



COLEGIO DE POSTGRADUADOS

INSTITUCIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS AGRÍCOLAS

CAMPUS MONTECILLO

POSTGRADO EN SOCIOECONOMÍA, ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

DESARROLLO RURAL

MASCULINIDADES PATRIARCALES Y SUICIDIO EN
VARONES RURALES EN EL MUNICIPIO DE SAN
SALVADOR ATENCO, ESTADO DE MÉXICO.

ITZEL ENID LÓPEZ RIVERA

T E S I S

PRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN CIENCIAS

MONTECILLO, TEXCOCO, ESTADO DE MÉXICO

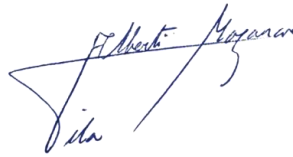
2021

El presente proyecto titulado: MASCULINIDADES PATRIARCALES Y SUICIDIO EN VARONES RURALES EN EL MUNICIPIO DE SAN SALVADOR ATENCO, ESTADO DE MÉXICO, realizado por la alumna: ITZEL ENID LÓPEZ RIVERA, bajo la dirección del Consejo Particular indicado, ha sido aprobado por el mismo y aceptado como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRA EN CIENCIAS
SOCIOECONOMÍA ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

DESARROLLO RURAL

CONSEJO PARTICULAR



CONSEJERA

Dra. María del Pilar Alberti Manzanares



ASESOR

Dr. Martín Hernández Juárez



ASESORA

Mtra. Ruth Verónica González Molotla

Montecillo, Texcoco, Estado de México, Septiembre del 2021.

MASCULINIDADES PATRIARCALES Y SUICIDIO EN VARONES RURALES EN EL MUNICIPIO DE SAN SALVADOR ATENCO, ESTADO DE MÉXICO.

Itzel Enid López Rivera, M. C.
Colegio de Postgraduados, 2021.

RESUMEN

Este artículo incorpora la perspectiva de género feminista al análisis del suicidio de varones rurales, considerando los mandatos patriarcales como generadores de vulnerabilidad y conflicto que detonan las causas de suicidio. Numerosos estudios han señalado como causas de esta situación las dificultades encontradas por los jóvenes en los contextos sociales, económicos, demográficos, educativos y laborales. Este artículo considera las subjetividades masculinas, los aspectos familiares y el amor romántico. La metodología cualitativa se aplicó en cinco estudios de caso en San Salvador Atenco, con entrevistas a profundidad a informantes relacionados directamente con los jóvenes. Los resultados mostraron que en territorios rurales los mandatos patriarcales están fuertemente arraigados en las relaciones familiares y noviazgo, creando rigidez y frustración cuando no se cumplen dichos mandatos, y llevando a la decisión del suicidio.

Palabras clave: género, feminismo, varones rurales, resiliencia, salud mental, suicidio.

PATRIARCHAL MASCULINITIES AND SUICIDE IN RURAL MEN IN THE MUNICIPALITY OF SAN SALVADOR ATENCO, STATE OF MEXICO.

Itzel Enid López Rivera, M. C.
Colegio de Postgraduados, 2021.

ABSTRACT

This article incorporates the feminist gender perspective to the analysis of the suicide of rural men, considering patriarchal mandates as generators of vulnerability and conflict that trigger the causes of suicide. Numerous studies have indicated as causes of this situation the difficulties encountered by young people in social, economic, demographic, educational and work contexts. This article considers male subjectivities, family aspects, and romantic love. The qualitative methodology was applied in five case studies in San Salvador Atenco, with in-depth interviews with informants directly related to young people. The results showed that in rural territories, patriarchal mandates are strongly rooted in family relationships and courtship, creating rigidity and frustration when these mandates are not fulfilled, and leading to the decision to commit suicide.

Keywords: gender, feminism, rural men, resilience, mental health, suicide.

DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo de investigación primeramente a la memoria de mi abuela Sofía Barrera Rivera. La mujer más fuerte, trabajadora, inteligente y amorosa que he conocido, por llenarme de vitalidad y alegría; por impulsarme a tener metas nuevas en todo momento, por darme siempre las palabras adecuadas, los abrazos y besos que necesité. Te extraño y espero que estés orgullosa de mí en el plano en el que te encuentres ahora.

A mi madre Rebeca, por ser esa continuación de ejemplo a seguir. Gracias por ser incondicional, nunca rendirte con tu familia, conmigo y contigo.

A mi padre Horacio, siempre me has aportado lo necesario desde que tengo memoria, valoro cada esfuerzo que has hecho por nosotras y aquellos que sigues realizando.

Metzli, eres mi otra mitad. Espero poder inspirarte a ser feliz y plena siempre, que no me uses de referencia más que para aprender y ser mejor dentro de lo que a ti te apasiona, te amo y estaré para ti toda mi vida como tú lo has estado desde que llegaste a la mía.

Carito, desde la niñez y espero hasta la vejez; tú has sido un pilar de sostén que no sólo aparece en malos momentos, sino en los mejores también. Gracias por ser mi hermana, esa hermana que defiende, apoya, cree, confía y ama de manera total.

A mi segundo papá: Alejandro. Siempre estaré para ti, así como tú nunca nos has faltado a nosotras, te amo y vamos a sobrellevar todo lo difícil que llegue a venir.

A mis amistades: Yelo siempre te he admirado y es una forma de decirte que seguiré aprendiendo y haciendo lo que me apasiona. Oscar y Gaby, mi team más cercano, por ese apoyo constante, por recordarme las capacidades y habilidades que poseo y que de pronto olvidaba. Ale y Mitzi ustedes me ayudaron a salir de los momentos de presión y estrés de la manera más linda, siempre ofreciendo energía bonita y risas compartidas. Davo, Luis, Jair, por ser mi nueva familia en tan poco tiempo y hacer más llevaderos los momentos complicados.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de primera instancia al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por financiar mi proyecto de investigación, el cual estoy segura que será de ayuda para la población en general y dentro del cuerpo de investigación relacionado a los estudios de salud mental.

Al Colegio de Postgraduados (CP) Campus Montecillo y al Departamento de Desarrollo Rural por haberme dado la oportunidad de continuar con mi formación académica brindándome el apoyo de las profesionales en el área que fueron mis mejores maestras.

A la Dra. María del Pilar Alberti Manzanares por brindarme la confianza de realizar la investigación en un tema de mi interés y preocupación, así como el apoyo que necesité en todo momento.

Al Dr. Martín Hernández Juárez, por tener la apertura de abordar temas nuevos incorporando su experiencia y conocimiento en apoyo a mi proyecto.

A la Mtra. Ruth González Molotla quien, con todo su conocimiento especializado en suicidio, pudo orientarme en cada momento y otorgarme la retroalimentación necesaria para llevar a fin mi investigación.

A todas aquellas personas que se encuentran luchando contra sus inseguridades y miedos aprendidos socialmente, quienes viven día a día dando lo mejor y esforzándose por lograr cada una de sus metas personales, principalmente a mis participantes, mis informantes clave que accedieron a proporcionar información muy relevante y que aportó datos sustanciosos dentro de las indagaciones.

Y por último a todas aquellas y aquellos profesionales de la salud mental que aún bajo condiciones difíciles aportan con su conocimiento y experiencia, nuevas formas de trabajo para fomentar y asegurar el bienestar emocional de la población mexicana.

CONTENIDO

RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTOS	vi
LISTA DE CUADROS	xii
LISTA DE FIGURAS	xiii
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II. JUSTIFICACIÓN, ALCANCE Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	2
CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
3.1 Preguntas	4
3.1.1. Pregunta General	4
3.1.2. Preguntas Particulares	4
3.2 Hipótesis.....	4
3.2.1. Hipótesis General	4
3.2.2. Hipótesis Particulares.....	4
3.3 Objetivos.....	5
3.3.1. Objetivo General.	5
3.3.2. Objetivos particulares.....	5
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA.....	6
4.1 Enfoque teórico de la investigación	6
4.1.1. Perspectiva de género	7
4.1.2. Terapia familiar sistémica.....	8
4.1.3. Terapia Gestalt.....	9
4.2 Unidad de análisis	10
4.3 Herramientas metodológicas	11
4.3.1. Evaluación Rural Participativa.....	12
4.3.2. Etnografía virtual.	13
4.3.3. Entrevistas a profundidad.....	13
4.3.4. Matriz de Investigación con enfoque de género	15

4.3.5. Matriz Metodológica Cualitativa.....	19
CAPÍTULO V. MARCO TEÓRICO	21
5.1 Violencia de género.....	21
5.2 Perspectiva de género y estereotipos de género	21
5.3 Feminismo y patriarcado.	22
5.4 Masculinidades Patriarcales	24
5.5 Vulnerabilidad y Resiliencia.....	26
5.5.1. Resiliencia y suicidio	26
5.6 Factores precursores de riesgo y detonadores del suicidio.....	27
5.7 Noviazgo y amor romántico	29
5.8 Género en el Desarrollo Rural.	30
5.9 Suicidio	31
5.9.1. Suicidio a nivel mundial.....	31
5.9.2. Suicidio en México	32
5.9.3. Suicidio en el medio rural	33
5.9.4. Ideación suicida.....	34
5.9.5. Intento suicida.	34
5.9.6. Masculinidades y suicidio.....	35
5.9.7. Factores de protección.....	41
CAPÍTULO VI. MARCO DE REFERENCIA.....	42
6.1 Políticas de igualdad internacionales.	42
6.1.1. CEDAW / Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979).....	42
6.1.2. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Nacionales Unidas. 42	
6.2 Políticas de igualdad en México.	43
6.2.1. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.	43
6.2.2. Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.....	43
6.3 Suicidio, medidas internacionales.	44
6.3.1. Programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la Organización mundial de la Salud (OMS) en 2008.....	44

6.3.2.	Plan de acción sobre salud mental 2013-2020	45
6.3.3.	Meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible:	46
6.4	Atención al Suicidio en el sector salud de México	46
6.4.1.	Programa Sectorial de Salud Derivado del Plan Nacional De Desarrollo 2019-2024.	47
6.4.2.	A continuación, se muestra la estructura del Programa Sectorial de Salud	47
6.4.3.	Marco Legal en salud mental y suicidio en México	51
CAPÍTULO VII. MARCO REGIONAL		54
7.1	Estado de México	54
7.1.1.	Población	54
7.1.2.	Política	56
7.1.3.	Educación	56
7.1.4.	Salud	57
7.1.4.1.	Plan de Desarrollo del Estado de México 2017 – 2023.....	58
7.1.5.	Economía	59
7.1.6.	Problemática de género	59
7.1.7.	Política de igualdad / Estado de México.....	60
7.1.7.1.	Secretaría de la Mujer.....	60
7.1.7.2.	Unidades de Igualdad de Género y Erradicación de la Violencia.....	62
7.2	Municipio de San Salvador Atenco.....	63
7.2.1.	Población	64
7.2.2.	Política	65
7.2.3.	Educación	66
7.2.4.	Salud	67
7.2.5.	Economía	69
7.2.6.	Problemática de género y Política de igualdad	70
7.2.7.	Bando Municipal de Atenco.....	71
CAPÍTULO VIII. RESULTADOS.....		74
8.1	Subjetividad patriarcal masculina en el manejo de conflictos familiares y de pareja en jóvenes varones rurales.	74

8.1.1.	Casos de estudio de jóvenes varones rurales víctimas de suicidio en San Salvador Atenco.	74
8.1.2.	Composición familiar y dinámica familiar.	91
8.1.3.	Relaciones de pareja.....	92
8.1.4.	Mandatos patriarcales en la familia y el noviazgo.	94
8.1.5.	Estereotipos de género.	95
8.1.6.	Autocuidado en cuestiones de salud física y mental.	95
8.1.7.	Pasatiempos.....	96
8.2	CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE IDEALES PATRIARCALES COMO DETONADORES DE SUICIDIO EN JÓVENES VARONES RURALES.....	96
8.2.1.	Información sobre suicidio.....	96
8.2.2.	Factores de riesgo generales.	101
8.2.3.	Factores de riesgo en el noviazgo.....	102
8.2.4.	Duelo.....	103
8.2.5.	Suicidio como tema tabú.	105
8.3	Manifestaciones de vulnerabilidad y falta de resiliencia en los conflictos familiares y de noviazgo como generadores de suicidio en jóvenes varones rurales.....	106
8.3.1.	Ideación suicida.....	106
8.3.2.	Comparaciones entre hombres y mujeres.....	107
CAPÍTULO IX.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	108
9.1	Discusión teórica.	108
9.2	Aportes de la tesis a la teoría.	109
CAPÍTULO X.	CONCLUSIONES	111
CAPÍTULO XI.	RECOMENDACIONES	115
CAPÍTULO XII.	BIBLIOGRAFÍA	118
ANEXOS	124
Anexo 1.	Carta de consentimiento informado	124
Anexo 2.	Guión de Evaluación Rural Participativa.....	126
Anexo 3.	Guión de Aplicación de la Etnografía Virtual Participativa	128

Anexo 4. Guía de entrevista para familiares (prima / hermano).....	130
Anexo 5. Guía de Entrevista para Amistades	134
Anexo 6. Personal especializado en Suicidio.....	138
Anexo 7. Guía de Entrevista para psicoterapeuta sistémica.....	142

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Informantes para la investigación.	11
Cuadro 2. Factores precursores, de riesgo y detonadores del suicidio.....	28
Cuadro 3. Intervenciones psicológicas y médicas aplicadas a casos de suicidio	45
Cuadro 4. Estructura del Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024.....	48
Cuadro 5. Objetivos y Estrategias Prioritarias.....	49
Cuadro 6. Acciones Puntuales de Salud Mental	50
Cuadro 7. Normatividad Federal	52
Cuadro 8. Normatividad Estatal	53
Cuadro 9. Características de las relaciones familiares en víctimas de suicidio.....	91
Cuadro 10. Características de las relaciones de pareja en víctimas de suicidio.	93
Cuadro 11. Mandatos patriarcales en familia y noviazgo de cada uno de los casos. ...	94
Cuadro 12. Estereotipos de género ubicados en cada uno de los casos.....	95
Cuadro 13. Autocuidado de salud mental y física en víctimas de suicidio.	96
Cuadro 14. Actividades de pasatiempos en víctimas de suicidio.	96
Cuadro 15. Información General	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ubicación del Estado de México.	54
Figura 2. Ubicación del Municipio de San Salvador Atenco.	64

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

La violencia de género y las masculinidades son temas que se han estudiado y trabajado en diversos ámbitos de la sociedad actual. Sin embargo, aún cuando se tiene la intención de erradicar o disminuir este tipo de violencia y optar por nuevas masculinidades, no se ha visto un cambio significativo, especialmente en lo que se refiere a la relación entre dichos temas y el suicidio.

El suicidio es un problema de salud mental que ha sido escasamente atendido en la población rural, las y los jóvenes son el segmento de la población con mayor número de suicidios debido a diversas causas relacionadas con la mayor vulnerabilidad en el acceso al trabajo, conflictos en sus relaciones amorosas y estereotipos de género.

Las relaciones de noviazgo se sustentan en principios patriarcales que fomentan en muchas ocasiones la violencia en las y los jóvenes; a la vez el concepto de masculinidad y sus implicaciones pueden afectar a los varones principalmente llevándolos a pensar en el suicidio como salida de sus problemas.

Por otra parte, las condiciones impuestas sobre los varones desde la mirada de la masculinidad hegemónica han llegado a afectar tanto su salud física como la salud mental, y a su vez, las relaciones interpersonales en las que se desarrollan, lo que se traduce en un malestar que muy pocos hombres llegan a reconocer y mucho menos a atender. Tomando en cuenta la interrelación entre masculinidades y suicidio se llevó a cabo este proyecto de investigación que tiene como objetivo analizar la influencia de los mandatos de género que propone el patriarcado, la forma en que éstos afectan en las relaciones interpersonales de jóvenes rurales habitantes de comunidades de San Salvador Atenco y las muertes por suicidio registradas en los últimos 10 años.

CAPÍTULO II. JUSTIFICACIÓN, ALCANCE Y DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Se generó este proyecto con el fin de visibilizar, informar y prevenir el problema del suicidio en las y los jóvenes que viven en comunidades no urbanas, específicamente en comunidades pertenecientes al municipio de San Salvador Atenco. Los varones, se encuentran permanentemente presionados para cumplir con los estereotipos de género y mandatos de la masculinidad hegemónica. Esta presión social crea en ellos malestar y conflicto a nivel personal, siendo propensos a presentar altos niveles de estrés, colocándolos en mayor riesgo de vulnerabilidad a atentar contra su vida.

Las principales causas del suicidio están relacionadas con aspectos de carácter económico, muchas veces al no llegar al nivel social demandado y suficiente para cubrir las necesidades básicas de las y los hijos, el no conseguir un trabajo con mayor prestigio, el no poder ser el único sostén y proveedor del grupo familiar, puede desencadenar problemas dentro de sus relaciones de pareja, con los hijos e hijas y también conflictos personales.

Así, dentro del mismo individuo surgen conflictos con su verdadera identidad, sus metas, la “capacidad” y las demandas externas impuestas, mismo conjunto de características que al final, no convergen entre sí. Ante esto, se da una contradicción entre su sentir y actuar, puesto que aún cuando la presión es demasiada, a los varones se les ha forzado históricamente a “*aguantar como los machos*”, a “tolerar” sus dolencias y preocupaciones manteniendo una falsa postura de tranquilidad, fortaleza o incluso, inmunidad. Es entonces cuando se alcanzan niveles excesivos de malestar, no hay comunicación ni forma de pedir ayuda válida para ellos, no alcanzan a ver opciones para salir adelante y el resultado, en muchas y cada vez más frecuentes ocasiones, es el suicidio.

