el grupo dominante puede convertirse en un factor clave en el comportamiento suicida (Barnes, Lawson, & Ball, 2014). No hay que olvidar que la dominación masculina no se ejerce únicamente sobre las mujeres, sino también entre los hombres (Rosado Millán, 2011), (Williams, Stephenson, & Keating, 2014). Eso hace que se les

entrene, desde la más tierna infancia, en la competitividad para conseguir el poder, utilizando la violencia si es necesario.

Siguiendo con la salud desde la perspectiva de género, Courtney incluye otros factores relacionados con el comportamiento masculino que repercuten en la misma, como son: las acciones de riesgo, la violencia física, la respuesta al estrés o la ausencia de una red asistencial de atención a los hombres (Courtenay, 2003), factores que son producto del rol de género que la masculinidad impone a los varones y que pueden tener su repercusión en las conductas suicidas.

La ausencia de una red asistencial de ayuda al colectivo masculino es puesta de manifiesto también por Williams et al., no solo por la carencia de recursos de atención para este colectivo, sino por no considerarle merecedor de ningún tipo de análisis debido a la posición de privilegio que le otorga la sociedad (Williams, Stephenson, & Keating, 2014).

Esta situación de desprotección va ligada al silencio de los hombres cuando se sienten vulnerables por el incumplimiento de rol de género, como la falta de trabajo, el no poder suministrar recursos económicos a la familia, su falta de autoestima por un sentimiento de inferioridad ante otros hombres, o alguna causa que les haga sentirse débiles (Addis, 2011).

Ese carácter de proveedor de recursos influye en la personalidad masculina, lo que hace que la pérdida de un trabajo o la disminución de ingresos, influya en el estado de ánimo de los hombres. Sher afirma que la conducta suicida en el caso de los varones se encuentra influenciada por factores socioeconómicos tales como los ingresos, la riqueza y el estatus en el entorno laboral (Sher, 2014).

En definitiva, la creencia de que los hombres son demasiado fuertes y duros para ser víctimas ampara la desigualdad de género a costa de los hombres.

2.2. Teorías nacionales e internacionales

2.2.1. Tipologías sobre el suicidio

La OMS considera el suicidio como una de las cuatro causas posibles de muerte (natural, accidental, suicida y por homicidio) y define el suicidio como “the act of deliberately killing oneself (el acto de una persona de quitarse la vida intencionadamente”².

Según José Barrionuevo en relación con la etimología de la palabra suicidio, que proviene del latín *suicidium*: *sui* (sí mismo) - *cidium* (matar). Los griegos lo expresaban como *autokeiria*: *autos* (sí mismo) y *keiros* (mano), lo que significaría: muerte elegida por uno mismo, o sea ejecutada por mano propia. Según este autor, el término latino enfatiza la idea de matar y el griego la del acto con intención o deliberado (Barrionuevo, 2013). En castellano, el diccionario de la Real Academia va más allá al incluir no solo la acción de suicidarse, sino las conductas que perjudican o pueden perjudicar muy gravemente a quienes las realizan (Real Academia Española, 2014).

El concepto de *suicidio* se puede desagregar en una serie de modalidades que varían de unos autores a otros en función del grado de desagregación al que llegan.

² <http://www.who.int/topics/suicide/en/>

Partiendo de la teoría clásica, Durkheim en su estudio sociológico sobre el suicidio distingue los siguientes tipos:

- Suicidio egoísta: ocurre cuando la sociedad en la que se vive ha sufrido un grave proceso de desintegración, es decir, aquellas que han promovido un alto grado de individualismo, «el yo individual se afirma con exceso frente al yo social».
- Suicidio altruista: sería el opuesto del anterior. Se da en aquellas sociedades excesivamente integradas, donde el yo individual se pierde por lo colectivo; es como un sentimiento de deber para la sociedad en la que se integra.
- Suicidio anómico: se da en sociedades perturbadas, en momentos de crisis económica o convulsivos cambios sociales. El individuo percibe que no encaja en la sociedad, por ejemplo los 'sin techo' y los huérfanos.
- El suicidio fatalista: se observa en los grupos en los que hay un control excesivo, como en las sociedades de esclavos.

Más recientemente, Pierre Morón (1980), reconoce en la conducta suicida bajo cuatro niveles distintos:

- La idea de suicidio como simple representación mental del acto.
- La veleidad del suicidio como acto apenas esbozado.
- El intento suicida como acto incompleto, que se resuelve como un suceso negativo.
- El acto específico de quitarse la vida, sancionado por la muerte.

A nivel internacional, en otros países encontramos algunas definiciones sobre el hecho social del suicidio. Por ejemplo, el Departamento de Salud del Estado Libre

Asociado de Puerto Rico incluye una serie de definiciones relacionadas con el comportamiento suicida (Departamento de Salud Gobierno Puerto Rico, 2014):

- Idea: pensamiento presente que tiene una persona sobre el deseo de matarse o morir.
- Amenaza: expresión verbal o escrita del deseo de matarse o morir.
- Intento suicida: todo acto destructivo, autoinfligido, no fatal, realizado con la intención implícita o explícita de morir.
- Muerte por suicidio: todo acto destructivo, autoinfligido, fatal, realizado con la intención implícita o explícita de morir.

En este sentido se pronuncia Pérez Barrero en un glosario de términos suicidológicos en los que, además de incluir entre las modalidades de suicidio el intento y la amenaza suicida (Barrero, 2014), detalla otros conceptos relacionados con este fenómeno:

- Acto suicida. Incluye el intento de suicidio y el suicidio
- Autolesión intencionada. En ingles 'deliberate self harm' (dsh). Nombre que sirve para designar el intento de suicidio.
- Daño autoinfligido. Son los efectos perjudiciales que resultan de la realización de un intento suicida o un suicidio. Gran repetidor. Es el individuo que ha realizado tres o más intentos de suicidio.
- Hara-kiri o Seppuku. Forma tradicional de suicidio en el antiguo Japón Se denomina "suicidio ritual por desentrañamiento" y era concebido como un acto de honor.
- Idea suicida.

- Pacto suicida. Acuerdo mutuo entre dos o más personas para morir juntos al mismo tiempo, usualmente en el mismo lugar y mediante el mismo método.
- Plan suicida. Son pensamientos o ideas suicidas con una adecuada estructuración utilizando un método específico, a una determinada hora, por un motivo concreto.
- Suicidio. Es una de las formas de morir en la que el individuo utilizando un determinado método se autoagrede y el resultado de esta agresión conduce a la muerte.
- Suicidio accidental. Es el suicidio de sujetos que no deseaban morir pero que realizaron un intento de suicidio con un método de elevada letalidad.
- Suicidio ampliado. El suicida priva de la vida a otros que no desean morir.
- Suicidio asistido. Suicidio en el que la muerte del sujeto, aunque ha sido ocasionada por el mismo, han intervenido otro u otros individuos.
- Suicidio colectivo. Término utilizado para referirse al suicidio de grupos de personas, principalmente por motivaciones religiosas o políticas.
- Suicidio doble. Suicidio de dos personas relacionadas entre sí, que pueden o no haber realizado un pacto suicida.
- Suicidio frustrado. Es aquel acto suicida que no conlleva la muerte del sujeto por circunstancias fortuitas, casuales, imprevistas, que si no se hubieran presentado, se hubiera producido necesariamente el desenlace fatal.
- Suicidio racional. Suicidios que ocurren en ausencia de una enfermedad mental.

Otros autores consideran que el suicidio es aquel acto deliberado por el que una persona se provoca la muerte o intenta provocársela deliberadamente y distinguen

entre el suicidio consumado y los intentos de suicidio que pueden ser altamente letales o no. La letalidad es lo que distingue a los intentos de suicidio, ya que su finalidad es diferente, pues los intentos altamente letales no producen la muerte debido a que el método elegido para suicidarse no ha sido letal, mientras que los intentos de baja letalidad constituyen una llamada de atención (Gutiérrez-García, Contreras, & Orozco-Rodríguez, 2006).