Existen diversos estudios enfocados al suicidio, puesto que se trata de un problema de salud que afecta a poblaciones de todo el mundo, sin embargo, las estadísticas tienen sus limitaciones al no considerar algunos huecos de información, por ejemplo:

1) Hay más atención a poblaciones urbanas que dentro de las poblaciones rurales; 2) el hecho de que se trate de un tema tabú, contribuye a la poca claridad en los datos

estadísticos, en donde quizás, no todas las familias con parientes que murieron por suicidio lo declaren como tal, seguido de los procesos burocráticos que se dan al declarar la muerte de una persona por suicidio; y, finalmente;

3) el poco acceso que se tiene a algunas comunidades rurales, no existen suficientes campañas de prevención contra este problema de salud mental.

Un punto clave dentro de este proyecto fue identificar la capacidad de resiliencia que tienen los varones para salir adelante luego de haber enfrentado momentos críticos en sus vidas, y por otra parte, los factores de vulnerabilidad que pueden, por el contrario, orillarlos a optar por terminar con su existencia.

Con esta investigación se buscó principalmente, visibilizar el suicidio en varones habitantes de zonas rurales y a su vez dar una mirada particular desde los relatos con la población seleccionada, analizando hasta qué punto la masculinidad hegemónica afecta a los hombres al punto de llevarlos al suicidio.

La investigación tuvo un alcance exploratorio – correlacional y se llevó a cabo en diversas comunidades pertenecientes al municipio de San Salvador Atenco, ubicado en el Estado de México.

CAPÍTULO III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando la necesidad de proporcionar mayores datos empíricos, así como teóricos a la problemática de estudio se plantean las siguientes:

3.1 Preguntas

3.1.1. Pregunta General

¿Cómo influyen los mandatos patriarcales y los estereotipos de género masculinos en provocar factores de riesgo, vulnerabilidad y falta de resiliencia en varones rurales relacionados con eventos de suicidio?

3.1.2. Preguntas Particulares

- a) ¿Qué mandatos patriarcales y qué estereotipos de género masculinos influyen en eventos de suicidio de varones rurales?
- b) ¿Qué factores precursores, de riesgo y detonadores influyen en los varones rurales en el noviazgo y la familia relacionados con evento de suicidio?
- c) ¿Cómo se expresa la vulnerabilidad y la falta de resiliencia de los varones rurales en la resolución de conflictos en el noviazgo y la familia relacionados con eventos de suicidio?

3.2 Hipótesis

3.2.1. Hipótesis General

Los mandatos patriarcales y los estereotipos de género masculinos generan respuestas de suicidio al aumentar la vulnerabilidad y la falta de resiliencia de los varones rurales para el manejo de conflictos en el noviazgo y la familia.

3.2.2. Hipótesis Particulares

- a) Los mandatos patriarcales y los estereotipos de género masculino construyen matrices organizadoras de la subjetividad masculina de los varones rurales, que provocan rigidez y frustración para afrontar conflictos que se presentan en el noviazgo y en la familia.

b) Los factores precursores, de riesgo y detonadores relacionados con los eventos de suicidio masculino son aquellos que imposibilitan el cumplimiento de los mandatos patriarcales y por ello, generan la frustración para los varones rurales porque ponen en duda su valía y su masculinidad.

c) Los ideales patriarcales promueven el dominio, la superioridad y el control de los varones rurales respecto a las mujeres, pero ante los conflictos en las relaciones de noviazgo y familia estos ideales no se cumplen y ello provoca un daño emocional que puede derivar en alta vulnerabilidad masculina y falta de resiliencia provocando eventos de suicidio.

3.3 Objetivos

3.3.1. Objetivo General.

Analizar los eventos de suicidio de varones rurales en relación con los mandatos patriarcales en el noviazgo y la familia en San Salvador Atenco, Estado de México.

3.3.2. Objetivos particulares

- a) Establecer las matrices organizadoras de la subjetividad masculina en relación al manejo de conflictos en el noviazgo y la familia.
- b) Resaltar las consecuencias que derivan de la imposibilidad del cumplimiento de los ideales patriarcales y provocan factores precursores, de riesgo y detonadores de sucesos de suicidio en varones rurales.
- c) Identificar las manifestaciones de vulnerabilidad y falta de resiliencia en los conflictos en el noviazgo y en la familia de varones rurales, que generan eventos de suicidio.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque teórico de la investigación

Se utilizó un enfoque teórico multidisciplinario, el cual se integró por la psicología y perspectiva de género.

Además, se llevó a cabo un análisis cualitativo de la información puesto que las herramientas a utilizar en la investigación buscaban recabar y examinar vivencias previas, opiniones, creencias y perspectivas personales de las y los participantes.

Es importante resaltar el hecho de que la investigación fue llevada a cabo en un momento histórico importante debido a que, actualmente el mundo se encuentra dentro de una pandemia por el coronavirus COVID-19, y por esta razón se recurrió a la etnografía virtual como un método para llevar a cabo el estudio base de este proyecto; y al respecto, según lo menciona Sandoval (1996), la metodología cualitativa nos permite enfocarnos en la dimensión cultural y la realidad social que se va a someter a análisis.

Al recurrir a métodos virtuales de obtención de información, se observaron diversas limitaciones y alcances.

◆ Limitaciones

- ! Técnicas utilizadas de manera virtual, sujetas a constantes fallas en las redes de comunicación.
- ! Dificultad en el momento de establecer rapport, al estar en modalidad virtual.
- ! Comunicación no verbal, dificultad para distinguir tonalidades de piel, cambios en la voz, nerviosismo al contestar algunas preguntas, movimientos de manos, y otras manifestaciones corporales, que dan información valiosa para la investigación.
- ! Desconocimiento de plataformas por parte de los y las participantes para realizar las entrevistas.

◆ Alcances

- ✓ Mayor acceso a tiempos de personas que generalmente suelen estar muy ocupadas, o tener tiempos libres muy breves.
- ✓ Oportunidad de hacer entrevistas con población ubicada lejos al momento de la investigación de campo.
- ✓ Facilidad para compartir información por medio de redes sociales.

De manera personal, fui diagnosticada con Covid – 19 dentro de los tiempos asignados para la investigación de campo, por lo que se complicó la realización de entrevistas previstas con cada una de las personas pensadas para la investigación.

Por último, y no menos importante, también durante el proceso de investigación de campo, nos encontrábamos en periodo electoral (6 junio 2021) para las elecciones intermedias en el país, esto hizo prácticamente imposible encontrar a servidores públicos especializados en suicidio dentro de las oficinas de los juzgados y Ministerio Público que tuvieran el tiempo y disposición para conceder una entrevista.

4.1.1. Perspectiva de género

El género ha sido definido por múltiples autores y autoras, de forma más apegada a los últimos estudios realizados por mujeres feministas. Al respecto, me permito citar a Cobos, quien nos indica que este concepto es una especie de normatividad que asigna espacios y recursos a varones y mujeres dentro del sistema social (patriarcado) cuyas reglas están basadas en el sexo como hecho anatómico, por ello, el feminismo busca abordarlo con el objetivo de visualizar la realidad de las mujeres explicando los efectos de este colectivo en desventaja social (Cobos, 2005: 250).

Otra definición aportada por Alberti, indica que el género es una categoría teórico-metodológica y política que busca analizar la construcción social de la diferencia sexual, cuestiona las relaciones desiguales de poder y propone además, un cambio hacia la equidad e igualdad (Alberti, 2011: 213).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la perspectiva de género es “una categoría analítica que toma los estudios que surgen desde las diferentes

vertientes académicas de los feminismos para... cuestionar los estereotipos y elaborar nuevos contenidos que permitan incidir en el imaginario colectivo de una sociedad al servicio de la igualdad y la equidad” (2017:15).

De la misma manera, Serret (2008) nos menciona que la perspectiva de género es un punto de vista a partir del cual podemos visualizar diversos fenómenos de nuestra realidad, ya sea en el área política, científica, académica o social y, dentro de este punto de vista, se tienen en cuenta los efectos de las relaciones sociales de poder que se dan entre los géneros.

El comprender que los comportamientos de hombres y mujeres no son determinados por factores derivados de la “naturaleza” ayuda a modificar aquellas acciones o costumbres que pueden poner en riesgo el bienestar físico y mental de todas las personas.

Así mismo, entendemos que el realizar el estudio tomando en cuenta una visión distinta a la cotidiana en la que se hacen visibles los estereotipos de género bajo los cuales hemos sido educados, se debaten y se ponen bajo la mirada académica, nos aporta mayor información y perspectivas distintas para entender la raíz del problema del suicidio y si existen diferencias entre géneros.

Además la perspectiva de género nos ayuda a crear nuevas formas de socialización y relación entre las y los seres humanos.

4.1.2. Terapia familiar sistémica

La Terapia Familiar Sistémica se ha llegado a consolidar como una herramienta terapéutica efectiva y útil en el trabajo con familias que experimentan síntomas y/o problemas entre sus integrantes, su paradigma ofrece una nueva perspectiva de la psicopatología del individuo, la cual se manifiesta en la familia. Su uso está fundado en un importante cuerpo teórico y epistemológico, mismo que se mantiene actualizado, pues éste ha ido transformándose, de manera que ha abandonado y/o reinventado algunos de sus postulados originales sustituyéndolos por nuevos constructos, los cuales permiten un crecimiento en la riqueza y la complejidad de la intervención clínica, a favor del individuo, pareja y/o familia (Villarreal-Zegarra y Paz-Jesús, 2015).

Esta terapia ofrece una visión amplia en la concepción de la realidad de la unidad de análisis de manera que se toma en cuenta su relación con otros sistemas (familiar, escolar, laboral, social), dichos datos facilitan la intervención clínica psicológica.

Se elige la terapia familiar como punto inicial debido a que la población sobre la cual se ha decidido enfocar la atención son precisamente familiares y personas cercanas a quienes murieron por suicidio, es decir, se buscaron personas dentro del sistema principal y sistemas secundarios del suicida con el propósito de indagar información previa al suceso y también de manera posterior a manera de duelo y posibles tratamientos para superar el trauma.

4.1.3. Terapia Gestalt

La terapia Gestalt consiste en atender a otro ser humano de tal forma que le permita ser lo que realmente es, se trata entonces de una terapia *existencialista*, la cual se ocupa de los problemas / conflictos provocados por nuestra aversión a aceptar la responsabilidad de lo que somos y de lo que hacemos (Burga, 1981).

Tomando en cuenta que la terapia Gestalt enfocada al tema del suicidio es prácticamente un campo nuevo en México, se retoma la misma con la intención de señalar la utilidad que tendría dicha terapia en la prevención del suicidio.

Perls (2006) afirma que dentro de la terapia Gestalt se considera que la persona tiene en ella el germen para restablecer su equilibrio y bienestar permitiendo su desarrollo saludable en una personalidad integrada, lo cual le permite enfrentar y superar situaciones adversas restableciendo su homeostasis. Este enfoque se aplicó en esta investigación al incluir algunas preguntas dentro de los cuestionarios que fueron utilizados en la investigación de campo, además, es importante resaltar que el informante especialista en suicidio, actualmente trabaja bajo esta corriente psicológica.

Con otras palabras, se puede hablar de resiliencia, y la forma en que la población suicida generalmente no tiene esta capacidad que podría apoyarlos antes de tomar la decisión de terminar con sus vidas.

Finalmente, Stange (2014) indica que la terapia gestáltica gracias a sus concepciones básicas sobre el hombre trata de facilitar para cada organismo (persona) el desarrollo que posibilitará encontrar metas que le son significativas en su proceso de maduración. Dicha terapia tiene como objetivo el desarrollar y facultar al individuo para que pueda captar no sólo los factores relevantes del campo externo, sino también la información relevante interna, logrando con ello la autorregulación, tratando de llegar a ella por medio del darse cuenta en el aquí y ahora.

Aún cuando los humanos somos seres sociales, se debe buscar un equilibrio entre la misma persona, sus pensamientos, emociones y sus relaciones cercanas, el ambiente en el que se desarrolla y aspectos sociopolíticos en los que se encuentra, esto lo llevará a autorregularse. Cuando no se da este proceso se pone en riesgo y puede conducir por ejemplo, al suicidio.

4.2 Unidad de análisis

La investigación va dirigida a habitantes en general interesad@s en el tema de suicidio, pero principalmente a aquell@s encargad@s de la salud y bienestar de la población rural en México, así como a especialistas del área mental.

Las y los participantes fueron familiares y/o amistades de varones con un rango de edad de entre los 21 y 44 años, quienes tomaron la decisión de suicidarse, tod@s pertenecientes al municipio de San Salvador Atenco. Los jóvenes víctimas de suicidio reportados en esta investigación fueron cinco: Mauricio, Erick, Alejandro, Javier y David. Los nombres reales de estos jóvenes fueron cambiados por uno ficticio, como recurso metodológico para proteger la identidad, la dignidad y la confidencialidad de dichas personas.

Cuadro 1. Informantes para la investigación.

INFORMANTES	NÚMERO
Familiares de víctima de suicidio (prima y hermano)	1 mujer 1 varón
Amistades de la víctima de suicidio -Jóvenes mujeres	5 mujeres
Psicóloga especialista terapia sistémica	1 mujer
Suicidólogo	1 hombre
Total	9
Mujeres	7
Hombres	2

Fuente: Elaboración propia considerando a las y los informantes de San Salvador Atenco.

Todas las personas informantes tuvieron relación con los eventos de suicidio estudiados en esta tesis.

4.3 Herramientas metodológicas

La problemática del suicidio en varones rurales se da en respuesta a la incapacidad (o el sentimiento de incapacidad) de los hombres por “cumplir” con los mandatos establecidos por la masculinidad patriarcal / hegemónica.

Para ello, se el uso de métodos cualitativos, ya que se busca obtener información real de las personas con las que se trabajará, siendo vital la necesidad de autenticidad. Para poder dar rigor y profundidad a este proyecto se hizo uso de la triangulación de datos y triangulación interdisciplinaria, ya que se utilizarán múltiples perspectivas para analizar la diversidad de datos recopilados (Álvarez – Gayou, 2003).

Debido a que nos encontramos en confinamiento por pandemia de Covid-19, se utilizó la etnografía virtual como método de investigación y análisis de la forma en cómo se

relacionan los varones en términos sociales, afectivos y cognitivos mediante el uso de sus redes sociales.

Una vez ubicados los cinco casos de suicidio masculino, se realizó un acercamiento para ubicar a familiares y amistades de estas personas con el fin de explicarles su contribución con la investigación; cuando las y los participantes decidieron ser parte de la misma, se les dio a firmar la carta de consentimiento informado (Anexo 1) y, posterior a ello, se realizaron las entrevistas a profundidad con cada un@ de los participantes que dieron su consentimiento.

Como producto final se tiene como resultado un trabajo de tesis del tema de suicidio en zonas rurales y la relación que existe entre género y suicidio. Esto a futuro podría alentar a los encargados del área de salud a la creación de estrategias más adecuadas para abordar de manera más eficiente esta problemática, entre ellas, el diseño y ejecución de talleres de prevención del suicidio dirigido principalmente a varones habitantes de zonas rurales, cuyo objetivo sería que los varones puedan ubicar las características y mandatos de la masculinidad hegemónica, realizar un análisis personal y determinar hasta qué punto se han sentido con la obligación de cumplir con dichas características. Al mismo tiempo, podrían darse a conocer las “nuevas masculinidades” como modelos bajo los cuales puedan vivirse como hombres de manera más saludable.

4.3.1. Evaluación Rural Participativa.

En un primer momento con la población elegida, se recurrió a la Evaluación Rural Participativa la cual busca, según Lagunas-Vázquez (2008), constituir un “enfoque participativo o un marco metodológico para obtener, evaluar y analizar, en un periodo corto, información relevante sobre las realidades... Su propósito es dar prioridad a los problemas esenciales” (453).

Con esta información recopilada se da pie a seguir investigando sobre las problemáticas identificadas, es decir, con una guía de los objetivos a profundizar.

De manera inicial se lanzó un cuestionario breve que retoma temáticas sobre salud mental y suicidio (Ver Anexo 2. Guión de Evaluación Rural Participativa). Este fue

compartido por medio de redes sociales, de habitantes ubicados en localidades del municipio de San Salvador Atenco, de ellas se obtuvieron 29 respuestas, 25 de las personas encuestadas fueron mujeres y únicamente respondieron 4 varones. De inicio podemos observar la disposición de hablar sobre temas de salud mental, en su mayoría es por parte del género femenino.

4.3.2. Etnografía virtual.

Ya que nos encontramos en confinamiento por la pandemia del Covid-19, se decidió utilizar la etnografía virtual como método de investigación y análisis de la forma en cómo se relacionan los varones en términos sociales, afectivos y cognitivos mediante el uso de sus redes sociales.

Villegas (2008) nos dice que con la aparición del Internet, los seres humanos han adoptado por otras formas de relacionarse y comunicarse, de manera que la presencialidad y lo geográfico no suponen ya un problema o dificultad, sino que al contrario, han emergido un sinnúmero de universos virtuales en donde las relaciones humanas se han enriquecido y diversificado. Sin embargo, al ser novedoso, es vital conocer “qué códigos de conducta se han establecido; cuál es la construcción simbólica que caracteriza a esas relaciones; qué lenguajes y nuevas alfabetizaciones se han conformado en estos universos” (69-70); entre otros aspectos para entender su andar por el ciberespacio (Ver Anexo 3. Guía de aplicación de la Etnografía virtual).

4.3.3. Entrevistas a profundidad.

Las entrevistas a profundidad son métodos de investigación que ayudan a recolectar datos de manera profunda ya que como lo menciona Robles (2011), se trata de una plática que se da entre iguales, cuyo objetivo está orientado a la comprensión de las experiencias, situaciones o perspectivas que tienen / tuvieron los informantes y son expresadas con su propio lenguaje.

Para proceder a dichas entrevistas a profundidad, se aplicó el cuestionario breve del que se mencionó en el apartado 4.3.1 “Evaluación Rural Participativa”. De las 29 personas que respondieron, se obtuvieron únicamente 13 opciones viables, refiriéndose al hecho

de que respondieron haber conocido directamente a alguien que se hubiese suicidado. Luego de esta etapa, se procedió a contactar con cada una de las personas clave para poder agendar las reuniones (virtuales para ser entrevistad@s). En este punto, es importante resaltar que de las 13 personas, sólo 3 **de ellas** (todas mujeres), aceptaron realizarlas, entendiendo que hay más facilidad de acceder a este tipo de información de parte del género femenino.

El número de entrevistas no fue lo esperado para dar inicio a la investigación, sin embargo, se decidió emplear la técnica de muestreo denominada “bola de nieve”. Aquí, Martínez – Salgado, (2012), menciona que la integración de esta muestra se va dando mientras va sucediendo la investigación, es decir, se identifican los casos de interés, a partir de una persona que conozca a otra, la cual puede resultar como una buena opción para participar.

Así, se dio inicio a las entrevistas dirigidas a: amistades, familiares, personal especializado en suicidio y psicoterapeutas (Ver Anexo 4. Guía de entrevista para familiares; Anexo 5. Guía de entrevista para amistades; Anexo 6. Guía de entrevista para Personal Especializado en Suicidio y Anexo 7 Guía de Entrevista para psicoterapeuta sistémica).

Se tenía como objetivo también entrevistar a personal especializado en el área legal (ministerio público) y de la salud, (regidor de salud), no obstante, no se pudieron llevar a cabo dichas entrevistas, pues al inicio de la investigación de campo, la investigadora Itzel Enid López Rivera, contrajo Covid, por lo cual estuvo en tratamiento y resguardada en cuarentena durante 2 semanas.

Se procedió a conseguir el contacto finalizando este periodo, pero la agenda de trabajo del personal no coincidió con los tiempos establecidos para la investigación.

A continuación se presenta la Matriz de Investigación con enfoque de género y la Matriz Metodológica Cualitativa.

4.3.4. Matriz de Investigación con enfoque de género

Título	Preguntas	Hipótesis	Objetivos	Marco teórico	Metodología
"Masculinidades patriarcales y suicidio de varones rurales en San Salvador Atenco"	Pregunta General ¿Cómo influyen los mandatos patriarcales y los estereotipos de género masculinos en provocar factores de riesgo, vulnerabilidad y falta de resiliencia en varones rurales relacionados con eventos de suicidio?	Hipótesis General Los mandatos patriarcales y los estereotipos de género masculinos generan respuestas de suicidio al aumentar la vulnerabilidad y la falta de resiliencia de los varones rurales para el manejo de conflictos en el noviazgo y la familia.	Objetivo General Analizar los eventos de suicidio de varones rurales en relación con los mandatos patriarcales en el noviazgo y la familia en San Salvador Atenco.	-Masculinidades patriarcales. -Estereotipos de género. - Resiliencia. -Vulnerabilidad. - Factores precursores, de riesgo y detonadores de eventos de suicidio.	-Evaluación Rural Participativa. -Etnografía virtual participativa -Entrevistas a profundidad.
	Preguntas particulares P.1 ¿Qué mandatos patriarcales y qué estereotipos de	Hipótesis particulares H.1. Los mandatos patriarcales y los estereotipos de género	Objetivos particulares O.1. Establecer las matrices organizadoras de la subjetividad masculina	- Relaciones familiares. -Relaciones de noviazgo.	

<p>género masculinos influyen en eventos de suicidio de varones rurales?</p>	<p>masculino construyen matrices organizadoras de la subjetividad masculina de los varones rurales,</p>	<p>en relación al manejo de conflictos en el noviazgo y la familia.</p>	<p>-Factores de protección.</p>
<p>P.2 ¿Qué factores precursores, de riesgo y detonadores influyen en los varones rurales en el noviazgo y la familia relacionados con evento de suicidio?</p>	<p>que provocan rigidez y frustración para afrontar conflictos que se presentan en el noviazgo y en la familia.</p> <p>H.2. Los factores precursores, de riesgo y detonadores relacionados con los eventos de suicidio masculino son aquellos que imposibilitan el cumplimiento de los mandatos patriarcales y por ello, generan la frustración para los</p>	<p>O.2. Resaltar las consecuencias que derivan de la imposibilidad del cumplimiento de los ideales patriarcales y provocan factores precursores, de riesgo y detonadores de sucesos de suicidio en varones rurales.</p> <p>O.3. Identificar las manifestaciones de vulnerabilidad y falta de resiliencia en los conflictos en el noviazgo y en la familia de varones rurales, que generan eventos de suicidio.</p>	
<p>P.3 ¿Cómo se expresa la vulnerabilidad y la falta de resiliencia de los varones rurales en la resolución de conflictos en el</p>	<p>relacionados con los eventos de suicidio masculino son aquellos que imposibilitan el cumplimiento de los mandatos patriarcales y por ello, generan la frustración para los</p>		

noviazgo y la familia varones rurales porque
relacionados con ponen en duda su valía
eventos de suicidio? y su masculinidad.

H.3. Los ideales
patriarcales
promueven el dominio,
la superioridad y el
control de los varones
rurales respecto a las
mujeres, pero ante los
conflictos en las
relaciones de noviazgo
y familia estos ideales
no se cumplen y ello
provoca un daño
emocional que puede
derivar en alta
vulnerabilidad
masculina y falta de

resiliencia provocando
eventos de suicidio.

4.3.5. Matriz Metodológica Cualitativa

Título	Objetivo General	Objetivo Específico 1	Objetivo Específico 2	Objetivo Específico 3
"Masculinidades patriarcales y suicidio de varones rurales en San Salvador Atenco"	Analizar los eventos de suicidio de varones rurales en relación con los mandatos patriarcales en el noviazgo y la familia en San Salvador Atenco.	O.1. Establecer las matrices organizadoras de la subjetividad masculina en relación al manejo de conflictos en el noviazgo y la familia.	O.2. Detallar las consecuencias que derivan de la imposibilidad del cumplimiento de los ideales patriarcales que provocan factores precursores, de riesgo y detonadores de sucesos de suicidio en varones rurales.	O.3. Identificar las manifestaciones de vulnerabilidad y falta de resiliencia en los conflictos de noviazgo y familiares que generan eventos de suicidio.
Temas de investigación	Mandatos patriarcales Socialización en la familia	Subjetividad masculina Masculinidad patriarcal	Factores precursores Factores de riesgo Factores detonadores Factores protectores	Vulnerabilidad Resiliencia Conflictos de noviazgo Conflictos familiares

		Manejo de conflictos	Ideales patriarcales	
		Relaciones de noviazgo y familia.		
Grupos de informantes	-Familiares	-Familiares -Amistades	-Personal especializado en Suicidio	- Familiares - Varones - Amistades
Herramientas metodológicas	Anexo 4. Entrevistas a familiares.	Anexo 5. Entrevista para amistades	Anexo 6. Entrevista para personal especializado en suicidio	Anexo 8. Entrevista para psicoterapeuta sistémica especializada en suicidios.

CAPÍTULO V. MARCO TEÓRICO

El marco teórico sobre masculinidades y suicidio de jóvenes es amplio, sin embargo, el problema ha sido poco estudiado en el medio rural. Presentamos a continuación los referentes de la discusión relacionada con la investigación de la tesis.

5.1 Violencia de género

Según el Instituto Mexicano del Seguro Social, la violencia de género es un tipo de violencia en la cual el maltrato lo ejerce un sexo hacia otro, es decir, de hombre a mujer o de mujer a hombre (IMSS, 2015). La misma institución realiza una clasificación de los tipos de violencia de género que se pueden dar: 1) Violencia física. Algunos de los daños que se dan de esta forma son los golpes, mordidas, empujones, patadas y pellizcos. 2) Violencia psicológica. Se refiere a los actos que dañan el equilibrio emocional de la persona que los sufre por ejemplo: los celos, amenazas, insultos, infidelidad, indiferencia, rechazo. 3) Violencia Económica. En este apartado se refiere al control y limitaciones de dinero o recursos, puede surgir tanto en el lugar de trabajo como en el hogar. 4) Violencia Sexual. Mediante este acto una persona ejerce poder, daña o degrada el cuerpo de otra persona, así como su integridad mental convirtiéndola en un objeto sexual.

Por otra parte, la Ley De Acceso De Las Mujeres A Una Vida Libre De Violencia (2018), se contemplan diversas modalidades de violencia: violencia familiar, violencia laboral y docente, violencia en la comunidad, violencia institucional y violencia feminicida.

5.2 Perspectiva de género y estereotipos de género

Es importante hablar de lo que es la perspectiva de género, Lagarde (1996) la define como una concepción académica que permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar a las maneras en que lo hacen.

Para Lagarde (1996):

“La problemática de género en que estamos inmersos mujeres y hombres forma hoy parte sustantiva en la construcción de la democracia y la redefinición de los modelos de desarrollo, así como de la resignación de la vida personal y colectiva. La propuesta va de lo macro a lo micro, de la formación social a la persona, de la casa al Estado, del Estado al mundo, del género a cada quien, de cada persona a diversas organizaciones y a la sociedad civil, y pasa por supuesto por complejos mecanismos de mediaciones” (19).

La misma autora nos define el género como una categoría correspondientes al orden sociocultural configurado sobre la base de lo cultural, una construcción simbólica que contiene el conjunto de atributos asignados a las personas a partir del sexo.

Para entender lo que son los estereotipos de género se recurre a Lamas (2002) quien explica cómo se ha dado una división de lo que se considera femenino y lo que se considera masculino basándose supuestamente en diferencias biológicas, como por ejemplo el hecho de ser mujer y ser madre (considerando este aspecto una limitante para trabajar); sin embargo, ella afirma que estas variaciones dependen de construcciones culturales y no de aspectos relacionados a la biología. Por lo cual, también se puede entender que cada uno de los roles y/o estereotipos de género son asignados culturalmente basados en el sexo biológico (características anatómicas de mujer / hombre) y que la designación de ciertas funciones, cargos o representaciones como femeninas o masculinas varían de acuerdo al ambiente en el que se desarrollan.

5.3 Feminismo y patriarcado.

El feminismo es según Gamba (2008), un movimiento de liberación de la mujer, el cual ha generado en su existencia diferentes pensamientos, acciones y teorías. Éste tiene como objetivo liberar a las mujeres y hombres de las jerarquías y desigualdades que han sido marcadas históricamente entre géneros. Bajo este orden de ideas se enfoca principalmente en el estudio y análisis de la condición de las mujeres en todos los escenarios posibles, empezando por el personal, familiar, educativo, político y laboral.

Alberti define feminismo como Feminismo a la “corriente filosófica, una teoría científica, una propuesta política y un movimiento social que plantea la lucha contra los principios del patriarcado. El feminismo critica el patriarcado y reivindica que las mujeres no son inferiores, no son propiedad y no están al servicio de los hombres” (Alberti, 2018:179).

Es importante remarcar que el feminismo no es un movimiento homogéneo sino que existen distintas corrientes surgidas a lo largo de la historia del mismo, a partir de la revolución francesa y hasta la actualidad.

Por otra parte, Varela (2005) define al patriarcado como un sistema de dominación sexual (masculina) que determina la subordinación y la opresión de las mujeres.

El patriarcado es una creación histórica que fue elaborada por hombres y mujeres en un proceso que tardó casi 2.500 años en completarse.

La unidad básica del mismo era la familia patriarcal, que expresaba y generaba constantemente sus normas y valores, de esta forma se fueron estableciendo las funciones y la conducta que se consideraba como la apropiada a cada sexo (Lerner, 1986).

Alberti define patriarcado como “un planteamiento filosófico, una estructura social, un sistema político, cultural, económico, religioso y educativo, que establece los principios de la relación desigual entre mujeres y hombres. Estos principios son transmitidos por la educación de los hombres para que consideren a las mujeres como: inferiores, de su propiedad y a su servicio (Alberti, 2018:417).

El patriarcado siendo un sistema dominante en la actualidad y desde hace décadas, no consideró que al jerarquizar las relaciones de sexo-género, también las hizo vinculantes. Esto significa que la superioridad masculina es real solo en tanto las mujeres acepten considerarse a sí mismas inferiores a los hombres (Sau, 1999). Lo cual nos indica que nosotras mismas, unidas, rebeldes y pensadoras tenemos la solución al derrocamiento del sistema. Sería esta una manera de definir al feminismo, como un movimiento político y social que busca cuestionar y derribar las barreras que el patriarcado pone sobre las mujeres.

Varela (2019) opina que acabar con el patriarcado es algo posible, ya que este no es invencible, aunque no significa una tarea sencilla y para ello se deben realizar tareas precisas de avance desde el feminismo, dicho movimiento busca la igualdad basada en las 3 Es: 1) Equipotencia, que busca tener el mismo poder que los hombres, 2) Equivalencia, tener el mismo valor entre géneros y 3) Equifonía, una voz que realmente sea escuchada. Y las 3 R's: 1) Redistribución, 2) Reconocimiento y 3) Representación.

A su vez, Brunet indica que el perfil de género de las teorías del contrato social está en que éste ha sido construido a partir de la diferencia sexual, que marca la línea divisoria entre libertad -plano público- y subordinación -plano privado- (Brunet, 2008).

5.4 Masculinidades Patriarcales

Carabí (2000) habla de las nuevas masculinidades. Pero antes de esto, ella inicia con una breve pero precisa descripción de lo que es el "Sistema Patriarcal" dentro de los países occidentales. Se habla de la imagen ideal de un varón (por lo que se entiende que podríamos hablar de Masculinidad Patriarcal), éste siendo de raza blanca y con comportamiento heterosexual; considerado como superior a las mujeres, dominante, activo, culto y viril. Una vez que iniciaron movimientos sociales de mujeres en los años sesentas, los varones y su imagen de masculinidad ideal (patriarcal) entraron en crisis.

Bonino (2000) ahonda acerca de estas "anormalidades masculinas" que llegan a poner en riesgo, más que en conflicto, la vida de los varones. Comienza a hablarse de las altas tasas de suicidio masculino, así como de los abusos de sustancias (drogas ilegales y legales como el alcohol) y de los también altos niveles de estrés y ansiedad ocasionados por el desempleo, de las graves consecuencias del ejercicio el rol masculino patriarcal (llamado comúnmente tradicional) y de la forma en que se considera ya como grupo vulnerable a los jóvenes varones.

Retomando un trabajo más de Bonino, pero este del año 2003, acerca de las reacciones que se han presentado por parte de los varones ante la lucha femenina por la igualdad, él realiza una clasificación de estas:

- 1. Los contrarios a los cambios de las mujeres:** aquí se encuentran hombres casi en su totalidad con edades mayores a los 55 años de edad, aunque Bonino también indica que dentro de los últimos años se han registrado varones de menos de 21 años también dentro de esta categoría. Tienen un perfil con un nivel educativo muy bajo y suelen convivir con mujeres que únicamente se dedican al ámbito doméstico. Su discurso es totalmente androcéntrico, machista y/o paternalista pues niegan la existencia de desigualdad y reaccionan con ira ante los movimientos de mujeres que defienden sus derechos ya que entienden la lucha de estas mujeres como intentos de dominarlos a ellos.
- 2. Los favorables ante los cambios de las mujeres:** en general, se trata de jóvenes con estudios superiores, solteros, sin hijos y que se relacionan con mujeres independientes, trabajadoras del ámbito público y que viven en ciudades grandes. Solo algunos de ellos suelen cuestionarse sus roles y defender la igualdad desde su propia experiencia, pueden ser compañeros de mujeres y mostrarse pasivos provocando un cambio en la visión de los roles tradicionales de hombres y mujeres mientras que los que siguen sin cuestionar sus roles, son varones que se benefician directamente de los cambios de las mujeres sin aportar nada.
- 3. Los ambivalentes frente al cambio de las mujeres:** el rango de edad de estos varones está entre los 35 y 55 años, con parejas que trabajan en el ámbito público o divorciados y con hijos. Suelen ser los que más se quejan puesto que se sienten desorientados, incomprensidos y desconcertados por los cambios de las mujeres quienes ya no permiten ser controladas por ellos. La mayoría se resignan y aceptan con disgusto que las mujeres seguirán cambiando, habitualmente temen que las mujeres “les ganen” en algunos campos, algunos de ellos también pueden entrar en una crisis existencial en la que a veces se deprimen, pero muy pocos buscan psicoterapia.

Los varones de todas las categorías mencionadas son conscientes de las demandas de igualdad de las mujeres y de la violencia como reacción de la pérdida del control masculino ante los cambios de las mujeres.

5.5 Vulnerabilidad y Resiliencia

González-Arratia López-Fuentes y Valdez-Medina (2013) mencionan que la resiliencia es un concepto complejo que puede ser entendido de diferentes formas debido a que existen muchas y diversas definiciones. Todas estas definiciones coinciden en que es entendida como una habilidad o capacidad personal que hace referencia a la conservación de los recursos con los que cuentan los individuos e individuos ante eventos adversos, la forma en que las personas se recuperan como efecto de uno o varios eventos hostiles, y otras obtienen resultados positivos que dichas personas pueden construir a partir de los conflictos que atraviesan, es decir que logran prosperar, crecer, y/o mejorar.

Los hallazgos en el estudio de resiliencia, por González-Arratia, López-Fuentes y Valdez-Medina, indican que la capacidad de resiliencia varía, ya que se observó que las participantes mujeres puntuaron más alto en las tres dimensiones de resiliencia. Además se puede notar como las mujeres puntúan más alto en el factor protector externo, mientras que los hombres la puntuación es en el factor protector interno. Esto parece indicar que las mujeres requieren de un apoyo externo para ser resilientes, mientras que los hombres no; provocando que estos últimos sean más vulnerables a factores como el suicidio.