2.2.2. Teorías generales sobre las causas de suicidio

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), y una gran parte de las investigaciones sobre suicidio (Addis, 2011; Rosado Millán, 2011; Ruiz, 2014; Posner, et. al., 2014; Brown & Green, 2014; Lake & Gould, 2014; Bernes, et. al., 2014; Shear & Zisook, 2014; Fawcett, 2014; Perna & Schatzberg, 2014; Lineberry & Brady, 2014), las causas que llevan al mismo se pueden resumir en:

- Enfermedades mentales. La OMS incluye en el Plan de Acción de Salud Mental 2013-2020 las siguientes enfermedades que pueden influir en las conductas suicidas: depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastornos de ansiedad, demencia, trastornos por uso de sustancias, discapacidad intelectual y trastornos del desarrollo y del comportamiento en la infancia y la adolescencia, incluyendo el autismo.
- Enfermedades crónicas. La enfermedad se asocia con la debilidad algo contrario a uno de los atributos de la identidad masculina por excelencia: la fuerza, lo que hace que al colectivo masculino se le relacione con las

enfermedades que están alineadas con el código de la masculinidad como puedan ser las cardiovasculares y las vinculadas al estrés.

- Adicciones. La investigación destaca la fuerte relación existente entre el consumo de sustancias tóxicas y alcohol y el comportamiento suicida. El análisis desde la perspectiva de género indica que el consumo de alcohol suele ser más elevado entre los hombres que entre las mujeres, si bien la imitación del modelo androcéntrico hace que las adicciones hayan aumentado en el colectivo femenino.
- Violencia: percepción de la masculinidad como agresiva. El suicidio es un acto violento contra uno mismo. Además, existe un tipo de suicidio que afecta al colectivo masculino de manera casi exclusiva que es el suicidio que cometen los hombres después de haber protagonizado episodios de violencia de género o contra familiares con resultado de muerte.
- Invisibilidad de la vulnerabilidad masculina: percepción de la masculinidad como fuerte y no vulnerable lo que obstaculiza que los hombres puedan pedir ayuda.
- Sentimiento de pérdida (afectiva, económica y de estatus social). Este tipo de suicidio está relacionado con la violencia de género y con la pérdida de empleo. El primero se basa en la socialización del varón en el poder y la dominación y el segundo afecta al carácter proveedor que dicha socialización sitúa del lado de los hombres.
- Maltrato infantil. El abuso físico o sexual experimentado durante la niñez y la humillación de los niños son factores de riesgo de suicidio.

2.2.3. Los hombres y la masculinidad

La idea de que la masculinidad es una construcción social no es nueva. Ya en los años 50 del siglo XX Hacker (1957) hacía referencia a la naturaleza social de la misma, con la consiguiente posibilidad de transformación de las conductas de los hombres.

Esta masculinidad de carácter hegemónico fue el resultado de la instauración del sistema patriarcal cuya estructura social tiene forma de "T" invertida "⊥" en la que la columna está formada por el colectivo de hombres ordenados jerárquicamente, y la base está constituida por el colectivo de mujeres, los/as niños/as y los hombres que no pueden valerse por sí mismos por cuestión de la edad o de algún problema que afecta a sus capacidad físicas o, en la antigüedad, que eran esclavos.

Ello significa, como señala Connell, que una minoría de hombres se erige en el patrón de normalidad (aunque estadísticamente no lo sea) que impone sus normas a los demás hombres y que se considera "superior" al colectivo femenino (Connell R. W., 2005).

Esa normatividad en la que no encajan muchos hombres hace que la construcción de la(s) identidad(es) masculina(s) esté llena de contradicciones. La masculinidad no hace referencia a un tipo de hombre concreto, sino que alude a la forma en la que los hombres se posicionan dentro del colectivo de hombres a través de los discursos que los define genéricamente (Wetherell & Edley, 1999).

La construcción de la identidad masculina está formada por una serie de atributos que establecen lo que los hombres deben y no deben ser, y por la dominación

masculina que se basa en la idea de poder, idea en la que son socializados los hombres (Rosado Millán, 2011; Ramírez & Toro, 2002; Kaufman, 1997; Kimmel, 1997; Connell R. , 1995). Todo ello redundando en la realización de las funciones sociales atribuidas a los varones: protección y provisión fundamentalmente que van a estar marcadas por la forma de ser y de comportarse que se supone que son características de los hombres.

El rol de la masculinidad viene determinado, por un lado, por los atributos que definen lo que debe ser un hombre: fuerte, competitivo, valiente y racional; y por otro, por las funciones que se encuentran socialmente atribuidas primordialmente a los varones, que son las relativas a la provisión de recursos necesarios para la vida y a la protección hacia uno mismo y hacia los demás (Rosado Millán, 2011).

El rol de proveedor es compartido por muchos estudiosos del tema (Poncela, 2002; Jociles Rubio, 2001). La provisión está directamente relacionada con el estatus que ocupa cada hombre en sociedad (Valdés & Olavarría, 1998). Esta función ha hecho que el trabajo remunerado constituya una parte importante de la identidad masculina, de tal forma que su incumplimiento conduce a veces a la depresión o a determinadas adicciones como el consumo de drogas o alcohol.

Estas evasiones de la realidad social, unidas a la violencia como hecho considerado consustancial al varón –como se expone en el epígrafe 3.2.3- hacen que algunos varones las utilicen en un intento de dar salida a su frustración (Katzman, 1991).

En cuanto a la protección, le ha venido asignada a los varones desde las Revoluciones Neolíticas cuando el desarrollo demográfico, fruto de la sedentarización,

requería un crecimiento rápido de la población lo que hacía necesario la preservación de las mujeres (Rosado Millán, 2011; Lerner, 1986).

Hay una tercera función protagonizada por los hombres que es compartida también por el colectivo femenino: la reproducción. Por esta razón, Gilmore define al hombre como el compendio de las tres P "protector", "preñador" y "proveedor" (Gilmore, 1994).

Por su parte, Levan y Pollack (2008) describen al rol de la masculinidad formado por:

1. Éxito, poder y competitividad.
2. Control emocional.
3. Comportamiento emocional restrictivo entre los varones.
4. Conflicto para conciliar el trabajo y las relaciones familiares.

2.2.4. Los hombres y la salud mental

La asociación de la mujer con los trastornos mentales está ampliamente recogida en la literatura científica. El estudio de Bones Rocha, et. al, basado en datos de la Encuesta Nacional de Salud de España, realizada en 2006, y en la que participaron 29.476 personas entre los 16 y 64 años de edad, destaca como factores de prevalencia de problemas de salud mental, los siguientes: ser mujer, estar separado/a, tener enfermedades crónicas, el desempleo, el estatus social o disponer de poco apoyo social (Bones Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell, & Obiols, 2010).

En las conclusiones y discusión final de dicho estudio, se afirma que las mujeres presentan una mayor prevalencia de mala salud mental.

Otros trabajos que desagregan más por tipo de patología mental indican que, según los datos registrados en función del sexo, las mujeres suelen ser más proclives a los trastornos de tipo depresivo o ansiedad, mientras que los hombres están más relacionados con las patologías mentales derivadas del consumo de alcohol y sustancias tóxicas (Montero, y otros, 2004). No obstante, estos autores reconocen que “hasta que éstas no se evalúen desde una perspectiva de género, y no sólo tomando el sexo como una variable estructural más, no tendremos respuestas más allá de la especulación”.

Es la perspectiva de género la que lleva a Bonino a preguntarse por la salud mental de los varones y a considerar que se encuentran infrarrepresentados en los dispositivos de salud para los que las patologías masculinas resultan invisibles (Bonino, 2000). Riska es otra autora que se refiere a la invisibilidad masculina referida a la salud mental debido a que el foco de interés investigador se ha centrado sobre las mujeres y la condición femenina (Riska, 2009).

Otra investigación llevada a cabo por McKay en 2007 sobre la utilización y el acceso de los hombres a los servicios de salud mental de Nueva Zelanda, trató de identificar lo que ayuda o dificulta el acceso de los hombres a los servicios de salud mental comunitarios. Destaca que los servicios de salud, en general, han sido diseñados por hombres para las mujeres y los niños, pero no para ellos mismos, lo que afecta también a los dispositivos de atención de salud mental (McKay, 2007).

3. Objeto de estudio y Objetivos

El objeto de esta investigación es analizar las causas del suicidio desde una perspectiva de género masculino.

Los objetivos que se desean alcanzar con esta investigación son:

- Analizar las causas que inducen al suicidio.
- Estudiar la relación existente entre los componentes de la masculinidad y las causas de suicidio.
- Comparar la tasa de suicidios masculina con la femenina.