5.5.1. Resiliencia y suicidio

Sánchez-Teruel (2014), afirma que es basto el conocimiento sobre factores de riesgo de suicidio dentro de la literatura científica, mientras que por el contrario es muy escasa la información relacionada con factores que promuevan la protección ante el riesgo de tentativa o suicidio consumado. Por ello, en su estudio titulado: “Factores Protectores Que Promueven La Resiliencia Ante El Suicidio En Adolescentes Y Jóvenes. Papeles del Psicólogo” da una revisión de los factores protectores que promueven la resiliencia en adolescentes y adultos jóvenes, enfocándose en el riesgo de tentativa suicida o

suicidio consumado. Y define la resiliencia como una “rápida recuperación ante situaciones vitales estresantes, negativas o adversas, y un crecimiento psicosocial que anteriormente a la exposición no existía” (182).

Sánchez-Teruel (2014) también encuentra que algunas variables que promueven la resiliencia son el auto concepto positivo (valoración positiva de las propias habilidades), la autorregulación y la flexibilidad cognitiva (estas se refieren a la capacidad que tiene la persona para responder a las exigencias del entorno), estas variables pueden llegar a fomentar la resiliencia ante tentativas suicidas.

Los factores protectores podrían llegar a conformarse en un perfil que puede ayudar en intervenciones con esta población o a manera de prevención reduciendo el impacto o las consecuencias de los factores de riesgo.

Se apunta a seguir trabajando con teorías de resiliencia en presencia de la tentativa suicida, no solo para que pueda evitarse el suicidio sino que pueda desarrollarse en estas personas un crecimiento personal, fortaleciendo sus habilidades y otorgando así mejor calidad de vida.

5.6 Factores precursores de riesgo y detonadores del suicidio

Existen múltiples estudios relacionados con los factores precursores, de riesgo y detonadores del suicidio. A manera de resumen en el siguiente cuadro se muestran algunos de estos estudios, realizados en América Latina resaltando los factores que se encontraron en cada investigación.

Cuadro 2. Factores precursores, de riesgo y detonadores del suicidio

Autor(a)	Año	País	Factores
Rafael Tuesca y Edgar Navarro	2003	Colombia	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Depresión • Presencia de enfermedades crónicas • Hospitalización
Marcela Larraguibel, Patricia Martínez y Ricardo Valenzuela	2000	Chile	<ul style="list-style-type: none"> • Género (más hombres) • Mayor edad (después de los 15 años) • Disfunción familiar • Depresión • Abuso de sustancias, conductas antisociales e intento de suicidio • Ansiedad
Lorena Cecilia López Steinmetz	2017	Argentina	<ul style="list-style-type: none"> • Factor psicopatológico de riesgo suicida, esto es: los aspectos de la salud mental, y del comportamiento personal, que son asociados con intentos suicidas o de consumir suicidio.
Macarena Mejía Luchinger, Pamela Sanhueza Ojeda, Jorge González Hernández.	2011	Chile	<ul style="list-style-type: none"> • Ser hombre • Mayor edad • Con aislamiento social importante • Antecedente de intento suicida

Autor(a)	Año	País	Factores
			<ul style="list-style-type: none"> • Depresión
Patricia M. Herrera Santí y Kenya Avilés Betancourt	2000	Cuba	<ul style="list-style-type: none"> • Factores familiares: * Funcionamiento familiar regular o malo * Crisis familiares por eventos de desorganización, desmoralización y desmembramiento.

Fuente: Elaboración propia considerando diversa bibliografía.

Se puede notar que existen algunos factores que se repiten en cada uno de estos estudios y se pueden tomar en cuenta como antecedentes teóricos.

Las características de una persona que podría correr el riesgo de suicidarse según lo revisado en las investigaciones mencionadas son: ser hombre mayor de 15 años, padecer ansiedad, depresión, alguna enfermedad crónica o haber sido hospitalizado, tener algún tipo de adicción a drogas. No contar con una red social y familiar de apoyo, es decir, no tener amistades y que viva dentro de un ambiente familiar en crisis. Por último, haber presentado antes intentos suicidas.

5.7 Noviazgo y amor romántico

El noviazgo es una palabra que se refiere a “la experiencia romántica, de vinculación, compromiso y apoyo, de una pareja, en el marco de un contexto social y cultural” (Sánchez et. al., 2011, 81). Esto indica que mientras los jóvenes se van aproximando a la etapa del noviazgo, las relaciones de socialización comienzan a adquirir un significado importante dentro de la pareja y también dentro de la conformación de la identidad personal.

Se observa entonces que las relaciones de noviazgo desde su definición se vinculan directamente con el mito del amor romántico. Pascual (2016) escribe sobre este mito y nos recuerda que la idea del “amor romántico” tal y como lo conocemos en la actualidad se basa en la dependencia entre hombres y mujeres, justificando esto como una supuesta necesidad de complementación entre est@s. Esto hace que nazcan, se reproduzcan y se perpetúen mandatos de género desiguales en la sociedad.

Ferrer (2013) coincide en que dado el carácter y las altas expectativas que generan los mitos de amor romántico (suelen ser inalcanzables en la mayoría de los casos), estos pueden generar importantes consecuencias personales como frustraciones, sufrimiento e insatisfacción y consecuencias sociales también como la desaprobación o sanciones.

5.8 Género en el Desarrollo Rural.

Dentro del debate mundial del desarrollo, ha estado presente el enfoque de género. En conferencias internacionales, se ha intentado incorporar en cada uno de los gobiernos, el enfoque de género en sus programas y políticas, no obstante, se está lejos aún de responder y transformar la realidad y relaciones de género que vulneran la vida de las personas, mayormente mujeres rurales, campesinas e indígenas en donde las condiciones de desigualdad y pobreza persisten (Flores, 2015).

Es importante tomar en cuenta el desarrollo rural como un factor de apoyo en la prevención del suicidio de varones, ya que en México es poca la bibliografía que habla del suicidio en zonas rurales, más difícil aún es encontrar datos analizados con perspectiva de género, diferenciando las cifras de mujeres y hombres que se suicidan dentro de este medio y la forma en la que se puede llegar a prevenir este problema.

Actualmente se estableció el Programa Sectorial de Salud 2019-2024, en éste se realizó un análisis del estado actual de la Salud en el país y en el mismo se establecieron objetivos primordiales a tratar. Aún cuando dentro del objetivo cinco existe el apartado “5.4 Atención Integral en Salud Mental y Adicciones” pp.67, no hay información que nos indique metas específicas para la población rural.

Más adelante se abordará el tema del suicidio y la importancia de trabajar en prevención del mismo, dentro de poblaciones rurales.

5.9 Suicidio

En el trabajo de Nizama (2011) se definió el suicidio como:

“el acto autoinfligido para causarse la muerte en forma voluntaria, deliberada, en el que intervienen sucesivamente el deseo suicida, la idea suicida y el acto suicida en sí. A nivel mundial, el suicidio es un problema de salud pública. Representa una de las diez causas principales de muerte entre los países, y en la población joven se encuentra entre las dos o tres primeras causas de muerte... El comportamiento suicida “está conformado por la ideación suicida, el intento suicida y el *exitus letalis* (hecho consumado o suicido consumado)” (81).

Martínez y Guinsberg (2008) indican que el suicidio es un fenómeno que le ocurre a sujetos explícitos, y que surge en espacios sociales en donde la práctica del mismo expresa subjetividades asociadas con ese espacio social; sujeto y contexto están más relacionados de lo que se cree, enfatizando la dimensión individual y colectiva del suicidio. Es importante recuperar este estudio ya que en él se retoma el alcance de las consecuencias que tienen o pueden llegar a tener los estereotipos de género impuestos por los mandatos patriarcales en la sociedad.

5.9.1. Suicidio a nivel mundial

Tomando en cuenta cifras de la Organización Mundial de la Salud (2018), se sabe que cerca de 800,000 personas se suicidan al año. Por lo que los intentos de suicidio no consumados son un factor de riesgo individual muy grande, se considera al suicidio como la segunda causa principal de muerte en la población que va de los 15 a los 29 años de edad. La mayoría de los suicidios (79%) se da en países que perciben ingresos económicos bajos y medianos. Los métodos más comunes entre varones, para llevar a cabo el suicidio son por ahorcamiento, ingestión de plaguicidas y utilizando armas de fuego. Métodos muy violentos.

5.9.2. Suicidio en México

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) en el año 2016 reportó 6,291 suicidios de los cuales 5,116 fueron cometidos por hombres (tasa de 8.6 suicidios por cada 100,000 hombres) y 1,175 (1.9 suicidios por cada 100,000 mujeres) por mujeres.

En cuanto a la edad, los jóvenes de 20 a 29 años son quienes mayormente presentan este problema refiriendo como principales causas para intensificar la búsqueda del suicidio los conflictos amorosos, familiares, depresión y ansiedad, abuso de alcohol y drogas, entre otras.

Teniendo una tasa de 5.1 suicidios por cada 100,000 habitantes, esta varía entre entidades federativas teniendo a Chihuahua y Yucatán con 11.4 y 10.2 respectivamente siendo los estados con mayor índice en suicidio. Al otro extremo se encuentran Guerrero, Veracruz y Oaxaca con las tasas más bajas: 2.1, 2.9 y 2.9 suicidios por cada 100,000 habitantes respectivamente (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2018).

En el estudio de Martínez y Guinsberg (2008) se indica que de los 3,200 suicidios que se dan en México cada año, en promedio, se trata de personas de entre 11 y 20 años, los cuales en su mayoría habitan Yucatán, Campeche y Tabasco. Cabe resaltar que en Tabasco los suicidios ocurren diez veces con más frecuencia que en Chiapas, esto muestra que los índices estatales están por arriba de los índices nacionales, desde finales de los años setenta.

Con motivo de la conmemoración del Día Mundial de la Salud Mental, el día 10 de octubre (163, Secretaría de Salud, 2020), el subsecretario de Prevención y Promoción a la Salud, Hugo López-Gatell Ramírez dio a conocer que el gobierno de México trabaja en la constitución de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, a través de la cual se abordará la atención médica y hospitalaria, prevención y tratamiento, dicha comisión estará conformada por los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STConsame) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (Conadic).

Diana Iris Tejadilla Orozco, directora de Normatividad y Coordinación Institucional del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (STCONSAME), ha destacado las acciones impulsadas por el Gobierno de México, a través del Programa de Salud Mental y Adicciones, esto con el fin de reforzar la atención de la población que requiera este servicio de manera virtual o presencial, así como la capacitación de profesionales de la salud, y el acceso a herramientas sobre hábitos saludables. A su vez, puntualizó que la conducta suicida está asociada con factores de riesgo, en los que se busca incidir a través de la Estrategia Nacional para la Prevención de Adicciones (ENPA), y mencionó que desde principios de este año se impulsan acciones en salud mental, entre las que destacan la conformación de Brigadas de Apoyo a Centros Covid-19, integradas por personal de psiquiatría, medicina general, psicología, enfermería, trabajo social y rehabilitación, que ofrece orientación, capacitación y atención al personal sanitario. Finalmente, refirió que debido al confinamiento por Covid-19 vivido actualmente se elevó el número de solicitudes de apoyo por estrés, ansiedad, depresión, violencia y consumo de sustancias.

5.9.3. Suicidio en el medio rural

Según Arias y Blanco (2010), en América Latina hace falta evidencia de la tasa de suicidio en zonas rurales, y no existe información que contraste el número de suicidios de esta población con los que suceden en zonas urbanas. La falta de información se debe a que el proceso de urbanización ha avanzado y se dificulta el poder distinguir a una población rural de una urbana, además existen limitaciones en las estadísticas nacionales, son pocas y no se especifican los datos relacionados al suicidio. Aún con ello, estos autores infieren gracias a algunas investigaciones por regiones que este fenómeno ha aumentado en las zonas rurales y estos representan una mayor proporción en comparación con la población urbana.

Tomando en cuenta nuevamente el estudio de Martínez y Guinsberg (2008), y enfocándonos en el estado de Tabasco, la población joven del mismo es la que está “optando” por quitarse la vida. Estos jóvenes que en su mayoría, provienen del medio rural de origen campesino e indígena, desde edades muy tempranas (infancia) empiezan a participar en la vida laboral, esta condición los involucra en actividades adjudicadas a

los adultos. La calidad de vida de esta población es considerada “frágil” ya que viven en una ausencia de derechos políticos y sociales limitan sus condiciones de bienestar y de seguridad económica.

En México, en el periodo de 1999 a 2005 se observó un incremento significativo en el número de suicidios, la tasa de suicidio rural fue la que contribuyó en mayor parte siendo más alta que la tasa urbana (Arias y Blanco, 2010).

5.9.4. Ideación suicida

La ideación suicida “comprende un amplio espectro de pensamiento, que puede adquirir las siguientes formas de presentación:

- El deseo de morir.
- La representación suicida.
- La idea de autodestrucción sin planeamiento de la acción.
- La idea suicida con un plan indeterminado o inespecífico.
- La idea suicida con una adecuada planificación”, (Nizama, 2011), 4.

5.9.5. Intento suicida.

El intento suicida es “...cuando el individuo ejecuta la acción pero no llega a consumarse, por alguna razón, impericia o falla en el método”,(Nizama, 2011), 4.

También es definido como:

“cualquier acto deliberado, con resultado no fatal, que pretende causar o realmente causa daño a sí mismo o que sin la intervención de otros habría sido así o que consiste en ingerir una sustancia en exceso de la dosis generalmente reconocida o de la prescrita terapéuticamente, y el cual es realizado con el fin de realizar cambios, a través de las consecuencias objetivas o subjetivas que tal acto pueda llegar a tener.” (Villalobos, 2010), 510

5.9.6. Masculinidades y suicidio.

Bonino (2002) define a la masculinidad como “una de las dos categorías de la polarizada definición genérica de las personas, que alude a lo que significa ser (y no ser) hombre”, 9. Pero también menciona que es sobre todo un formato deseado y una imposición de ser que designa e indica lo que corresponde o no a la pertenencia del colectivo de los hombres.

Aquí, por lo tanto, no se tiene una definición exacta, estrecha o restrictiva de lo que debe ser una persona masculina, pero si se suele tomar en cuenta en contra opinión de lo que es femenino, manejando estos conceptos como contrarios y muchas veces entendidos como aspectos peleados, que no pueden convivir con los otros sin que a esto se le atribuyan juicios equivocados.

Existe por lo tanto no sólo una forma de ser masculino, sino diversas masculinidades. Sobre las relaciones entre estas, Connell (2003) habla de lo común que se ha hecho reconocer las múltiples masculinidades, que pueden variar en cuanto a razas, profesiones y clases sociales, no obstante, también nos habla de la “masculinidad hegemónica”, la cual no es un tipo de personalidad fija sino que se define como una configuración dentro de las prácticas de género en las cuales garantiza la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres.

Lerner (1986), nos dice que se cree que la dominación masculina es un fenómeno universal y natural, uno de los principales argumentos se basa en términos religiosos: la mujer está subordinada al hombre porque así la creó Dios. Otro argumento de la asimetría sexual es la que ubica las causas de la subordinación femenina en factores biológicos que corresponden a los hombres, como lo es la mayor fuerza física de éstos.

Dentro de esta masculinidad hegemónica se da el caso de la dominación de los hombres heterosexuales y la subordinación de los hombres homosexuales, desde esta ideología la homosexualidad es fácilmente relacionada con la feminidad lo cual explicaría las dificultades en la relación entre estos hombres. La marginación es un término muy relevante de los estudios de Connell ya que explica las relaciones de las masculinidades

de clases dominantes hacia los grupos étnicos. Esta marginación siempre es relativa a la forma de autoridad de la masculinidad hegemónica del grupo dominante.

Bourdieu (1998) afirma que la justificación natural de la diferencia socialmente establecida entre los sexos se basa en la diferencia biológica entre los mismos. Los principios opuestos de la identidad masculina y de la identidad femenina se diferencian en sus maneras permanentes de comportarse, de formas totalmente desiguales estableciendo la visión masculina como superior a todo lo femenino. Esta dominación masculina tiene todas las condiciones para su pleno ejercicio ya que los dominados aplican a las relaciones de dominación, categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales. De esta manera, la violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador.

Al hablar de masculinidad nos referimos, Según Ramírez (2006), a un proceso lento y prolongado, que a su vez es doloroso y complejo y que demanda el desarrollo de destrezas físicas (por naturaleza) y la adquisición de conocimientos que sólo son compartidos y preservados por los hombres. Los varones que no cumplen con dichos criterios, son hostigados y señalados como incompletos despertando burlas y menosprecio. Por ello, la masculinidad es un proceso contradictorio permanente, dependiendo las condiciones relacionales particulares y de las características variables de la masculinidad en diferentes contextos socioculturales, las características varían dependiendo el lugar, la raza y la cultura o el ambiente en el que se desarrollan los hombres.

Tratando el tema del suicidio desde una perspectiva de género se retoma a Barroso (2019), quien menciona como principales causas del suicidio de varones a partir de los roles tradicionales, las siguientes: 1) frustraciones y emociones negativas que se derivadas de la incapacidad para ocupar cargos más remunerados, 2) los conflictos con los padres por el reparto de la tierra, y 3) la falta de solvencia económica para cubrir las necesidades de la familia.

Barroso llega a la conclusión por parte de los varones de que el hecho de su negativa a pedir ayuda así como el no reconocer la depresión, y además de ello la inestabilidad en los ingresos, son fuentes de sufrimiento que pueden convertirse en una amenaza para su identidad masculina (posteriormente esto puede convertirse en fuente de sufrimiento que los lleve a tomar la decisión de quitarse la vida), mientras que en el caso de las mujeres, algunas causas para la explicación del suicidio son el estrés de su doble jornada laboral (trabajo remunerado y el trabajo domestico sin paga), su poco tiempo libre y el sufrimiento que llega a generar el vivir la violencia de género.