Para los propósitos de esta investigación, se consideran las siguientes modalidades de suicidio:

- Suicidio consumado: cuando el resultado de las lesiones autoinflingidas deliberadamente tienen como resultado la muerte.
- Intento de suicidio: cuando el resultado de las lesiones autoinflingidas no tienen como resultado la muerte. Dentro de esta categoría se distinguen dos subcategorías:
 - El intento de suicidio altamente letal que no termina en muerte por fallo del método de suicidio elegido.
 - El intento de suicidio de baja letalidad que no tiene intención de producir la muerte, sino que constituyen una llamada de atención.
- Suicidio terrorista: su finalidad no es provocarse la muerte per se, sino a través de la propia muerte, causar daño a los demás. Aunque este fenómeno es relativamente reciente, se ha incluido porque es una forma de

suicidio mayoritariamente protagonizado por hombres. Santifort-Jordan y Sandler estiman que es a partir de 1998 cuando comienza el suicidio terrorista de una forma significativa, pues antes de esta fecha los suicidios terroristas eran relativamente escasos (Santifort-Jordan & Sandler, 2014)

No se ha incluido la exposición al riesgo, pues aunque conlleve un riesgo elevado de morir, no busca la muerte intencionadamente. Tampoco se ha incluido el suicidio colectivo dado que su relación con el sistema de sexo-género es débil, al contrario de lo que sucede con el suicidio terrorista que sí tiene una vinculación con el género masculino.

Las causas de suicidio que se han incluido son:

- Las enfermedades y los trastornos mentales.
- El consumo de alcohol y sustancias tóxicas.
- La violencia.
- El sentimiento de desamparo e indefensión.
- El maltrato físico, psicológico y el abuso sexual durante la infancia.

4. Metodología

Se trata de una investigación de carácter cualitativo orientada a conocer los elementos que influyen en el fenómeno del suicidio masculino y su relación con el rol de la masculinidad. Es una investigación de carácter exploratorio debido a que se trata de un fenómeno de difícil acceso, en el que existe escasez de datos estadísticos sobre

el suicidio masculino, sobre todo en cuanto a las causas y los factores de riesgo que inciden sobre la conducta suicida de los hombres.

La hipótesis principal es que existe una relación directa entre las exigencias que el rol de la masculinidad impone a los hombres y el suicidio masculino, lo que explica que sea superior al suicidio femenino.

El ámbito de la investigación se circunscribe a los países de la Unión Europea, para lo cual se han utilizado datos estadísticos de Eurostat, la Organización Mundial de la Salud referidos a Europa, la OCDE, UNICEF, y datos secundarios de investigaciones relacionadas con el objeto de estudio.

5. Resultados

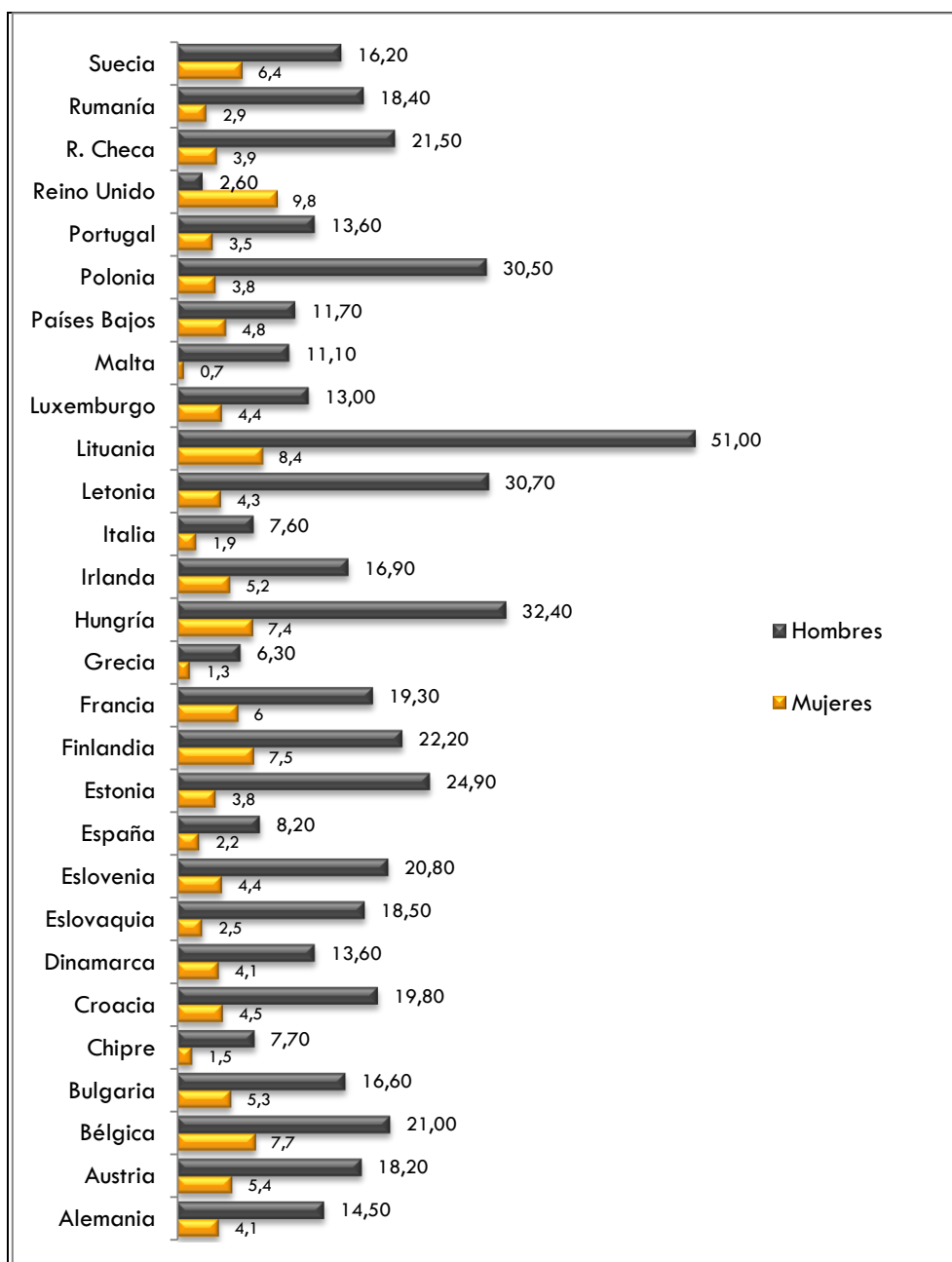
5.1. Muertes por suicidio

La tasa de muerte por suicidio de los hombres es alrededor de cuatro veces más elevada que la de las mujeres en todos los países de la Unión Europea como se puede observar en el gráfico 1.

Este hecho es corroborado en el informe “Health at a glance. Europe 2014” de la OCDE, donde se afirma que los hombres protagonizan más muertes por suicidio. No obstante, en este mismo informe se destaca que en el caso de los intentos de suicidio, es decir, aquellos casos de personas que hayan intentado suicidarse pero no lo hayan conseguido, el gap entre mujeres y hombres se reduce siendo más elevada la tasa en el caso de las mujeres. Las razones de este hecho se deben, entre otras causas, a que

las mujeres tienden a utilizar métodos de menor letalidad que en el caso de los hombres (OECD, 2014).

Gráfico 1. Tasas de suicidio de los países de la Unión Europea por sexo (por 100.000)



Fuente: Elaboración propia a partir de: Global Health Observatory of the World Health Organization. The data was extracted on 2014-12-02 18:01:16.0.

5.2. Causas de suicidio

5.2.1. Enfermedades y trastornos mentales

A nivel internacional, la OMS señala que la depresión afecta más a las mujeres que a los hombres³. No obstante, existe una enorme dificultad para encontrar datos generales sobre la depresión masculina en Europa.