Como causas de la violencia, en un estudio realizado por López-Santiago, Hernández-Juárez y León-Merino (2017), afirman que el desempleo, la marginación socioeconómica y la caída de los ingresos producen frustración en la población, lo que suele ser manifestado en diversas formas de violencia.

Jiménez (2013) asevera que el hombre como proveedor tiene como consecuencia una serie de problemas, el principal es que esta noción indica que la responsabilidad del hombre dentro de la familia empieza y termina únicamente con sus contribuciones económicas. En el mundo público, los varones internalizan el mensaje de que deben ganarse un lugar, lo cual los lleva a cumplir y también a competir, la pérdida, por ejemplo, del empleo, tiene alteraciones en las relaciones de pareja, en la sexualidad, y en la planificación familiar. Entonces, el desempleo y factores laborales son puntos que llegan a poner en crisis las significaciones de lo que es la masculinidad. El llegar a fallas en esta área pone en cuestionamiento todo su ser, la definición de sí mismos. Puede remitir a una angustia de muerte física, psíquica y social.

Rosado, García, Alfeo, y Rodríguez (2014) por su parte mencionan que el suicidio tiene componentes culturales que están relacionados con el género, y mencionan que existe una relación entre algunas de los compromisos que impone la masculinidad, entendida como un constructo social que les denuncia a los hombres el papel que se espera de ellos dentro de la sociedad, y las elevadas tasas de suicidio, se resalta como importante el hecho de relacionar factores o componentes de la masculinidad al aumento del suicidio en varones y tomándolo como principal causa para que este hecho ocurra.

Algunos de estos factores mencionados son los siguientes:

1. Como causas visibles.

- Las adicciones, consumo de alcohol y drogas siendo mayor en el caso de los hombres.
- La violencia suicida, por ejemplo, el caso del suicidio terrorista o aquel que se da posterior a episodios de violencia de género.

2. Causas no visibles.

- No poder cumplir con su función de proveedores.
- El sentimiento de desamparo y la depresión.
- La dificultad al para pedir ayuda o demostrar sus emociones.

Se toma en cuenta también las diferencias que se tienen respecto al género, diferencias entre mujeres y hombres para decidir el método de suicidio utilizado, estos últimos decidiendo por opciones más violentas y letales. Dichos autores concluyen asegurando que “el suicidio no es solo el resultado de una enfermedad, sino de muchos condicionantes sociales que generan estereotipos de género que trascienden al individuo” (Rosado, García, Alfeo, y Rodríguez, 2014: 7).

Es necesario resaltar el hecho de que el artículo mencionado con anterioridad se trata de un trabajo realizado en la población de la Unión Europea únicamente, por lo que retomo ahora cifras más enfocadas a algunos estados de la República Mexicana.

Dentro del análisis por estados, Martínez y Guinsberg (2008) escriben en su trabajo que de los 3,200 suicidios que ocurren en México al año, en promedio, se trata de personas con edades entre los 11 y 20 años, de los cuales la mayoría habita en estados como Yucatán, Campeche y Tabasco. En este último estado, los suicidios ocurren con más frecuencia ya que los índices estatales se encuentran por arriba de los nacionales desde finales de los años setenta. Los jóvenes habitantes de Tabasco quienes en su mayoría provienen del medio rural, comienzan a participar en la vida laboral desde la infancia, además estos mismos jóvenes viven en ausencia de derechos políticos y sociales lo que

ocasiona una falta de bienestar y seguridad económica traduciéndose en una calidad de vida frágil.

Por otra parte, en localidades de Chiapas, Imberton-Deneke (2014) examina la dimensión social del suicidio y encuentra que las investigaciones sobre esta problemática son escasas e insuficientes, existen a su vez importantes diferencias entre la información de campo y la proveniente de fuentes oficiales en donde se dificulta el acceso a estos datos, y por parte de la investigación etnográfica se percibe desconfianza acerca del manejo que podría hacerse de la información y por el desconocimiento de la familia de los datos solicitados (datos básicos como edad del familiar fallecido o las posibles causas del suicidio consumado).

Teniendo en cuenta el carácter íntimo y no anticipado del suicidio se vuelve imposible observar sus antecedentes o el hecho mismo por lo que existen muchas dificultades al tratar de explicar la causalidad suicida y por lo tanto este autor afirma que las verdaderas causas del suicidio se encuentran en aspectos estructurales de la sociedad, de los que la víctima puede incluso no estar consciente.

Este autor concluye que, al observar altos índices registrados a nivel local, se requieren de explicaciones sociológicas y antropológicas invitando a estos profesionales a estudiar a dicha población, así como realizar comparaciones entre estudios de casos diversos.

Ahora, tomando en cuenta las masculinidades en el medio rural, Keijzer y Rodríguez (2002) abordan algunos elementos de la masculinidad juvenil en el medio rural que no son de beneficio para ellos, por ejemplo, la poca o nula demostración de ciertas emociones y el que no exista el cuidado de su propia salud esto bajo una construcción de género que llega a dificultar la apropiación de prácticas preventivas, sobre todo en relación a la salud en general (el trabajo en exceso, tomar riesgos, abuso de alcohol), la salud sexual (su iniciación sin protección) y en la anticoncepción; ya que la vasectomía se sigue representando como equivalente a la castración.

Las masculinidades llevan aproximadamente 20 años de estudio en América Latina según Aguayo (2016), lo que prácticamente es poco el tiempo que se les ha dedicado en producción científica y este trabajo señala la necesidad teórica de conocer la

participación de los hombres en las desigualdades de género y el escaso interés que tienen ellos mismos sobre querer cambiar la situación en la que viven.

Además, Aguayo menciona que se necesitan más políticas e intervenciones con hombres, que tengan un enfoque transformador de género. Pero lo que resalto mayormente es el hecho en el que este autor indica que hace falta visibilizar y avanzar en el tema de la salud de los hombres, tanto física como mental, dicho aspecto podría ser considerado un factor de protección que ayude a que los casos de suicidio sean cada vez menores.

Siguiendo en el punto de estudios enfocados a comunidades de Latinoamérica, encontramos a Corpas (2011) quien se enfoca en el estudio de los factores que inducen al suicidio desde una mirada social en comunidades amerindias.

Corpas señala que “el aspecto social del suicidio se manifiesta dentro de una temática mayor como es la muerte, teniendo en cuenta dentro de este aspecto los factores culturales y sociales relacionados a su vez con sus propias prácticas” (Corpas, 2011:12). Sin embargo, existen características en común en todos los casos de las comunidades que se repiten y se podrían tomar como posibles factores de riesgo para personas que pudieran llevar al suicidio, estas características son: ser hombre con edades entre unos 15 y 25 años, tener un nivel económico bajo o haber perdido su status social, además tener un nivel educativo bajo u ocupar un trabajo desvalorizado por la sociedad, vivir solo y no creer en los dogmas de ninguna religión.

Se vuelven a repetir características sociales que se atribuyen a los hombres como rasgos de masculinidad que “deben” cumplirse, por ejemplo el nivel socioeconómico y la valorización que se le da a las actividades laborales, recayendo aquí en la importancia de ajustarse a los estereotipos de género encargados para el sexo masculino principalmente.

Al finalizar su estudio, Rosado, García, Alfeo y Rodríguez, indican que 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” (Rosado, García y Rodríguez, 2014: 477). A su vez se repite la

falta de datos relativos a los problemas interiores de los hombres asegurando que de esos temas no se habla o se habla muy poco.

5.9.7. Factores de protección.

Los principales factores que proveen protección contra el comportamiento suicida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) son:

“Patrones familiares: buena relación con los miembros de la familia y apoyo de la familia.

Estilo cognitivo y personalidad: buenas habilidades sociales, confianza en sí mismo, en su propia situación y logros, búsqueda de ayuda cuando surgen dificultades, por ejemplo, en el trabajo escolar, búsqueda de consejo cuando hay que elegir opciones importantes, receptividad hacia las experiencias y soluciones de otras personas, receptividad hacia conocimientos nuevos.

Factores culturales y sociodemográficos: integración social, por ejemplo participación en deportes, asociaciones religiosas, clubes y otras actividades, buenas relaciones con sus compañeros, buenas relaciones con sus profesores y otros adultos y apoyo de personas relevantes” (OMS,2001: 87).

CAPÍTULO VI. MARCO DE REFERENCIA.

Las leyes internacionales y nacionales respecto a la igualdad entre mujeres y hombres son importantes herramientas para construir sociedades más igualitarias, donde los estereotipos de género tradicionales y las masculinidades patriarcales queden eliminadas. Así mismo existen leyes normativas referentes a la prevención del suicidio, como se presentan a continuación.

6.1 Políticas de igualdad internacionales.

6.1.1. CEDAW / Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (1979).

Es considerado el documento jurídico internacional más importante en la historia de la lucha sobre todas las formas de discriminación contra las mujeres.

Es un tratado internacional adoptado en 1979 por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Se trata de una declaración internacional de derechos para las mujeres y fue instituido el 3 de septiembre de 1981.

El correcto cumplimiento y la aplicación de dicha Convención por parte de los países participantes está supervisado por el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer.

6.1.2. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

La agenda 2030 es un plan de acción que tiene como objetivo favor de las personas, el planeta y la prosperidad. De la misma manera tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia.

Dicho plan tiene 17 Objetivos con 169 metas que incluyen las áreas económica, social y ambiental. En especial podemos resaltar los que incluyen un trabajo más específico respecto al género:

- Objetivo 3 – Salud y Bienestar.
- Objetivo 5 – Igualdad de Género.
- Objetivo 10 – Reducción de las Desigualdades.
- Objetivo 16 – Paz, Justicia, e Instituciones Sólidas.
- Objetivo 17 – Alianzas para Lograr los Objetivos.

6.2 Políticas de igualdad en México.

6.2.1. Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres.

Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de agosto de 2006, y su última actualización fue realizada el 14 de Junio del año 2018 (https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Ley_GIMH.pdf).

Tiene como objetivo regular y garantizar la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, además propone los lineamientos y mecanismos institucionales que orienten al país hacia el cumplimiento de la igualdad sustantiva en los ámbitos público y privado, promoviendo así el empoderamiento de las mujeres y la lucha contra toda discriminación de género.

6.2.2. Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

La Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia fue publicada el 1° de Febrero de 2007.

Tiene como objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, así como asegurar los principios y modalidades para garantizar su acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y de no discriminación y garantizar la democracia, el desarrollo integral y sustentable que fortalezca la soberanía y el régimen democrático establecidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

A continuación resalto los artículos que se especializan en la igualdad entre mujeres y hombres:

- Artículo 4
 - I. La igualdad jurídica entre la mujer y el hombre.
 - II. El respeto a la dignidad humana de las mujeres.
 - III. La no discriminación, y
 - IV. La libertad de las mujeres.
- Artículo 5 – en el cual se redactan cada una de las partes que integran la Ley General de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.
- El artículo 6 – definiendo cada uno de los tipos de violencia contra las mujeres.
- Capítulo V – el mismo que nos habla sobre la Violencia Feminicida y de la Alerta de Violencia de Género contra las Mujeres.

6.3 Suicidio, medidas internacionales.

México sigue el modelo de la OMS especificado en el Primer Informe sobre Suicidio de la Organización Mundial de la Salud “Prevención del Suicidio: Un Imperativo Global” (21 de octubre de 2014). Se trató de un informe que tenía el objetivo de priorizar la prevención del suicidio en la agenda global de salud pública, en las políticas públicas y concientizar acerca del suicidio como una cuestión de salud pública.

6.3.1. Programa de acción para superar la brecha en salud mental establecido por la Organización mundial de la Salud (OMS) en 2008.

Este programa ofrece un conjunto de actividades para ampliar y mejorar la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Dichas actividades buscan mejorar la evidencia científica y epidemiológica disponible sobre las principales afecciones del país.

Además, identifica estrategias para aumentar la cobertura de las intervenciones claves en afecciones prioritarias en entornos con recursos limitados.

Algunas de las intervenciones que se aplican actualmente son las siguientes:

Cuadro 3. Intervenciones psicológicas y médicas aplicadas a casos de suicidio

Intervenciones basadas en evidencias científicas
<p>*Depresión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con medicamentos antidepresivos. • Intervenciones psicosociales.
<p>*Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento con medicamentos antipsicóticos • Intervenciones psicosociales familiares o comunitarias.
<p>*Suicidio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Restricción del acceso a métodos comunes de suicidio. • Prevención y tratamiento de la depresión y la dependencia del alcohol y otras drogas.
<p>*Demencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones dirigidas a los prestadores de asistencia.
<p>*Trastornos debidos al consumo del alcohol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medidas normativas integrales dirigidas a reducir el consumo perjudicial de alcohol Intervenciones para el consumo excesivo de alcohol y tratamiento de los trastornos debidos al consumo de alcohol mediante intervenciones farmacológicas y psicosociales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2008.

6.3.2. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020

El presente plan de acción integral reconoce la función esencial de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas. El plan está enfocado desde el punto de vista de la totalidad del ciclo de vida, pretende alcanzar la equidad a través de la cobertura sanitaria universal, y hace hincapié en la importancia de la prevención.

Fue diseñado por la Organización Mundial de la Salud / La Dra. Margaret Chan Directora General está a cargo de dicho plan y sus principales objetivos son:

- ◆ Liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental.
- ◆ Prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad.
- ◆ Aplicación de estrategias de promoción y prevención.
- ◆ Fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación.

6.3.3. Meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible:

Dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible se encuentran una serie de metas específicas que ayudan a categorizar y ordenar cada una de ellas estableciendo periodos de tiempo que sirven para tener un avance preciso e tiempo y forma.

Respecto al Objetivo 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades".

Se menciona en la página oficial que dentro del objetivo 3, se encuentran una serie de metas para lograr dicho objetivo, la meta 3.4 se plantea de la siguiente manera: «De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar».

Se puede observar la forma en que se tienen metas específicas, que si bien, no mencionan demasiado, consideran a salud mental como una de sus prioridades.

6.4 Atención al Suicidio en el sector salud de México

México sigue el modelo de la OMS especificado en el Primer Informe sobre Suicidio de la Organización Mundial de la Salud "Prevención del Suicidio: Un Imperativo Global" (21 de octubre de 2014).

Se trató de un informe que tenía el objetivo de priorizar la prevención del suicidio en la agenda global de salud pública, en las políticas públicas y concientizar acerca del suicidio como una cuestión de salud pública.

6.4.1. Programa Sectorial de Salud Derivado del Plan Nacional De Desarrollo 2019-2024.

El Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 fue aprobado el 12 de julio de 2019 en el Diario Oficial de la Federación. Se trata del principal instrumento de planeación de la administración actual y define las prioridades nacionales que busca alcanzar el gobierno.

6.4.2. A continuación, se muestra la estructura del Programa Sectorial de Salud

2020 – 2024

Cuadro 4. Estructura del Programa Sectorial de Salud 2020 – 2024



Fuente: PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. 17/08/2020

Se puede notar que con este programa se amplía gradualmente el acceso a los servicios para la población sin seguridad social laboral. Además se busca la mejora de la producción, compra y abasto de medicamentos entendiéndolos como una parte integral del proceso terapéutico.

A manera de resumen vemos que el Programa Sectorial de Salud contempla 5 objetivos prioritarios y 26 estrategias prioritarias y 201 acciones puntuales:

Cuadro 5. Objetivos y Estrategias Prioritarias



Fuente: PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. 17/08/2020

Algunas de las acciones puntuales que nos atañen con respecto a la atención de la salud en localidades rurales se muestran en el siguiente cuadro:

Cuadro 6. Acciones Puntuales de Salud Mental

Acción puntual
<ul style="list-style-type: none"> • Unificar de manera progresiva, los Sistemas Estatales de Salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover la organización de los recursos financieros, humanos, y materiales de origen federal y estatal.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un diagnóstico preciso y verificado en el campo de las condiciones reales, en las cuales se encuentran los servicios de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Analizar las necesidades de servicios de salud requeridos por la población sin seguridad social laboral y redefinir los alcances en el acceso efectivo de dichos servicios
<ul style="list-style-type: none"> • Ampliar y fortalecer la red de prestación de servicios a través de la infraestructura física, humana y tecnológica de las instituciones y programas encargados de la atención a población sin seguridad social.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un levantamiento de información en hospitales rurales IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) BIENESTAR para identificar las condiciones predominantes de operación.
<ul style="list-style-type: none"> • Implementar Caravanas de la Salud y brigadas de atención ambulatoria para brindar servicios a población afectada por contingencias emergentes, que viven en localidades alejadas de las ciudades o que transitan en condición migrante.

Fuente: *Elaboración propia con datos del PROGRAMA Sectorial de Salud 2020-2024. 17/08/2020*

En un futuro se apuesta a mejorar las condiciones de acceso a la salud de las comunidades ya que son parte fundamental del sistema de salud del país.

El programa plantea un trato incluyente de parte del personal sanitario poniendo especial atención a las opiniones de la gente en torno al cuidado de su salud y al mismo tiempo capacitándoles para crear hábitos saludables, en búsqueda de mejoras en la salud comunitaria, un punto y estrategia clave que ha sido poco utilizada en el pasado, en resumen será: medicina con enfoque preventivo.

(Programa Sectorial de Salud Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024)

6.4.3. Marco Legal en salud mental y suicidio en México

Para este apartado, se retoma la importante aportación de Valdez-Santiago, Marín-Mendoza y Torres-Falcón (2021), con su análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. En su trabajo se resalta la importancia de impulsar leyes de salud mental específicamente de la conducta suicida dentro del ámbito nacional. Hacen hincapié en el hecho de que mientras a nivel mundial se ha reducido la tasa de mortalidad por suicidio, en México se ha registrado un aumento de los casos, esta es la razón por la cual realizan una revisión de la información a nivel federal y estatal integrando 51 documentos legales del país, de los que se retoman los siguientes datos:

- Normatividad Federal

Cuadro 7. Normatividad Federal

Ley General de Salud LGS (1984)	Capítulo VII – Dedicado a la salud mental, no se hace mención de conductas suicidas ni de su atención en los servicios de salud No existe una Ley General de Salud Mental en México
Iniciativa de Ley General de Salud Mental	Presentada el 20 de Noviembre de 2019 (no se mencionan las conductas suicidas ni la depresión)
Julio del 2020 / por las Comisiones de Salud y Estudios Legislativos Segunda del Senado de la República	Aprobación de un proyecto de decreto para reformar la LGS en materia de prevención y control del suicidio
NOM - 025	Regula y establece la atención de hospitales psiquiátricos

Fuente: Valdez-Santiago, Marín-Mendoza y Torres-Falcón (2021)

- Normatividad Estatal

Del total de entidades pertenecientes a la República Mexicana, únicamente el *Estado de México*, no cuenta con una ley de salud vigente.

Cuadro 8. Normatividad Estatal

Estados que cuentan con una ley de salud mental	Estados que cuentan con una Ley específica de Suicidio
Baja California, Campeche, Chihuahua, Ciudad de México, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas.	Coahuila Sonora

Dentro de estas leyes de salud vigentes por estado (14), en cinco de ellas no se menciona nada acerca de la prevención del suicidio (Jalisco, Michoacán, Querétaro, San Luis Potosí y Sonora). Y sólo dos estados señalan acciones específicas al tema:

1. Morelos: creación de un Programa Estatal de Atención y Prevención del Suicidio.
2. Chihuahua: programas para la difusión de la información básica de trastornos mentales y medidas para detectar, atender y prevenir factores que induzcan al suicidio.

En cuanto a los Consejos Estatales de Salud Mental, órganos de coordinación nacional que proponen, supervisan y evalúan las políticas y estrategias nacionales para atender la salud mental, únicamente 13 estados de la República Mexicana tienen prevista la creación de éstos consejos: Baja California, Chihuahua, CDMX, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Yucatán y Zacatecas.

CAPÍTULO VII. MARCO REGIONAL

7.1 Estado de México



Figura 1. Ubicación del Estado de México.

- Entidad federativa: 15 México
- Coordenadas: Longitud 100°36'46.80" W 98°35'48.84" W, Latitud 18°22'00.84" N 20°17'09.24" N
- Municipios: 125

Fuente: Fuente: INEGI (2020)

7.1.1. Población

El Estado de México cuenta con una superficie de 22,351 km².

Se localiza en el centro del país.

POBLACIÓN	Estado de México		Nacional	
	2000	2020	2000	2020
Mujeres	6,689,473	8,741,123	49,891,159	64,540,634
Hombres	6,407,213	8,251,295	47,592,253	61,473,390

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Se observa en la tabla que la cantidad de mujeres que habitan en el país y también a nivel estado de México es mayor que el porcentaje de hombres.

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE MUJERES POR TAMAÑO DE LOCALIDAD	MÉXICO		NACIONAL	
	2000	2020	2000	2020
Rural	13.6	12.5	25.0	21.1
Urbana	86.4	87.5	75.0	78.9

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Sin embargo la cantidad de hombres que habitan en zonas rurales es mucho mayor en comparación con las mujeres.

PORCENTAJE DE DIVORCIOS JUDICIALES POR CAUSAS SELECCIONADAS	MÉXICO		NACIONAL	
	2000	2019	2000	2019
Mutuo consentimiento	57.3	17.8	67.3	28.2
Abandono de hogar por más de 3 o 6 meses	5.3	0.0	10.6	0.3
Separación por 2 años o más independientemente del motivo	28.3	0.0	8.6	0.8

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

La mayor parte de los divorcios son solicitados por mutuo consentimiento.

Porcentaje de divorcios judiciales solicitados por la mujer	MÉXICO		NACIONAL	
	2000	2019	2000	2019
	20.6	50.1	16.6	36.8

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Se muestra el porcentaje de mujeres solicitando el divorcio pero no el de varones, a nivel estatal o a nivel nacional.

7.1.2. Política

2020	ESTADO DE MÉXICO	NACIONAL
Presidente	Alfredo del Mazo Maza	Andrés Manuel López Obrador

Porcentaje de Presidentas municipales	MÉXICO		NACIONAL	
	2000	2020	2000	2020
	5.7	31.2	3.5	21.7

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

El porcentaje de mujeres que son presidentas en el último conteo se ha elevado de manera muy notoria según los datos que nos muestra el INEGI.

7.1.3. Educación

PROMEDIO DE ESCOLARIDAD	MÉXICO		NACIONAL	
	2000	2020	2000	2020
Mujeres	7.7	9.9	7.2	9.6
Hombres	8.4	10.2	7.7	9.8

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Podemos dar cuenta con esta tabla que en promedio, los hombres asisten más a la escuela que las mujeres tanto a nivel nacional como a nivel estatal.

REZAGO EDUCATIVO	MÉXICO		NACIONAL	
	2005	2020	2005	2020
Mujeres	40.5	26.2	46.8	30.1
Hombres	35.3	23.4	43.6	29.1

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

La información antes mencionada se reafirma con esta tabla, en donde se muestra que las mujeres presentan mayor rezago educativo respecto al promedio de los hombres tanto a nivel nacional como estatal.

7.1.4. Salud

ESPERANZA DE VIDA AL NACER SEGÚN SEXO	MÉXICO		NACIONAL	
	2000	2021	2000	2021
Mujeres	77.0	77.9	76.5	78.2
Hombres	72.1	73.2	71.6	72.5

Fuente: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

La esperanza de vida al nacer se ha mantenido desde el año 2000 siendo mayor para las mujeres en comparación con los varones.

TASAS DE MORTALIDAD POR CÁNCER	MÉXICO		NACIONAL	
	2001	2019	2001	2019
Cáncer cérvico-uterino	12.0	8.0	18.5	10.4
Cáncer mamario	10.3	14.5	14.8	19.6

Tasas por cada 100,000 mujeres de 25 años y más. Fuente: Inmujeres, 2001.

	MÉXICO		NACIONAL	
	2002	2018	2002	2018
Razón de mortalidad materna	65.1	32.4	56.9	34.6

Número de muertes por complicaciones del embarazo, parto o puerperio, entre los nacidos vivos por cada cien mil nacimientos.

Fuente: SSA, Dirección General de Información en Salud, 2021.

7.1.4.1. Plan de Desarrollo del Estado de México 2017 – 2023

Fue elaborado tomando en cuenta las aportaciones e ideas de expertos y expertas de los sectores público, privado y de la sociedad civil. Este documento establece la ruta por la que se pretende avanzar hacia una sociedad más justa, más equitativa y más unida.

Está dividido en cuatro Pilares de acción:

1. Pilar Social: pobreza, desarrollo humano, educación, **salud** y bienestar.
2. Pilar Económico: trabajo digno y crecimiento económico
3. Pilar Territorial: energía, clima, ecosistemas, agua, ciudades y **comunidades**.
4. Pilar Seguridad: seguridad, justicia, derechos humanos, paz.

Y tres Ejes Transversales:

1. Igualdad de Género
2. Gobierno capaz y responsable
3. Conectividad y Tecnología para el buen Gobierno

Se busca el Fortalecimiento Institucional, todo esto se encuentra alineado con los Objetivos para el Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030 de Naciones Unidas.

(Gobierno del Estado de México, 2017).

De este plan se desprenden programas regionales que más adelante especificaremos.

7.1.5. Economía

TASA DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA	MÉXICO		NACIONAL	
	2005	2020	2005	2020
Mujeres	39.9	44.2	40.1	44.9
Hombres	81.2	74.5	80.3	76.4

Inmujeres. INEGI, Cálculos con base en INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2015 y 2020. Primer trimestre.

La mayor parte de la población que participa en la economía, es decir, que cuenta con un trabajo remunerado son varones, sin embargo, es importante resaltar que las mujeres siguen teniendo una mayor carga laboral y sin un sueldo establecido.

TASA DE DESOCUPACIÓN	MÉXICO		NACIONAL	
	2005	2020	2005	2020
Mujeres	6.3	5.5	4.3	3.4
Hombres	4.9	5.1	3.6	3.5

Fuente: Inmujeres, Cálculos con base en INEGI, ENOE. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. 2005-2020. Primer trimestre. Base de datos.

En cuanto a la tasa de desocupación, en el país actualmente hay una ligera mayoría de hombres que no están trabajando en comparación con las mujeres. Mientras que a nivel estatal, siguen siendo más las mujeres que hoy en día no poseen un trabajo remunerado.

7.1.6. Problemática de género

TASA DE HOMICIDIOS	MÉXICO		NACIONAL	
	2000	2019	2000	2019
Mujeres	4.8	5.2	2.6	5.7
Hombres	26.0	32.3	19.3	49.6

Tasas por cada 100 mil mujeres y hombres. Se consideran los homicidios por año y entidad de ocurrencia. Fuente: Inmujeres. INEGI, Cálculos a partir del INEGI. Estadísticas de mortalidad. 2020

La cantidad de homicidios es muy alta en varones a en comparación con las mujeres, tanto a nivel nacional como estatal.

Dentro de las Estadísticas a Propósito del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, el INEGI (2020) brinda un dato importante sobre el delito de “feminicidio” afirmando que el número de feminicidios registrados ha aumentado ya que en el año 2013 la cifra fue de 359 casos, mientras que en 2018 se cometieron 962 asesinatos de mujeres.

7.1.7. Política de igualdad / Estado de México

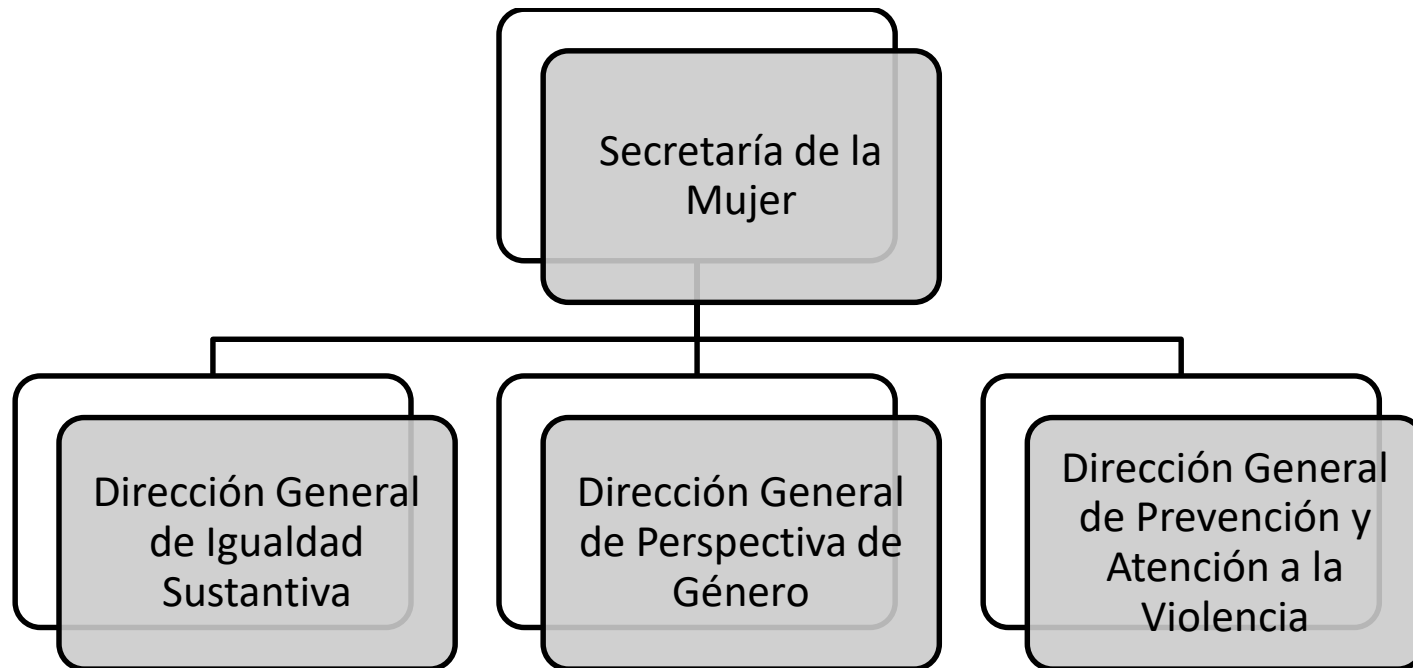
7.1.7.1. Secretaría de la Mujer.

Se crea el 29 de septiembre de 2020, tiene como objetivo “trabajar por la igualdad sustantiva, transversalizar la perspectiva de género, erradicar la violencia hacia las mexiquenses y la protección integral de niñas y mujeres.”

La Dra. María Isabel Sánchez Holguín tiene el cargo de titular de la misma.

La sede principal se encuentra en Av. José María Morelos y Pavón poniente. 809 en la colonia La Merced, Municipio Toluca de Lerdo.

Organigrama:



Elaboración propia con datos de la Secretaría de Mujeres del Gobierno del Estado de México 2021

7.1.7.2. Unidades de Igualdad de Género y Erradicación de la Violencia

El 10 de mayo del 2018 Se crean las Unidades de Igualdad de Género y Erradicación de la Violencia.

Dichas unidades tienen como propósito “alcanzar la igualdad sustantiva entre mujeres y hombres incorporando políticas de igualdad de género en los tres órdenes de gobierno” (Gobierno del Estado de México, 2010).

Las unidades tienen como principal función promover y vigilar que los planes, programas y acciones sean realizados con perspectiva de género, que se garantice el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, fomentando la igualdad, el respeto a los derechos humanos, la eliminación de la discriminación.

Se busca empoderar a las mujeres y pretenden ser el primer punto de contacto para los casos de acoso y hostigamiento sexual.

Actualmente todas las dependencias del GEM (Gobierno del Estado de México) ya tienen instaladas sus Unidades de Igualdad de Género y Erradicación de la Violencia para las y los servidores públicos.

Sus Integrantes son:

- Titular de la Unidad de Igualdad de Género y Erradicación de la Violencia: Lcda. Xochitl Patricia Hernández Bermeo, Especialista en Género, Violencia y Políticas Públicas
- Responsable de prevención de violencia laboral y atención psicológica: Lcda. Luz del Carmen Almaráz Calderón, Licenciada en Psicología

Se ubica en: Av. José María Morelos y Pavón, número 809, pte. Col. La Merced, Toluca, Estado de México, C.P. 50080, Toluca, Estado de México.

Cuenta con los siguientes planes y programas:

Programa de cultura institucional para la igualdad entre mujeres y hombres.

- ✓ Protocolo para la prevención, atención y sanción del hostigamiento sexual y acoso sexual en el Estado de México.
- ✓ Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la ley orgánica de la administración pública del Estado de México.

7.2 Municipio de San Salvador Atenco

Ubicación Geográfica

*Coordenadas: Entre los paralelos 19° 29' y 19° 36' de latitud norte; los meridianos 98° 53' y 99° 01' de longitud oeste; altitud entre 2 200 y 2 400 m.

*Colindancias: Colinda al norte con los municipios de Ecatepec de Morelos, Acolman y Tezoyuca; al este con los municipios de Chiautla, Chiconcuac y Texcoco; al sur con el municipio de Texcoco; al oeste con el municipio de Ecatepec de Morelos.



Figura 2. Ubicación del Municipio de San Salvador Atenco.

Fuente: https://www.researchgate.net/figure/Figura-1-Ubicacion-territorial-en-el-Estado-de-Mexico-de-los-municipios-de-Textcoco-de_fig1_262759540

7.2.1. Población

POBLACIÓN	ATENCO		MÉXICO	
	2000	2015	2000	2015
MUJERES	17,350	32,251	6,689,473	8,353,540
HOMBRES	17,085	30,141	6,407,213	7,834,068

Fuente: INEGI, XII Censo General De Población Y Vivienda, 2000.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN INDÍGENA	ATENCO		MÉXICO	
	2000	2015	2000	2015
Mujeres	1.1	1.8	3.3	2.9
Hombres	1.4	2.1	3.2	2.8

Fuente: Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.
Inmujeres, Cálculos con base en el INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Microdatos

Se puede identificar que, en su mayoría, las mujeres ocupan una mayor parte de la población indígena que habita el municipio.

7.2.2. Política

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE REGIDORES	ATENCO		MÉXICO	
	MAYORÍA RELATIVA	REPRESENTACIÓN PROPORCIONAL	MAYORÍA RELATIVA	REPRESENTACIÓN PROPORCIONAL
	2011		2011	
Mujeres	50.00	0.00	48.49	34.23
Hombres	50.00	100.00	51.51	65.77

Fuente: Inmujeres, Cálculos a partir de SEGOB, INAFED, Sistema Nacional de Información Municipal, datos a julio 2011.

En cuanto a la política se observa que los puestos de regidores son ocupados por varones en una gran mayoría.

7.2.3. Educación

TASA DE ALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 A 29 AÑOS	ATENCO		MÉXICO	
	2000	2015	2000	2015
Mujeres	98.8	99.0	97.9	98.9
Hombres	99.1	98.9	98.4	98.9

Fuente: Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Inmujeres, Cálculos con base en el INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Microdatos

Respecto a la tasa de alfabetismo, se puede ver que las cantidades son preocupantes y fluctúan ligeramente respecto a la diferencia de sexos, mencionando que en el año 2015 el porcentaje es el mismo tanto para mujeres como para hombres.