Lo mismo sucede con los estudios realizados en la Unión Europea en los que se puede observar como la depresión parece afectar más a las mujeres que a los hombres. Paykel, et. al. (2005), hacen una revisión de los estudios epidemiológicos sobre la depresión en Europa e incluyen datos comparativos de varios países:

Tabla 1. Tasas de prevalencia de los trastornos depresivos en los principales estudios europeos seleccionados

PAÍS	ESTUDIO	AÑO	POBLACION	MUESTRA	PERIODO	EDAD	PREVALENCIA	
							H	M
EUROPA (6 muestras nacionales)	MHEDEA/ ESEMeD ²	2000 / 2002	España, Italia, Alemania, Francia, Bélgica y P. Bajos	21.425	12 meses	+ 18	3.90%	6.60
FINLANDIA	Finland 2000 (Lehtinen, 2004)	2000	Nacional	8.028	12 meses	+ 30	4%	6
ALEMANIA (Lübeck y región)	TACOS	1998	Regional	4.075	12 meses	18-64	1.1%	3
ALEMANIA	GHS	1999	Nacional	4.181	12 meses	18-65	5.5%	11.20
PAÍSES BAJOS	NEMESIS	1996	Nacional	7.076	12 meses	18-64	4.10%	7.5
ALEMANIA (Lübeck y región)	TACOS	1998	Regional	4.075	4 semanas	18-64	0.3	1.2
PAÍSES BAJOS	NEMESIS	1996	Nacional	7.076	4 semanas	18-64	1.9%	3.40
GRAN BRETAÑA	1 ^a encuesta Psico.Morb	1993	Nacional	9.837	2 semanas	16-64	1.9%	2.8
GRAN BRETAÑA	2 ^a encuesta Psico.Morb	2000	Nacional	7.312	2 semanas	16-64	2.6%	3.0

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de Paykel, et. al. (Paykel, Brugha, & Fryers, 2005; Paykela, Brugha, & Fryers, 2005)

³ <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Ahora bien, paradójicamente la asistencia de los varones a los servicios de salud para el tratamiento de la depresión es inferior. Según la investigación desarrollada por Addis (2011), ello es debido a que la depresión masculina es entendida como un síntoma de debilidad, algo muy contrario al atributo fuerza con el que se califica al colectivo masculino, lo que hace que los hombres sufran la depresión en silencio resultando invisible para el resto de la población.

En este mismo sentido, en el estudio de Pelikan, et. al., (2012) basado en datos de la encuesta Encuesta Europea de Salud realizada en 2009, realizada en ocho países de la Unión Europea (Austria, Bulgaria, Alemania (Renania-Westfalia Norte), Grecia, Irlanda, Países Bajos, Polonia y España), también se destaca que las visitas al médico son más frecuentes en las mujeres que en los hombres.

La exigencia de ser el sexo fuerte o, más concretamente, la exigencia cultural de no mostrar posibles debilidades hace a los hombres mostrarse “invulnerables” lo que afecta a su salud, pues la solicitud de atención sanitaria implica un síntoma de debilidad, algo que no pueden “permitirse”, por vergüenza, ya que eso pertenece al reino de las mujeres, lo que les lleva a no reconocer la enfermedad, y como consecuencia de ello, a no recibir los tratamientos necesarios (Careaga, 1996).

Resulta evidente que los hombres visitan al médico con menos frecuencia que las mujeres, por lo que algunas enfermedades pueden estar no diagnosticadas, y por lo tanto, no formar parte de las estadísticas de salud.

En el informe sobre salud mental en la UE de la Comisión Europea de 2004, se incluye la depresión como un importante factor de riesgo de suicidio. Según este informe los estudios revelan un aumento de esta enfermedad en las sociedades occidentales desde el fin de la II Guerra Mundial, aumento que se produce en todas las edades durante el periodo de 1960 a 1975. También se reduce el gap entre mujeres y hombres, lo que lleva a pensar que las condiciones sociales, económicas, biológicas y ambientales influyen en el número de depresiones de la población. Una de las hipótesis que se barajan es que esa diferencia entre los sexos se debe al aumento de las depresiones entre los varones como consecuencia de la presión competitiva a la que se ven sometidos para alcanzar objetivos concretos, lo que explicaría por qué países como Irlanda, con buenos indicadores económicos durante el periodo de 1980-2000, hubieran experimentado un aumento de suicidios masculinos (European Commission, 2004).

5.2.2. Adicciones: consumo de alcohol y sustancias tóxicas

El consumo de alcohol es más elevado entre los hombres de todos los países de la Unión Europea que entre las mujeres, como se puede observar en los datos del Observatorio de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA), sobre el consumo de alcohol y drogas en los países de la Unión Europea.

Tabla 2. Prevalencia del consumo de alcohol a lo largo de la vida de las personas entre 15 y 64 años de edad

PAÍS	AÑO	MUESTRA	HOMBRES	MUJERES
Austria	2008	3761	84.9	79.1
Belgium	2008	6792		
Bulgaria	2012	5325	91.5	72
Croatia	2012	4756	92.5	80.3
Cyprus	2012	3500	93	80
Czech Republic	2012	2134		
Denmark	2013	10470		
Estonia	2008	1401	93.7	82.8
Finland	2010	1873	93.3	92.8
France	2010	22774	95.96	92.88
Germany	2012	9084	97.1	95.7
Greece	2004	4351	88	71.6
Hungary	2007	2710	91.1	78.7
Ireland	2011	60	92.5	88.1
Italy *	2012	18898	89.8	75.9
Latvia	2011	4491	95.1	93.6
Lithuania	2012	4831		
Luxembourg				
Malta	2001		86.9	64.2
Netherlands	2009	5769		
Poland	2012	3428		
Portugal	2012	5355	85.1	62.6
Romania	2010	5100	87.8	71.5
Slovakia	2010	4055	92.65	89.36
Slovenia	2012	7514		
Spain	2011	22128	94	87.7
Sweden	2012	6910		
United Kingdom	2012	21501		

Fuente: www.emcdda.europa.eu/data/2014#displayTable:GPS-106

La OCDE confirma este mayor consumo de alcohol de los hombres en lo que a los países de la UE se refiere, y precisa que no solo beben más, sino que presentan también un cuadro mayor de episodios de consumo excesivo (OCDE, 2014).

De la misma forma ocurre respecto al consumo de otras drogas y sustancias tóxicas recogidas por el EMCDDA. En su estudio, se puede apreciar cómo es más elevado también en el caso de los hombres.

Tabla 3. Prevalencia del consumo de drogas por sexo en la UE

PAÍS	AÑO	MUESTRA	Cannabis		Cocaína		Anfetaminas		Éxtasis		LSD	
			H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Austria	2008	3761	17.5	11	3.6	0.9	3.4	1.6	3.5	1.2	3	0.9
Belgium	2008	6792	18	10.8								
Bulgaria	2012	5325	10.7	4.2	1	0.7	1.6	0.7	2.8	1	0.4	0.1
Croatia	2012	4756	20.9	10.4	3.2	1.4	3.6	1.6	3.7	1.3	2.3	0.6
Cyprus	2012	3500	14.7	5.3	2	0.5	1	0.2	1.5	0.3	1	0.2
Czech Republic	2012	2134	34.9	21.2	3.8	0.9	3.4	1.7	5	2.2	4.4	1.2
Denmark	2013	10470	42.8	29.7	7.9	3	10.3	3.6	3.7	1.2	2.4	0.7
Estonia	2008	1401										
Finland	2010	1873	22.1	14.5	2.2	1.1	2.9	1.7	2.4	1.3	1.4	0.6
France	2010	22774	39.52	24.95	5.23	2.14	2.13	1.27	3.58	1.22	2.59	0.81
Germany	2012	9084	27.6	18.6	4.4	2.3	4.3	1.8	3.6	1.8	3	1.3
Greece	2004	4351	13.7	4.1	1.2	0.3	0.1	0.1	0.5	0.2	0.4	0.1
Hungary	2007	2710	11	6.1	1	0.7	2.5	1.1	3.2	1.7	1.4	0.8
Ireland	2011	60	33.2	17.5	9.9	3.8	6.6	2.5	10.1	3.7	6.7	2.2
Italy	2012	18898	27.2	17	6	2.7	2.1	1.4	2.5	1.2	1.2	0.3
Latvia	2011	4491	18.7	6.8	2	1	3.6	1	3.9	1.6	1.1	0.4
Lithuania	2012	4831	16.9	4.6	1.5	0.3	2.1	0.4	2.2	0.5	0.4	0
Luxembourg												
Malta	2001		5.3	1.6								
Netherlands	2009	5769	32.9	18.4	7.8	2.5	4.8	1.4	8.3	4	2	1
Norway	2012	1668	23.4	14.8								
Poland	2012	3428	17.9	6.6	1.6	0.2	4.5	1.4	1.6	0.7	1.2	0.3
Portugal	2012	5355	14.6	4.4	1.8	0.6	0.7	0.3	2	0.6	0.9	0.3
Romania	2010	5100	2.2	1	0.5	0.2	0.1	0.1	1.1	0.3	0.1	0
Slovakia	2010	4055	14.84	6.15	1.05	0.18	0.85	0.21	3.03	0.69	0.82	0.04
Slovenia	2012	7514	19.5	11.8	2.8	1.2	1.4	0.5	2.7	1.4	1.4	0.6
Spain	2011	22128	35.4	19.2	12.8	4.7	4.8	1.7	5.1	2		
Sweden	2012	6910	17.5	12.2								
Turkey	2011	8045	1.1	0.2	0.1		0.1		0.1			
United Kingdom	2012	21501	35.5	24.5	11.6	6.3	13	8.2	10.8	5.9	7.2	2.9

Fuente: <http://www.emcdda.europa.eu/data/2014>

Como se indicaba anteriormente en el punto 2.2.2., tanto el consumo de alcohol como el de sustancias tóxicas son una causa importante de suicidio. Tal y como se puede observar en las Tablas 3. Y 4., los mayores consumidores de estas sustancias

son hombres en todas las categorías consideradas, lo que explica en parte que la tasa de suicidios masculina sea más elevada que la femenina.

5.2.3. La violencia

El suicidio es un acto violento contra uno mismo, pero también puede ser un acto violento contra los demás. Es el caso del suicidio que cometen los hombres después de haber protagonizado episodios de violencia de género, o contra los hijos con resultado de muerte, y el suicidio terrorista. Existe, por tanto, una relación entre violencia y suicidio.

Que la violencia es un fenómeno que se decanta más del lado varonil se puede observar a través de las estadísticas de población reclusa en la Unión Europea. En el informe SPACE 1 de 2012, se incluye la proporción de mujeres y población extranjera reclusa en los países de la UE. Respecto a la población reclusa femenina extraídos de las estadísticas penales del Consejo de Europa del citado informe, se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- Las mujeres representan el 5% de la población reclusa total, por lo que proporcionalmente tienen una tasa de reclusión muy baja en comparación a los hombres.
- La mayor proporción de mujeres en prisión la encontramos en Finlandia Chipre, Hungría y España con tasas superiores al 8%, aunque sigue suponiendo una tasa de reclusión muy baja respecto a la de los varones (Aebi & Delgrande, 2014).

Si se tiene en cuenta la población convicta, es decir, las personas a las que se les ha probado legalmente un delito, se puede observar que la población masculina es mucho más elevada que la femenina en todos los países considerados, si bien hay que precisar que no toda la población convicta está relacionada con delitos violentos.

Tabla 4. Tasa de población convicta en la UE

PAIS	TASA 2010		TASA 2011		TASA 2012	
	H	M	H	M	H	M
Bulgaria	1.139,5	76,0	1.199,4	89,1	1.125,3	86,5
Czech Republic	1.451,4	205,5	1.429,4	204,9	1.446,8	209,0
Hungary	1.813,1	307,5	1.791,8	244,6	1.592,0	212,1
Poland	2.684,5	223,3	2.621,7	216,1	2.519,7	208,3
Romania	426,1	20,8	488,0	24,6	507,6	28,9
Slovakia	1.180,4	196,1	1.123,6	197,6	1.321,2	219,3
Denmark	2.744,6	482,5	3.240,4	541,9	3.595,9	557,2
Finland	7.487,6		7.355,8			
Latvia	1.019,0	1.735,6	992,1	1.678,2	970,2	
Lithuania	1.019,9	110,8	1.017,2	104,0	1.285,0	105,2
Sweden	2.482,7	108,3	2.462,0	102,6	2.362,5	114,1
United Kingdom		471,2		465,7		446,5
Croatia	1.313,4		1.254,4		1.112,6	
Italy	792,5	129,7	814,6	131,1		107,9
Malta		136,6		145,4		
Portugal	1.510,0		1.502,3			
Slovenia	853,3	168,0	791,9	173,3	868,5	
Austria	911,8	106,4	860,9	105,5	838,5	124,2
France	2.415,7	146,0	2.374,3	141,3	2.391,5	135,4
Germany	1.824,5	238,3	1.813,8	239,0		250,1
Netherlands	1.202,7	168,3	1.137,6	160,5	1.052,0	135,6

Fuente: UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime

Es decir, que la violencia como forma de solución de los conflictos es mucho más habitual en los hombres que en las mujeres, lo que incide también en el suicidio, sobre todo en los métodos utilizados, más letales en el caso de los varones, una de las razones por la que la tasa de suicidios de hombres es más elevada.

Respecto al suicidio terrorista, existe una gran dificultad para encontrar estadísticas sobre el número de los mismos que hayan tenido lugar en países de la UE. Tampoco existen datos acerca del sexo de los terroristas suicidas, aunque teniendo en cuenta las tasas de delincuencia masculina y las noticias de los medios de comunicación, la mayoría de estos episodios está protagonizado por hombres. Lo que sí se sabe de este fenómeno es que ha ido en aumento entre el protagonizado por Hizbollah en Líbano a principios de los 80 del siglo XX, y el comienzo del siglo XXI (Rosner, Yogev, & Schweitzer, 2014).

Esta escasez de datos también afecta al suicidio post-violencia de género, que es aquel que, como su nombre indica, se produce después de haber protagonizado episodios de violencia de género. Una fuente de datos es la que proviene de los medios de comunicación, según los cuales se produce con cierta frecuencia. A continuación se ofrecen algunos ejemplos de noticias:

1. Nueve hombres se han suicidado a lo largo de este año después de matar a sus parejas o ex parejas y otros ocho lo han intentado. En total, el 37,7% de los autores de crímenes de violencia machista -45- ha tratado de matarse. Es una de las cifras más altas de los últimos 10 años, sólo superada en 2006, cuando el 38,2% de los agresores intentaron quitarse la vida. Salvo el pico de ese año, desde 1999 nunca se ha rebasado el 30%. El porcentaje más bajo es de 1999 (13%); el resto de los años ha oscilado entre el 22% de 2000 y el 29,6% de 2002. (Ceberio, Balsells, & Moltó, 2009)

2. *XXX ... fugado ayer tras escapar a un despliegue policial y haber apuntado con un arma a varios agentes de la policía, ha aparecido muerto hoy tras pegarse un tiro en el descansillo del séptimo piso de su edificio esta mañana.... (Suárez, 2014)*

3. *Un hombre 28 años, que tenía pendiente su ingreso en prisión por violencia machista, se suicidó en los calabozos de una comisaría de Málaga. (Un presunto maltratador se suicida en la comisaría, 2010)*

4. *Two men committed suicide after killing their victims. Ten minor children lost their mothers in three separate incidents that year. (Yeager, 2014)*

5. *In total, he murdered 14 women. And his reason? According to the suicide note he left, feminists ruined his life. (Connell H. , 2014)*

5.2.4. Sentimiento de desamparo e indefensión

Este sentimiento generalmente es producido por pérdidas ya sean de contenido afectivo o económico.

Diversos estudios muestran una fuerte relación entre las situaciones económicas adversas y el suicidio. En el informe de 2014 sobre la Salud en Europa, se constata que desde el comienzo de las crisis económica ha aumentado el número de suicidios en varios países de la UE, especialmente de suicidios protagonizados por hombres. Aunque países como Grecia siguen teniendo una tasa de suicidios relativamente baja en comparación con otros países europeos, el estudio advierte que no se contabilizan todos los suicidios ocurridos durante este periodo (OECD, 2014).

Respecto a la incidencia de la crisis económica, con el consiguiente aumento del desempleo, no se dispone de datos actualizados sobre la evolución de las tasas de suicidio que permitan saber si desde 2008 hasta 2014, la tasa de suicidio masculina ha aumentado o no. No obstante, diversas investigaciones apuntan a que existe una relación entre ambos fenómenos. En el informe de la Obra Social de la Caixa "Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España" de 2012, se afirma que pese a las dificultades para encontrar datos al respecto, se constata un aumento de los suicidios en periodos de crisis, y citan a Povoedo y Carvajal en los datos que exponen de los casos de Grecia, Italia e Irlanda (Laparra & (coord.), 2012).

Addis (2011), afirma que muchos hombres no son capaces de identificar sus emociones ante una determinada situación de pérdida, lo que hace más difícil la superación del duelo que puede terminar en una depresión no tratada en muchos casos. En sus investigaciones con hombres con problemas psicológicos destaca que el sentimiento de incapacidad de cumplir con el rol tradicional del varón *proveedor* y *protector* hace que aflore en ellos un sentimiento de vergüenza que les impide pedir ayuda, desde el momento en que dicha incapacidad sería un signo de demostración de debilidad.

En el caso de Europa Clemente, et. al. (2003) destacan que el sentimiento de pérdida no sólo se refiere a la función de proveedor del varón, sino que abarca al entorno afectivo: pareja, descendientes, ascendientes e incluso amistades, lo que incide en la depresión masculina, no siempre reconocida. Estos autores reconocen que es un hecho menos estudiado en Europa, en general, ya que las pérdidas afectivas se consideran más vinculadas al entorno femenino que al masculino.