PROMEDIO DE ESCOLARIDAD	ATENCO		MÉXICO	
	2005	2015	2005	2015
Mujeres	8.1	8.8	8.4	9.3
Hombres	8.6	9.2	9.0	9.8

Fuente: INEGI, II Conteo de Población y Vivienda 2005. Inmujeres, Cálculos con base en el INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Microdatos

En esta localidad se señala que el número de años con educación formal es mayor para los hombres que para las mujeres. Número que coincide con el promedio a nivel estatal y nacional.

REZAGO EDUCATIVO	ATENCO		MÉXICO	
	2005	2015	2005	2015
Mujeres	42.5	33.9	40.5	32.3
Hombres	37.2	29.8	35.3	27.5

Fuente: Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, II Conteo de Población y Vivienda, 2005/ITER. Inmujeres, Cálculos con base en el INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Microdatos

Y, por último, igualmente se identifica que la mayor parte de la población con rezago educativo son las mujeres, igualmente son datos que coinciden con cifras estatales y nacionales.

7.2.4. Salud

En el año 2010:

- Las unidades médicas en el municipio eran ocho (0.4% del total de unidades médicas del estado).
- El personal médico era de 29 personas (0.2% del total de médicos en la entidad) y la razón de médicos por unidad médica era de 3.6, frente a la razón de 10.1 en todo el estado.
- En el mismo año, el porcentaje de personas sin acceso a servicios de salud fue de 51%, equivalente a 23,141 personas.
- La carencia por acceso a la seguridad social afectó a 72.2% de la población, es decir 32,786 personas se encontraban bajo esta condición.

Como datos más actuales tenemos que El Plan de Desarrollo del Estado de México 2017-2023 (PDEM) cuenta con subdivisiones regionales, éstos son los Programas Sectoriales.

Cada uno de estos programas abarca algunas regiones para fines prácticos y para facilitar la intervención pública con criterios geográficos-espaciales.

El municipio de San Salvador Atenco se encuentra dentro del Programa Regional XV Texcoco, considerando las zonas que abarca tiene como objetivos:

- ▲ Reducir las desigualdades.
- ▲ Incrementar el acceso a la seguridad social y servicios de salud.
- ▲ Impulsar la actividad agropecuaria y el turismo.
- ▲ Lograr un crecimiento urbano preservando las áreas naturales y zonas con vocación agrícola.
- ▲ Impulsar un manejo integral de los residuos sólidos.
- ▲ Mejorar la seguridad pública.
- ▲ Fortalecer la equidad de género, la no discriminación y la violencia.

- ▲ Avanzar hacia la transparencia y la rendición de cuentas.
- ▲ Fortalecer el uso de tecnologías de la información y las comunicaciones para la gobernanza.
- ▲ Mejorar la vinculación e integración de los municipios de la Región el Valle Cuautitlán-Texcoco.

De igual manera cuenta con cuatro pilares:

- ◆ Pilar Social:
 - *Dinámica demográfica.
 - *Bienestar Social.
 - *Marginación.
 - *Desigualdad social.
 - *Desarrollo humano.
 - *Educación.
 - *Salud (Natalidad y mortalidad / Cobertura de servicios de salud).
 - *Grupos de atención prioritaria.
- ◆ Pilar Económico:
 - *PIB Regional.
 - *Producción Sectorial.
 - *Fuerza de trabajo y su distribución sectorial.
 - *Percepción salarial Infraestructura económica.
- ◆ Pilar Territorial:
 - *Población y Territorio.
 - *Sistemas de ciudades y zonas metropolitanas.
 - *Estructura urbana y usos del suelo.
 - *Vivienda y servicios públicos.
 - *Transporte y movilidad.
 - *Medio ambiente.
- ◆ Pilar Seguridad:
 - *Incidencia delictiva.

*Percepción de inseguridad.

*Procuración de Justicia Sistema de seguridad e impartición de justicia.

*Derechos humanos.

*Violencia contra las mujeres.

Sus Ejes transversales son:

1. Igualdad de género.
2. Fuerza de trabajo femenina y su ingreso.
3. Ocupación y actividad económica de las mujeres.

(Gobierno del Estado de México, 2017).

7.2.5. Economía

TASA DE PARTICIPACIÓN ECONÓMICA	ATENCO		MÉXICO	
	2000	2015	2000	2015
Mujeres	28.3	33.3	32.8	36.0
Hombres	78.0	76.6	77.5	75.0

Fuente: Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Inmujeres, Cálculos con base en el INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Microdatos

La tasa de participación económica de los hombres duplica la de la participación económica de las mujeres en el municipio de San Salvador Atenco.

TASA DE JUBILACIÓN	ATENCO		MÉXICO	
	2000	2015	2000	2015
Mujeres	2.8	4.1	5.0	10.5
Hombres	16.3	17.3	22.2	30.3

Fuente: Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Inmujeres, Cálculos con base en el INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Microdatos

La tasa de jubilación en la localidad, hablando de los hombres, llega a ser de 4 a 5 veces mayor que la tasa de jubilación de las mujeres.

PORCENTAJE DE HOGARES CON JEFATURA FEMENINA POR TIPO DE HOGAR	ATENCO		MÉXICO	
	2000	2015	2000	2015
Total de hogares	15.3	26.9	18.6	27.8
Hogares familiares	14.5	26.0	17.2	26.0
Hogares no familiares	45.2	40.4	48.0	46.6

Fuente: Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Inmujeres, Cálculos con base en el INEGI. Encuesta Intercensal 2015. Microdatos

El porcentaje de hogares con jefatura femenina en el hogar ha aumentado considerablemente en los últimos 5 años, tanto a nivel localidad como a nivel estatal.

7.2.6. Problemática de género y Política de igualdad

	ATENCO		MÉXICO	
	2000	2010	2000	2004
Índice de desarrollo relativo al género (IDG)	0.7684	0.8127	0.7860	0.7806
Lugar asignado a cada municipio/estado con base en el valor del IDG ^{1/}	373	617	17	18

Fuente: PNUD, Indicadores de Desarrollo Humano y Género en México

Atenco se encuentra en el lugar 617 (en el año 2000), de los 2453 municipios del país tomando en cuenta el índice de desarrollo relativo al género, este se refiere a la forma en que conocemos la pérdida en **desarrollo** humano debida a la desigualdad entre mujeres y hombres al medir la diferencia en el logro entre ambos sexos; respecto a esta

información se identificó que mientras que el Estado de México se encuentra en el lugar 14 (año 2004) de los 32 estados que constituyen el país.

7.2.7. Bando Municipal de Atenco

Presidente Municipal: Profesor Porfirio Hugo Reyes Núñez

Dentro del Título Décimo Quinto del Bienestar Social, en el Capítulo I relacionado al Bienestar (página 77), se estipula en el Artículo 290 que el Ayuntamiento de Atenco, “buscará formular y ejecutar programas de desarrollo social, garantizando el pleno ejercicio de los derechos sociales, asegurando en todo momento el apego a los principios de Desarrollo Social de la población.”

Mientras que en el Capítulo II “De los Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia”. El Artículo 292 afirma que en el Municipio de Atenco, “todas las mujeres tienen derecho a una vida libre de violencia, por la que los Servidores Públicos Municipales deberán de abstenerse de cualquier práctica que les impida el acceso real a sus derechos”.

En el Capítulo III “De la Equidad de Género y Grupos Vulnerables”, Artículo 293 (página 78), el Ayuntamiento “observará las leyes en la materia de equidad de género, para promover el desarrollo integral de las mujeres mediante la implementación de programas que la Jefatura de Atención a la Mujer proponga”. Asimismo, en el Artículo 294 se menciona que “son atribuciones de la Jefatura de Atención a la Mujer, fomentar potencialmente el papel de las mujeres mediante su participación en condiciones de igualdad en todas las esferas de la sociedad y la eliminación de todas las formas de discriminación en su contra a fin de alcanzar un desarrollo humano con calidad”.

Dentro del Capítulo V De la Salud, Artículo 300 (página 80), el Ayuntamiento “vigilará que se cumpla lo dispuesto en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para que toda persona tenga derecho a la protección de la salud, colaborando mediante acciones dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la ciudadanía”. En el mismo capítulo, pero dentro del Artículo 301, se estipula que el derecho a la protección de la salud tiene ciertas siguientes finalidades, entre ellas resalto:

“I. El bienestar físico, mental y social del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades”.

En el Título décimo octavo “De los Derechos Humanos, La Equidad de Género, Grupos Vulnerables y de la Prevención de la Discriminación.” Se encuentra el Capítulo II “De la Defensoría Municipal de Derechos Humanos”, Artículo 333 (página 86), en el que se menciona que “los Derechos de las personas, son fundamentales del orden político y la paz social en el municipio.” Dentro del Artículo 334 (página 86), queda establecido que “en el municipio todos los individuos son iguales y tienen las obligaciones, derechos, garantías que establecen: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, la Ley Orgánica Municipal del Estado de México y el presente Bando Municipal”.

Dentro del Capítulo VI “De la Prevención de la Discriminación y Protección de la Igualdad”, el Artículo 362 (página 93) se indica que “de conformidad con lo dispuesto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación, la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de México, la Ley para prevenir, combatir y eliminar actos de discriminación en el Estado de México, y la Ley de Igualdad de Trato y Oportunidades entre Mujeres y Hombres del Estado de México, constituyen el fundamento para alcanzar relaciones sociales sin distinciones, exclusiones, restricciones o preferencias.”

Se refuerza dentro del Artículo 363 (página 93) el hecho de que “en el Municipio de Atenco se combatirá la discriminación implementando en su normativa, estrategias definidas que impacten en los diversos ámbitos de la vida, a efecto de procurar el respeto irrestricto de los derechos y dignidad de las personas, salvaguardando y promoviendo el goce y ejercicio efectivo de los derechos fundamentales en condiciones de equidad e igualdad de las personas, consagrados por el orden jurídico mexicano, así como su

efectiva participación en la vida política, económica, cultural y social de nuestro Municipio.”

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS.

8.1 Subjetividad patriarcal masculina en el manejo de conflictos familiares y de pareja en jóvenes varones rurales.

8.1.1. Casos de estudio de jóvenes varones rurales víctimas de suicidio en San Salvador Atenco.

A continuación, se presentan cada uno de los familiogramas de las víctimas de suicidio de quienes se obtuvieron datos para su análisis. A su vez, se presenta información sobre cada uno de los jóvenes y sus actividades cotidianas. Se recuerda que los nombres de las personas han sido modificados con la intención de proteger su identidad.

SÍMBOLOS del familiograma:

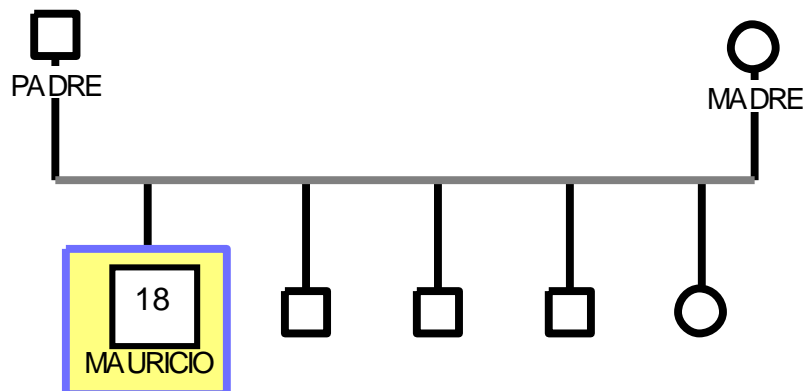
Cuadrado = hombre.

Círculo = mujer.

Figura resaltada con amarillo = sujeto suicida.

A. Caso de Mauricio.

Mauricio era parte de una familia conformada por padre, madre, 4 hermanos varones y una hermana mujer, en la que él era el hermano mayor.



El suceso de suicidio se produjo en el año 2016, la informante no especifica el día exacto, sin embargo, nos menciona que Mauricio tenía 18 años de edad. El método de suicidio que utilizó fue por ahorcamiento. Y la persona que lo encontró fue su padre.

a) Relaciones de pareja.

La relación de pareja inicia en un ambiente escolar a nivel medio superior, continúa cuando ambos están estudiando la universidad. Mauricio suele ser muy celoso, protector y manipulador con su pareja, además de serle infiel; mantenía una relación extra.

Suele amenazar a su novia con suicidarse en caso de que ella se atreviera a dejarlo, pues él tenía planes de casarse con ella y formar una familia juntos.

A continuación, se muestran una serie de fragmentos de la entrevista a profundidad realizada, mismos que hablan acerca de las características que tenía la relación de pareja de Mauricio.

“... la relación no, no estaba bien. No era fácil incluso, pues yo me llegaba a veces a sentir en medio porque ambos eran mis amigos... Pues yo realmente siempre he sido como de mujeres. Pues trataba de, de apoyarla, de decirle que la relación no estaba bien realmente, yo desde un principio le dije que pues en un principio, pues todo era benigno. Pues es que él la quería mucho y así, pero muchas veces se pelearon y cosas así y a mí me ponían en medio... la relación llegó a un punto en que de verdad ya era muy, muy tóxica para ambos... realmente mi amiga trataba de apoyarlo... mi amiga fue de las personas que lo alentó a que siguiera estudiando y entró a la universidad... las personas más cercanas sabíamos que pues la relación no estaba bien y que se estaban haciendo daño entre ellos dos...”

“...hasta cierto punto... nunca llegó haber golpes, pero sí hubo mucha manipulación... fue un poquito más por parte de él... cuando llegamos a salir o así había fiestas... me decía que yo este... me decía “tú tienes que cuidar a Alejandra” y como o sea sí, yo voy a estar con ella, pero pues no es mi responsabilidad. Y yo le hacía entender que pues no tenía que cuidarla, ¿no? Porque ambos o sea somos libres de hacer lo que queramos y

que tenía que tener la confianza... él sí llegó como a ser muy posesivo con ella... muy manipulador... en esa parte sí hubo mucha violencia por parte de él... ya después pues por la misma situación, como que ambos se volvieron un poco agresivos entre ellos...”

“...te digo él era como un poco bueno... era celoso, con las personas que, que nos juntábamos entonces realmente con las personas que salíamos era porque las conocía, era porque él aprobaba que mi amiga estuviera con esas personas... suena feo, pero eran personas que él dejaba que estuvieran con ella, entonces pues por yo estar con ella, pues igual como que llega a estar con las personas que solo pues permitía él...”

“...platicando con mi amiga me llegó a decir que si antes de esta situación hubo una pelea muy fuerte y te digo como ambos eran personas, son personas de aquí y muchos van a decir que fue culpa de ella, ¿no? porque se habían separado y cosas así...”

b) Autocuidado en salud física y mental.

En salud mental no había cuidado alguno.

En cuanto a su salud física, se reportó el consumo frecuente de alcohol y marihuana. Realizaba ejercicio constante con el propósito de lucir bien.

De igual manera, las siguientes son partes de la entrevista realizada, éstas tienen más información sobre el cuidado o la falta del mismo sobre la salud física y mental de Mauricio, así como otro tipo de factores que pudieron ponerlo en riesgo.

Sustancias adictivas

“...cuando estaba triste consumía mucho alcohol... Como que pues yo decía: “no porque siento que si estás triste vas a consumir alcohol”. Bueno, no te va a hacer bien...y pues él como que decía no, vámonos de fiesta y así entonces pues eh. Pues sí, realmente tomaba mucho, cada tomaba cada ocho días de algunas sustancias o algunas drogas... lo único que sé es que llegó a consumir marihuana... la marihuana igual era como que cuando salía de fiestas o cuando estaba así, como que se ponía triste... como que no la consumía de manera constante...”

Acceso a armas

“...Pues sí, la verdad es que sí... cuando es carnaval muchas personas te echan tiros y cosas así que tienen armas de fuego... su papá tenían armas que echaban, pues que normalmente la sacaban, por ejemplo en carnaval y cosas así. Pero él tenía acceso a estas armas...”

c) Factores de Protección / Resiliencia

Pasatiempos.

Salir de fiesta con amistades y a bailes.

“...él en vida fue una buena persona que realmente sí lo hizo (suicidarse), dices pues que lo hizo porque realmente a lo mejor no... ni siquiera en mí, ni siquiera en nadie de nosotros pudo encontrar la ayuda que necesitaba. ...”

“...yo lo platico para que si algún día uno de mis amigos vuelve a sentir es o se siente igual pueda decírmelo. Que sepa que yo sé que pasa, que si se siente mal, que él sepa que yo sé que me va a contar conmigo porque yo ya pasé por algo, o sea pasé por esa situación y que yo voy a creer en sus palabras, que cuando a mí me vuelvan a decir que, o cuando ellos escuchen de alguien más que les digan yo me voy a morir o yo me voy, yo ya no quiero vivir. Que reaccionen a esas pequeñas señales, que no, que no las minimicen. Yo en ese momento dije por qué no le dije por qué no hablé y como que te quedas muy impotente. Entonces creo que esto también debe de ayudar para que más personas no se queden con esta impotencia y que reaccionen a tiempo...”

Para profundizar en el aspecto de amistades, se encontró la siguiente información:

“...como que nos hablábamos. Pero era por... Porque íbamos de fiesta o porque estábamos en la prepa y pues ya sabes, tu grupito de amigos. A él le gustaba jugar mucho futbol, entonces realmente se juntaba con muchos chicos que jugaban futbol... éramos como tres mujeres. De ahí, las demás, pues eran como amigos que él nos había presentado. Así fue en nuestro círculo de amigos...”

a) Estereotipos de género y mandatos patriarcales

Protector / paternidad.

“...ya como a los últimos meses de estar en la preparatoria este... pues yo como que empecé con relaciones y así. Y él como que si era así, muy sobreprotector incluso conmigo... iba así como y les decía: “tienes que respetarla y no sé porque si te la vas a ver conmigo y yo te parto la madre”... era así como muy positivo y muy un poco agresivo...”