5.2.5. Maltrato infantil

Según el informe "La Seguridad Infantil en la Unión Europea" el suicidio comparte con las quemaduras y escaldaduras el 5º lugar como causa de muerte por lesiones en la infancia (European Child Safety Alliance, 2004).

No hay datos sobre el maltrato infantil en la Unión Europea desagregados por sexo, ni por país. Hay estudios e informes de UNICEF, OMS y Comisión Europea que incluyen datos sobre este tipo de violencia ejercida sobre los menores. Uno de estos informes es el que versa sobre Violencia Familiar dentro del Programa Daphne de la Dirección General de Justicia, Libertad y Seguridad de la Comisión Europea que contiene los siguientes datos:

Cada día, la violencia familiar se cobra la vida de cuatro niños menores de 14 en Europa: aproximadamente 1.300 al año, según los datos de la OMS. El Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF estudió las muertes de niños por maltrato en 30 países ricos, incluidos 23 Estados europeos, y calculó que la cifra anual de muertes de niños menores de 15 años como consecuencia de agresiones físicas y/o negligencia era de 3.500. De estas, dos se producían cada semana en Alemania y Reino Unido, y tres cada semana en Francia. Cuanto menor es el niño, mayor es la probabilidad de que muera a manos de un familiar cercano. Los datos de los países industrializados sugieren que entre el 40 y el 70% de los hombres que emplean la violencia física con sus parejas también son violentos con sus hijos, y que aproximadamente la mitad de las víctimas femeninas también maltratan a sus hijos. En resumen, muchos niños viven en "hogares violentos", y en esos casos los castigos de los niños también pueden ser violentos. En Reino Unido, por ejemplo, un estudio realizado por el Ministerio de Sanidad en 1997 reveló que casi uno de cada seis niños había recibido algún castigo severo de sus madres, entendiéndose por "severo" un castigo que implique "la intención o el potencial de causar lesiones o daños psicológicos, el uso de instrumentos, acciones repetidas o prolongación durante un período de tiempo largo (Kane, 2008, pág. 9).

De cualquier modo, los estudios internacionales revelan que aproximadamente un 20% de las mujeres y un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 23% de las personas de ambos sexos refieren maltratos físicos cuando eran niños. Además, muchos niños son objeto de maltrato psicológico (también llamado maltrato emocional) y víctimas de desatención. (OMS, 2014)

6. Conclusiones

Se han analizado las principales causas de suicidio y su relación con la masculinidad.

Existe una relación importante entre algunas causas de suicidio y el rol de la masculinidad, como en el caso de las adicciones, en las que el consumo de alcohol y drogas es mayor en el caso de los varones. Algo similar ocurre con la relación violencia-suicidio, al considerar el suicidio terrorista o el que tiene lugar después de episodios de violencia de género, en el que los protagonistas son mayoritariamente varones. Pero la violencia también está relacionada con los métodos de suicidio utilizados por los hombres que son más letales y, generalmente, más violentos.

Otra de las causas de suicidio analizadas, el sentimiento de desamparo, se encuentra más invisible en el caso de los hombres al tener más dificultades para expresar sus emociones, así como para pedir ayuda, debido al sentimiento de vergüenza que supone tener que exteriorizar lo que se considera una debilidad, y por lo tanto, una cuestión de mujeres.

Respecto a fenómeno de la depresión, si bien la diagnosticada es mayor en el caso de las mujeres, también es cierto que la resistencia a pedir ayuda, hace que muchas depresiones en hombres no se encuentren diagnosticadas, y por lo tanto, no tratadas, lo que puede dar como resultado el suicidio.

No poder cumplir con la función de proveedor también forma parte de las causas que pueden llevar a los hombres al suicidio.

Por último, el maltrato sufrido durante la infancia está relacionado con el suicidio, si bien en este caso no se puede afirmar que exista un mayor número de niños que de niñas afectados por este hecho.

7. Discusión

Existe una relación entre masculinidad y las elevadas tasas de suicidio de hombres, pues si bien los intentos de las mujeres son mayores, también lo es que la tasa de suicidios masculina es mucho más elevada en todos los países de la Unión Europea.

Sin embargo, no existen muchos datos relativos a los hombres y sus problemas interiores, precisamente porque, como señalan Addis (2011) o Rosado (2011) de eso no se habla o se habla poco.

Por otro lado, cuando se hacen desagregaciones por sexo relacionadas con las causas de suicidio, se suele describir lo que hay, pero no lo que se esconde detrás de lo que hay, lo que dificulta todavía más la búsqueda de datos sobre este fenómeno.

Hay más datos desde la perspectiva médico-psicológica, pero el suicidio no es solo el resultado de una enfermedad, sino de muchos condicionantes sociales que generan estereotipos de género que trascienden al individuo.

8. Bibliografía

Addis, M. E. (2011). *Invisible Men. Men's inner lives and the consequences of silence*. Times Books.

Aebi, M. F., & Delgrande, N. (abril de 2014). *Annual Report. Executive Summary*. Recuperado el 27 de noviembre de 2014, de Space I 2012: http://www3.unil.ch/wpmu/space/files/2014/05/ENG_Executive-Summary_SPACE-2012_140505.pdf

Barnes, D. H., Lawson, W. B., & Ball, K. (2014). How much of our understanding of suicide is applicable across ethnic cultures? En P. R. Stephen H. Koslow, *A Concise Guide to Understanding Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Barrero, A. P. (2014). *Glosario de Términos Suicidológicos*. Recuperado el 10 de noviembre de 2014, de Psicología Online: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/glosario.shtml>

Barrionuevo, J. A. (27 de febrero de 2013). *SUICIDIO E INTENTOS DE SUICIDIO*. Recuperado el 10 de noviembre de 2014, de Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/055_adolescencia1/material/archivo/suicidio.pdf

Beaton, S., & Forster, P. (2012). Insights into men's suicide. *InPsych* .

Barnes, D. H., Lawson, W. B., & Ball, K. (2014). Ethnicity. En P. R. Stephen H. Koslow, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* . Cambridge: Cambridge University Press.

Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*. Vol. 22, nº 3, 389-395.

Bonino, L. (2000). Varones, género y salud mental: Reconstruyendo la "normalidad". En M. Segarra, & A. Carabí, *Nuevas Masculinidades*. Barcelona: Icaria.

Brent, D. A., & Mann, J. (2006). Familial Pathways to Suicidal Behavior - Understanding and Preventing Suicide among Adolescents. *The New English Journal of Medicine*, 355 .

Brown, G. K., & Green, K. L. (2014). High-risk cognitive states. En S. H. Koslow, P. Ruiz, & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* . Cambridge: Cambridge University Press.

Burton, R. (2006). *The Anatomy Of Melancholy*. Alianza Editorial.

Canetto, S. (1997). Meanings of gender and suicidal behavior during adolescence. *Suicide and life-Threatening Behavior*, nº 27 , 339-351.

Careaga, G. (1996). *Las relaciones entre los géneros en la salud reproductiva*. México D.F.: Comité Promotor por una maternidad sin riesgos en México.

Ceberio, M., Balsells, F., & Moltó, E. (6 de octubre de 2009). El agresor trata de suicidarse en el 38% de los crímenes de género. *El País* .

Cheng, A. T., Hawton, K., Lee, C. T., & Chen, T. H. (2007). The influence of media coverage of a a celebrity suicide on subseguente suicide attempts. *Internation Journal of Epidemiology*, Volume 36, Issue 6. Volume 36, Issue 6 , 1229-1234.

Cheng, A. T., Keith, H., Lee, C. T., & Chen, T. H. (2008). The influence of media reporting of the suicide of a celebrity on suicide rates: a population-based study. *International Journal of Epidemiology* , 1229-34.

Clemente Carrión, A., & Córdoba, A. I. (2003). Diferencias en la percepción de la influencia de los acontecimientos vitales en hombres y mujeres. *Revista Latinoamericana de Psicología*, Vol. 35, n^o 1 , 19-26.

Connell, H. (4 de diciembre de 2014). Pay tribute today, start paying attention from now on. *Western News* .

Connell, R. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.

Connell, R. W. (2005). Hegemonic Masculinity. Rethinking the Concept. *Gender & Society* Vol. 19, No. 6 , 829-859.

Contreras, M. Á. (4 de julio de 2007). *Del homicidio voluntario a la monomanía suicida: perspectivas históricas y explicativas de un mismo fenómeno*. Recuperado el 23 de octubre de 2014, de estudios sociales 01.pmd: http://www.publicaciones.cucsh.udg.mx/ppperiod/estsoc/pdf/estsoc_07/estsoc07_133-164.pdf

Courtenay, W. H. (2003). Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys . *International Journal of Men's Health*, Vol. 2, No. 1 , 1-00.

Cutler, D., Glaesen, E., & Norberg, K. (2001). Explaining the rise in youth suicide. En J. Gruber, *Risky Behavior Among Youths: An Economic Analysis* (págs. 219-269). Chicago: University of Chicago Press.

D. Leal, , P., Lozoya, J. A., & Bonino, L. (2003). *Algunas sugerencias para impulsar grupos de hombres*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014, de Ayuntamiento de Jerez. Hombres por la Igualdad:

http://www.jerez.es/fileadmin/Documentos/hombresigualdad/fondo_documental/Movimiento_hombres_igualitarios/72.pdf

D.P., P., Lesnya, K., & Paight, D. (1992). Suicide and media. En M. R.W., B. A.L., & J. Maltzberger, *Assessment and prediction of suicide* (págs. 499-519). New York: Guilford.

Departamento de Salud Gobierno Puerto Rico. (2014). *Departamento de Salud Gobierno Estado Libre Asociado de Puerto Rico*. Recuperado el 6 de noviembre de 2014, de <http://www.salud.gov.pr/Programas/ComisionparalaPrevenciondelSuicidio/Pages/DefinicionesdeSuicidio.aspx>

Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span. Findings From the Adverse Childhood Experiences Study. *The Journal of the American Medical Association*, n^o 24 Vol., 286 , 3089-3096.

Durkheim, É. (2012). *El suicidio*. Ediciones AKAL.

Espinoza, R. (2001). En relación a Cleopatra y los venenos de serpiente. *Revista médica de Chile*, v. 129, n^o 10 .

European Child Safety Alliance. (junio de 2004). *La Seguridad Infantil en la Unión Europea*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014, de European Child Safety Alliance: <http://www.msssi.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/seguridadInfantilUE.pdf>

European Commission. (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014, de European Communities. Health and Consumer Protection Directorate General:

https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ops_c_est18.pdf.pdf

Fagundes, D. (1995). *Performances, reprodução e produção dos corpos masculinos*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Fawcett, J. (2014). Current and chronic signs and symptoms. En S. H. Koslow, P. Ruiz, & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* Stephen H. Koslow, Pedro Ruiz, Charles B. Nemeroff. Cambridge: Cambridge University Press.

Figueroa, J., & Liendo, E. (1995). La presencia del varón en la salud reproductiva. En E. Hardy, M. Osis, & E. Crespo, *Ciências Sociais e Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-Americanas*. Campinas: Centro de Pesquisas das Doenças Materno-Infantil de Campinas.

García, B. L., Fonseca, R. H., & García, J. B. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de Derecho Penal y Criminología*, 3 .

Gastaldo, E. (1995). A forja do homem de ferro: a corporalidad nos esportes de combate. En O. Fachel, *Corpo y Significado*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Ghail, M. M., & Haywood, C. (2012). Understanding boys': Thinking throug boys, masculinity and suicide. *Social Science and Medicine*, n^o 74 , 482-489.

Gilmore, D. (1994). *Hacerse hombre: concepciones culturales de la masculinidad*. Barcelona: Paidós.

Gonthier, F. (1998). Algunas reflexiones epistemológicas sobre la idea de suicidio en sociología. *REIS*, n^o 81 , 77-131.

Gonthier, F. (1998). Algunas reflexiones epistemológicas sobre la idea de suicidio en Sociología. *REIS* , 117-131.

Gould, M., Jamieson, P., & Romer, D. (2003). Media contagion and suicide among the young. *American Behavioral Scientist* , 1269-1284.

Grimal, N. (1996-2004). *Historia del Antiguo Egipto*. Tres Cantos (España): Akal.

Gutiérrez-García, A. G., Contreras, C. M., & Orozco-Rodríguez, R. C. (2006). El suicidio, conceptos actuales. *Salud Menal*, vol. 29, nº 5 , 66-74.

Hacker, H. M. (1957). The New Burdens of Masculinity. *Marriage & Family Living*, Vol. 19 , 227-233.

Harvey, P. D., & Espailat, S. (2014). Suicide in schizophrenia. En S. H. Ruiz, & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* . Cambridge: Cambridge University Press.

Hume, D. (2004). *Essays On Suicide And The Immortality Of The Soul*. Whitefish (Montana): Kessinger Publishing.

Hume, D. (1988). *Sobre el suicidio y otros ensayos*. Alianza.

INE (Instituto Nacional de Estadística) España. (30 de noviembre de 2010). *Encuesta Europea de Salud en España 2009*. Recuperado el 29 de noviembre de 2014, de INE: <http://www.ine.es/prensa/np631.pdf>

Jalón, E. G., & Peralta, V. (2002). Suicidio y riesgo de suicidio. *Anales Sis San Navarra Vol. 25, Suplemento 3* , 87-96.

Jociles Rubio, M. I. (2001). El estudio sobre las masculinidades. Panorámica general. *Gazeta de Antropología*, nº 17 .

Kalina, E. (2010). *Consenso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos y Asociación Toxicológica Argentina. Abordaje farmacoterapéutico del Trastorno por consumo de Alcohol*. Buenos Aires: Lab. Soubeiran-Chobet S.R.L.

Kane, J. (julio de 2008). *Folletos Daphne: asuntos y experiencias en la lucha contra la violencia ejercida contra los niños, los adolescentes y las mujeres*. Recuperado el 14 de noviembre de 2014, de Comisión Europea. DG Justicia, Libertad y Seguridad. Programa Daphne:
http://ec.europa.eu/justice_home/daphnetoolkit/files/others/booklets/05_daphne_booklet_5_es.pdf

Katzman, R. (1991). ¿Por qué los hombres son tan irresponsables? *Taller de Trabajo, Familia, Desarrollo y Dinámica de Población en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: CEPAL-CELADE.

Kaufman, M. (1997). Las experiencias contradictorias del poder entre los hombre. En T. Valdés, & J. Olavarría, *Masculinidades, poder y crisis* (págs. 49-63). Santiago de Chile: Isis Internacional.

Kimmel, M. (1997). Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad. En T. Valdés, & J. Olavarría, *Masculinidades, poder y crisis* (págs. 49-62). Santiago de Chile: Isis Internacional.

Kimmel, M. (2001). Masculinidades globales: restauración y resistencia. En C. Sánchez-Palencia, & J. Hidalgo, *Masculino plural: Construcciones de la masculinidad*. Lleida: Universitat de Lleida.

Lake, A. M., & Gould, M. S. (2014). Suicide clusters and suicide contagion . En S. H. Koslow, P. Ruiz, & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* . Cambridge: Cambridge University Press.

Laparra, M., & (coord.), B. P. (2012). *Crisis y fractura social en Europa. Causas y efectos en España*. Barcelona: Obra Social "la Caixa".

Lerner, G. (1986). *The Creation of Patriarchy*. New York: Oxford University Press.

Levant, R. F., & Pollack, W. S. (2008). *A new psychology of men*. Basic Books.

Lineberry, T. W., & Brady, K. T. (2014). Suicide and substance use disorders. En S. H. Koslow, P. Ruda, & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide*. Cambridge: Cambridge University Press.

Martín Rosell, P. (2010). Consideraciones sobre el desarrollo de la literatura pesimista egipcia en el Reino Medio. *Trabajos y Comunicaciones, 2da. Época, nº 36*, 231-247.

Martínez Hurtado, M. (2005). *Cuando el camino no se ve*. Santiago de Cuba: Editorial Oriente.

Mazurk, P. (1993). Increase of suicide by asphyxiation in New York City after the publication of Final Exit. *New England journal of medicine*, 1508-1510.

McKay, J. G. (2007). *Men's Mental Health. What Helps or Hinders Men's Access to a Community Mental Health Team*. Recuperado el 29 de noviembre de 2014, de <http://nzmenshealth.org.nz/> University of Otago: <http://nzmenshealth.org.nz/wp-content/uploads/2009/09/nz-men-and-mental-health-services2.pdf>

Millán, M. J., García, F. G., Rodríguez-Peral, E. M., & Servant, S. G. (2008). La percepción de lo social: análisis de los mensajes sociales. *Prisma Social*.

Miller, J., & Bell, C. (1996). Mapping men's mental health. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 317-327.

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usallf, J., y otros. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit*, 18 (1) , 175-181.

Montesquieu, C. d. (1821). *El Espíritu de las Leyes. Volumen 1*. Rosa.

Morón, P. (1980). *El Suicidio*. Buenos Aires: Ed. Ábaco.

Mościcki, E. K. (1997). Identification of suicide risk factors using epidemiologic studies. *Psychiatric Clinics of North America, Volume 20, Issue 3* , 499-517.

Niederkrötenhaler, T., Till, B., Kapusta, N. D., Voracek, M., Dervicf, K., & Sonnecka, G. (2009). Copycat effects after media reports on suicide: A population-based. *Social Science & Medicine* 69 , 1085-1090.

OCDE. (2014). *Health at a Glance: Europe 2014*. Recuperado el 27 de noviembre de 2014, de OCDE Publishing: <http://dx.doi.org/10.1787/>

OECD. (2014). *Health at a glance. Europe 2014*. Recuperado el 27 de noviembre de 2014, de OECD Publishing: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en

OMS. (27 de mayo de 2013). *Comprehensive mental health action plan 2013-2020*. Recuperado el 29 de noviembre de 2014, de OMS, SIXTY-SIXTH WORLD HEALTH ASSEMBLY: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-en.pdf?ua=1

OMS. (enero de 2014). *Maltrato infantil*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

OMS. (2014). *Suicidio*. Recuperado el 15 de octubre de 2014, de <http://www.who.int/>: <http://www.who.int/topics/suicide/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Temas de salud. Género*. Recuperado el 10 de noviembre de 2014, de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/gender/es/>

Paykel, E. S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology* n^o 15 , 411 – 423.

Paykela, E. S., Brugha, T., & Fryers, T. (2005). Size and burden of depressive disorders in Europe. *European Neuropsychopharmacology* n^o 15 , 411 – 423.

Pelikan, J. M., Röthlin, F., & Ganahl, K. (2012). *COMPARATIVE REPORT ON HEALTH LITERACY IN EIGHT EU MEMBER STATES*. Recuperado el 29 de noviembre de 2014, de UNION EUROPEA The European Health Literacy Project 2009-2012: [file:///D:/Perfil%20Usuario/mrm2760/Commadri/Downloads/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states%20\(1\).pdf](file:///D:/Perfil%20Usuario/mrm2760/Commadri/Downloads/Comparative_report_on_health_literacy_in_eight_EU_member_states%20(1).pdf)

Pérez-Olmos, I., Rodríguez-Sandoval, E., Dussán-Buitrago, M. M., & Ayala-Aguilera, J. P. (2007). Caracterización Psiquiátrica y Social del Intento Suicida Atendido en una Clínica Infantil, 2003-2005. *Revista Salud Pública*, 9 , 230-240.

Perna, G., & Schatzberg, A. F. (2014). Anxiety, depression, and suicide: epidemiology, pathophysiology, and prevention. En S. H. Koslow, P. Ruiz, & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* . Cambridge: Cambridge University Press.

Phillips. (1974). The Influence of Suggestion on Suicide: Substantive and Theoretical Implications of the Werhther Effect. *American Sociological Review* , 340-354.

Poncela, A. M. (2002). *Estereotipos y roles de género en el refranero popular: charlatanas, mentirosas, malvadas y peligrosas : proveedores, maltratadores, machos y cornudos*. Anthropos Editorial.

Posner, K., Buchanan, J., Amira, L., Yershova, K., Lesser, A., & Goldstein, E. (2014). Identification and screening of suicide risk. En P. R. Stephen H. Koslow, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ramírez, R. L., & Toro, V. I. (2002). Masculinidad hegemónica, sexualidad y transgresión. *Centro Journal*, vol. XIV, núm. 1 , 5-25.

Real Academia Española. (octubre de 2014). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado el 10 de noviembre de 2014, de Real Academia Española: <http://buscon.rae.es/drae/srv/search?val=suicidio>

Revill, J., & Lawless, J. (16 de diciembre de 2007). Child suicide bids rise to more than 4,000. *The Observer* .

Riska, E. (2009). Men's Mental Health. En A. Broom, & P. Tovey, *Men's Health: Body, Identity and Social Context*. Chichester (United Kingdom): John Wiley & Sons Ltd.

Rojas, L. (2005). Semillas y antídotos de la violencia en la intimidad. En I. Alberdi, & L. Rojas, *Violencia: tolerancia cero*. Barcelona: Fundación La Caixa.

Rosado Millán, M. J. (2011). *Los hombres y la construcción de la identidad masculina*. Las Matas (Madrid): Fundación iS+D.

Rosner, Y., Yogev, E., & Schweitzer, Y. (14 de Enero de 2014). *A Report on Suicide Bombings in 2013*. Recuperado el 27 de noviembre de 2013, de Institute for National Security

Studies INSS nº 507: <http://www.inss.org.il/uploadImages/systemFiles/No.%20507%20-%20Yotam,%20Einav,%20and%20Yoram%20for%20web.pdf>

Ruiz, P. (2014). Global epidemiology of suicide. En P. R. Stephen H. Koslow, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sandín, B., Chorot, P., Santed, M. A., Valiente, R. M., & Jr., T. E. (1998). Negative life events and adolescent suicidal behavior: a critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence*. *21*, Issue 4 , 415-426.

Santifort-Jordan, C., & Sandler, T. (2014). An Empirical Study of Suicide Terrorism: A Global Analysis. *Southern Economic Journal*, Vol. 80, No. 4 , 981-1001.

Schweitzer, Y. (7 de agosto de 2008). *Suicide Bombings. The Ultimate Weapon?* Recuperado el 13 de noviembre de 2014, de ICT International Institute for Counter Terrorism: <http://www.ict.org.il/Articles/tabid/66/Arti>

Shear, M. K., & Zisook, S. (2014). Suicide-related bereavement and grief. En S. H. Koslow, P. Ruiz, & C. B. Nemeroff, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sher, L. (2014). Men's Mental Health and suicide. *Psychiatria Danubina*, 2014; Vol. 26, No. 3298 , 298.

Silva, L. V., & Barbosa, B. R. (2014). Suicídio Ou Assassinato? Um Outro Crime Por Trás Da Prática Homofóbica. *Periódico do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Gênero e Direito nº 2* , 58-78.

Simon, R. I. (2008). Suicide. En R. E. Hales, S. C. Yudofsky, & G. O. Gabbard, *Textbook of Psychiatry* (págs. 1637-1654). Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Stack, S. (1987). Elebrities and suicide: a taxonomy and analysis. *American Sociological Review* , 401-12.

Stathman, D., Heath, A., Madden, P., Bucholz, K., Biertu, L., Dinwiddie, S., y otros. (1998). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetc study. *Psychological Medicine*, 28 , 839-855.

Stephen H. Koslow, P. R. (2014). *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention*. Cambridge: Cambridge University Press.

Suárez, O. (12 de agosto de 2014). Aparece muerto el maltratador armado que escapó de la Policía en Gijón. *El Comercio* .

Swami, V., Stanistreet, D., & Payne, S. (2008). Masculinities and suicide. *The Psychologist* vol 21 no 4 , 308-311.

Tierney, T. F. (2006). Suicidal thoughts. Hobbes, Foucault and the right to die. *Philosophy Social Criticism*, vol. 32 no. , 601.638.

Tondo, L. (2014). Brief history of suicide in Western Cultures. En P. R. Stephen H. Koslow, *A Concise Guide to Understanding Suicide: Epidemiology, Pathophysiology and Prevention* (págs. 3-12). Cambridge: Cambridge University Press.

Un presunto maltratador se suicida en la comisaría. (29 de noviembre de 2010). *laverdad.es* .

Valdés, T., & Olavarría, J. (1998). *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina*. Flacso-Chile.

Voltaire. (2007). *Diccionario Filosófico*. Akal.

Wetherell, M., & Edley, N. (1999). Negotiating hegemonic masculinty: Imaginary positions and psycho-discrusive practices. *Feminism and Psychology*, nº 9 , 335-356.

Wilcox, H., K.R., C., & Caine, E. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, 76 (suppl) , 11-19.

Williams, J., Stephenson, D., & Keating, F. (2014). A tapestry of oppression. *The British Psychological Society* , 406-409.

Yeager, K. (12 de septiembre de 2014). Domestic violence: It's a men's issue. *San Jose Mercury News Opinion* .