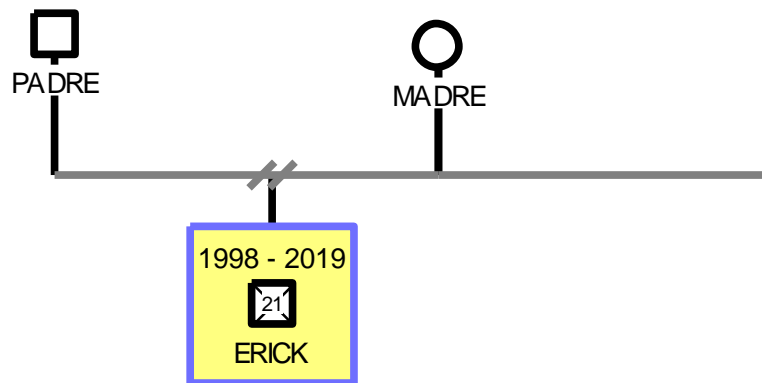
Infidelidad permitida a varones / celos mujeres.

“...Yo sabía que él tenía otra relación con otra persona y yo llegué a decirle oye, yo ya sé que tienes otra relación, no me voy a meter porque pues no, yo no soy la que quiero provocar la ruptura... se pelean y yo soy como la que le digo a mi amiga mira, sabes qué? Aléjate porque no te conviene y cosas así. Realmente pues yo nunca le dije el por qué de mis palabras sólo como que se las decía y ella eh, como que... me dice “no, es que ya me amenazo” y yo, “Pero por qué ¿no? Y ella me decía “es que él me amenaza que se va, se va a matar, que se va a morir, que si yo le digo *ya no*, que ya no quiere vivir”

“Pues yo le dije a mi amiga sabes qué? Pues o sea, no lo va a hacer, ¿no? Como que yo le decía no, no lo va a hacer, no creo que lo haga este... Pues yo te recomiendo que mejor te alejes de él, pues piensa en ti y así ya... me dijo es “que yo no lo estoy diciendo en broma, yo lo estoy diciendo en serio, o sea, si ella me deja, yo me muero”...”

B. Caso de Erick.

Se trata de una familia con un solo hijo en la cual se da una separación, y posteriormente, la madre decide re hacer su vida de pareja quedándose a vivir el padre con el hijo únicamente. Ambos se llevaban bien pero “Erick” no quería volver a tener contacto con su madre. Estaba muy afectado por esa situación.



El suceso de suicidio se produjo hace un año y medio, Erick tenía 21 años. El método utilizado fue por ahorcamiento. La persona que lo encontró fue un familiar suyo.

a) Relaciones de pareja.

Erick mantiene una relación sentimental con una mujer que le llevaba 11 años de diferencia, motivo por el cual ella quería mantener el secreto para así evitar ser juzgada por la gente “del pueblo”. Esto afecta a Erick quien no está de acuerdo con ella y busca hacerla cambiar de opinión, llevándolos a tener constantes y dramáticas peleas de las que sus amigas eran parte muchas veces como intermediarias.

Fragmentos de la entrevista para profundizar la información del aspecto “pareja” y cómo lo vivió Erick, según la percepción de sus dos amigas:

“...una ocasión que ellos pues se pelearon, ya se iban a dejar, estaban en la casa de él y a lo que me platicó su novia fue de que él se quería cortar las venas. Tenía una navaja... era como una amenaza de siempre. “Si tú me dejas pues ya me voy a matar porque ya no tengo a nadie”.”

“...de repente, eran un poco tóxicos porque pues precisamente como ella era la más grande, como que de repente si lo manejaba, entonces él no se dejaba y así tenían sus diferencias...”

“... cuando tenían peleas eran peleas muy sino feas. Yo las denominaba como un poco exageradas porque era de que Emma se enojaba y Alejandro corría, corría en contentarla. Y si Emma no entendía, Alejandro lloraba... Y duraban pues días esas peleas....”

“...Emma era como hasta cierto punto muy dominante y quería que Alejandro se hiciera como ella decía. Entonces, como Alejandro de plano no quería, pues por eso eran las peleas... Entonces te digo eran disgustos... Hasta donde yo opino... Y eran las riñas continuas y por lo regular, pues eran lo mismo de de la edad que Emma no quería que le tomara la mano o que la besara en público o así para que no o los miraba, pues la gente en especial aquí en el pueblo, porque decía que toda la gente es muy chismosa aquí, que toda la gente iba a opinar respecto a lo que pasaba entre ellos dos...”

“...Siempre lo veías contento, excepto cuando se peleaba con Emma...”

b) Autocuidado en salud mental y física.

Un mes de terapia de pareja.

No realiza ejercicio y niega el consumo de sustancias adictivas.

Algunos factores de riesgo que se encontraron al investigar este caso, son los siguientes:

Manejo de emociones

“...fue siempre, era como muy serio y se guardaba un poco en sus emociones, pero poco a poco pues... Tomamos un poco más de confianza y... de repente, cuando se peleaba con su novia y así como que entraba un poco en crisis, iba al local y me llegaba a ver y me platicaba... se ponía bastante mal porque se ponía a llorar y se ponía muy, muy nervioso...”

“...era como muy reservado en ese sentido. A lo que yo pude ver le dolió tanto lo de su mamá, que no lo compartía con cualquier persona...”

“... a mí se me hacía como que de repente cambiaba de estado de ánimo muy rápido y su cara se le transformaba completamente y era muy expresivo a la hora de sacar todo eso que tenía porque era él. No era de decir groserías todo el tiempo, pero cuando estaba

enojado si las decía y no importaba en qué momento, en que hora, con quien las decía porque se sentía mal, estaba enojado...”

Distanciamiento de amistades

“...que él se distanció un poco los últimos meses ¿por qué? Pues no sé. Ya siento que, que él pensaba que si me decía pues yo no lo iba a dejar tan fácil... ya sólo convivía nada más con su novia y con la familia de su novia... De hecho, a ellos con los que convivía sí les dio, así como que varias señales de que como que ya lo había pensado, ya lo había contemplado...”

c) Factores de protección / Resiliencia

Amistades.

“...cuando no podía ir a verme, ya nada más me hablaba por teléfono y era así como para pedirme algún consejo, más que nada en la onda en cuestión a su pareja... ya para las crisis en cuestión a lo de su familia y todo eso, ya no me platico. Ya no me buscó...”

Familia.

“... la relación que llevaba con su papá, pues era muy buena, incluso después de que su mamá se fue, el señor pues se hacía cargo de él. El que hacía comida, que hacía aseo. Claro, él también ayudaba y todo, pero pues también él estudiaba, hacía su servicio. Entonces como que la mayor parte del tiempo era su papá el que se hacía cargo de todo eso y las veces que nosotros llegamos a convivir con el Señor, pues era así, como que muy amable, era un señor muy gracioso, incluso porque te digo, llegaba el momento, el que hasta convivía con nosotros. Y es algo como que muy extraño que los papás de tu amigo se lleven tan bien con contigo...”

Pasatiempos.

Realizaba ejercicio constante, salía a bailes con sus amistades y salidas de pareja.

e) Estereotipos de género y mandatos patriarcales

Se encontró la siguiente información respecto al tema de estereotipos de género y mandatos patriarcales ubicados en Erick y sus relaciones cercanas:

Rol protector.

“...Era una persona muy seria... Pero también como que te trataba de proteger, a pesar de que era como que el más chiquito del grupo siempre te trataba de proteger... como amigo era como que muy protector, siempre estaba pendiente de todos. ...”

Rol de proveedor.

“...nos llegó a decir que quería trabajar y que quería hacer una casa y que pues si se quedaba con Erika, que pues de igual que era tener un buen trabajo para poder con ella y con el niño porque pues con su hijo de ya pues sí, se llevaba bien... como pareja hasta tenían una cuenta en común en donde los dos ahorraban dinero y ya, pues para cualquier cosa, pues ya tenían dinero los dos... a ella no le gustaba lo estarle recibiendo el dinero. Pero si era así, como que “ah ya vi que te gustaran esos tenis, pues te los compro” o “ya vi esa sudadera que ya estaba un poco gastada, te compro otra”... Llegaba, así como que de repente él iba a comprar despensa y ya le entregaba despensa que yogur o cosas así, que el considerara que le hicieran falta...”

“...Yo me empecé a alejar un poco de él porque él decía que estaba bueno, que yo le gustaba, ¿no? Y yo así de. Pero es que no... Entonces llegó un momento en el que él era tan insistente conmigo. Ya me mandaba muchos mensajes por WhatsApp, muchos mensajes. Es... como que era muy insistente. Entonces yo dije “No, ya hasta aquí le paramos”... Yo no me sentía como que cómoda, ni tampoco atraída por él. Entonces nos dejamos de hablar un buen tiempo...”

Edad y madurez / poder.

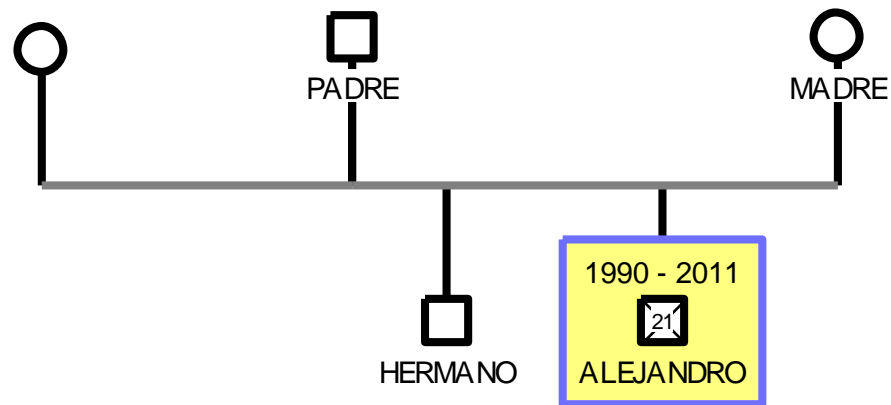
“...Emma si le llevaba yo creo que como 10 u 11 años. Sí, porque él tenía 20 / 21 y ella tenía como treinta y cuatro más o menos. Entonces Emma decía “es que como voy a andar con él porque es un niño. Es que ¿qué va a decir la gente? Que yo ya esté grande.

Y él esté chiquito” incluso llegó a decir es que si fuera al revés, las cosas serían más fáciles...”

“...eran las riñas continuas por lo regular, pues eran lo mismo de la edad que Emma no quería que le tomara la mano o que la besara en público o así para que no los miraran, pues la gente en especial aquí en el pueblo, porque decía que toda la gente es muy chismosa aquí, que toda la gente iba a opinar respecto a lo que pasaba entre ellos dos...”

C. Caso de Alejandro

Era el hijo menor de un matrimonio. Sufría de constantes regaños y llamadas de atención por parte de su mamá, el principal conflicto con ella era por su consumo de alcohol.



El suceso de suicidio se produjo hace 10 años, Alejandro tenía 21 años. No se conoce el método utilizado, la informante solo menciona saber que fue encontrado en su habitación.

a) Relaciones de pareja.

Es descrito por la informante como un hombre obsesivo, quien a pesar de no tener una relación de pareja estable, buscaba establecerla con las mujeres que tenía cercanas a él. Generalmente, ellas lo rechazaban y él insistía al punto de alejarlas completamente puesto que llegaba a acosarlas.

“...La esposa de su hermano tiene una hija... como de 20 años, entonces, cuando él la conoció, él se enamoró mucho de ella... Y me decía “No, es que Angie dice está bien bonita y yo la quiero”. Dice “Pero ella siempre me rechaza”... yo llegué a convivir también con la chava y me decía es que Alejandro es muy obsesivo... ella me contó que un día él le marcó por teléfono y le dijo que si no quería nada con él, que mejor se mataba y él iba en una motocicleta, creo...”

“...cuando yo empecé a tratar más con él... la verdad, pues ya me daba miedo, como te digo, como que estaba malinterpretando las cosas, iba por mí al trabajo... Y este y me hablaba y me hablaba por teléfono, la verdad para mí era incomodo que me estuviera marcando por teléfono porque yo trabajaba de noche. Entonces no me dejaba dormir... Yo ya no quería que me hablara, la verdad, porque si ya estaba, ya era incómodo....”

b) Autocuidado en salud mental y física.

No había atención ni cuidados referentes a su salud física y mental. Consumo de alcohol y cocaína.

Tomando en cuenta algunos otros factores de riesgo, se encontró la siguiente información relevante:

Amistades.

“...lamentablemente no se dejó ayudar bien y le perdí prácticamente de cierto modo, como que la pista a mi amigo ya no tenía. Al final ya no tenemos mucha comunicación...”

Alcoholismo.

“...Él era una persona alcohólica a través del alcohol, pues él pensaba que salía se fugaba un poco, ¿no?...”

“...Y yo le decía que dejara de tomar porque en sí yo creo que el problema de todo era el alcohol. Yo creo que el problema de todo era el alcohol...Y yo le decía que ya no tomara porque pues era algo que le daba más problemas en su familia. Pero pues no, nunca dejó de tomar...”

“...Yo le daba consejos de que dejara el alcohol. Pero no sea él, me decía que no, porque “yo no puedo dejar de tomar porque pues el alcohol me hace olvidar mis problemas”...”

“...así que él ya estuviera muy, muy mal o muy... bueno, muy triste, él se refugiaba más en el alcohol...”

Trabajo.

“...también lo criticaban mucho y en el trabajo sí me decían “no, es que Agustín no, no me cae bien o no sé cómo se me hace”. Agustín siempre criticado sin conocerlo...”

“...Yo veía que era una persona que si trabajaba bien. Pero así como te digo, las personas lo rechazaban mucho. Entonces cuando a mí me llegaban a decir era como que “es que no se apura, no hace nada, se hace... ¿puedo decir groserías?... me decían “se hace bien pendejo” y pues la verdad yo, yo lo veía trabajando normal, pero pues era él lo que las personas decían de él ¿no?...”

Drogas.

“... Él también llegó a trabajar con mi hermano. Y mi hermano trabajaba en una fábrica como descargador. Entonces él salía con los camiones y salía a otros estados a llevar productos y dice que una vez él se le tocó salir con él. Y si se metía este... ¿cómo se llama? “Perico” Algo así...”

Sociedad.

“... Yo creo que por el rechazo de la sociedad. Tanto amigos y parejas... ummmm. Pero más, más por el rechazo de su familia...”

c) Factores de protección / Resiliencia.

No se encuentra ningún factor de protección o resiliencia en el caso de Alejandro.

Clara señal de alerta.

d) Estereotipos de género y mandatos patriarcales.

Confundir atención con coqueteo.

“...Cuando yo trataba de ayudarlo, como que él mal interpretaba las cosas y se volvía como obsesivo. No podía yo ayudarlo bien al cien porque él pensaba que yo quería algo más que una amistad con él. Y entonces yo este. La verdad, pues me alejé de él porque no. Pues ¡no! O sea, yo trataba de ayudarlo y de sacarlo de sus problemas, pero ¡no! Era muy terco...”

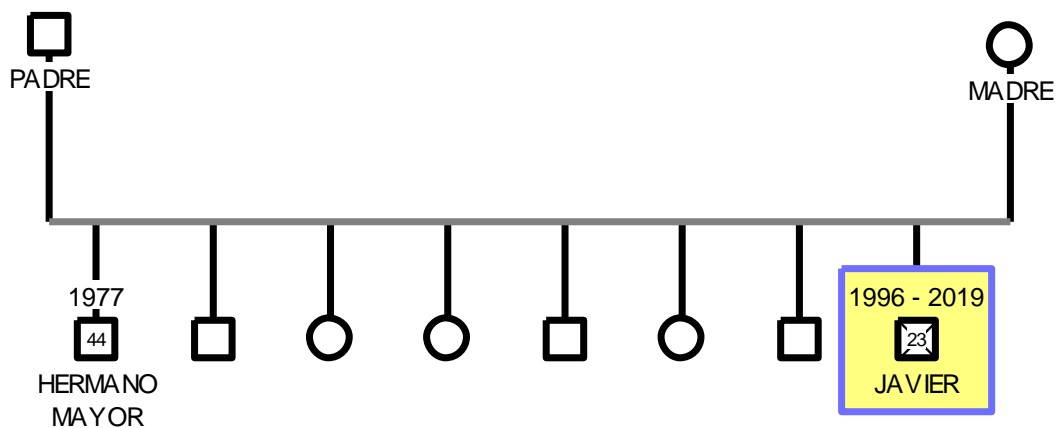
“... No buscaba y como tal, una ayuda en una persona... Pero así que él dijera “necesito ayuda ya, quiero salir de estos problemas”. Nunca fue así...”

Insistir hasta que ella acepte.

“...ya después como que la señora también, como que ya lo evadía, como que ya no lo quería. Y en su casa, por lo mismo de que digamos, acosaba a su hija. ...”

D. Caso de Javier.

Es el menor de 8 hermanos. Tiene mucha relación con su hermano mayor y le afecta que éste se case y se vaya de su casa. Javier solía hacerse cargo de su madre quien era dializada y dejó sus estudios para dedicarse a trabajar (albañil, construcción). Propuso a uno de sus hermanos suicidarse con él, no aceptó.



El suceso de suicidio se produjo hace un año y algunos meses, está a punto de ser un año y medio. Javier tenía 23 años. El método utilizado fue por ahorcamiento. La persona que lo encontró fue uno de sus hermanos, al asomarse por la ventana puesto que Javier no abría la puerta.

a) Relaciones de pareja.

Mantén una relación de noviazgo, dentro de ella sucedía que la madre de su novia estaba inconforme. Aún así, él quería que se casaran y ella no pudo soportar el hecho de que su madre no permitiera esa relación así que terminó su noviazgo con Javier

“...se escuchan muchos rumores de que él tenía su novia y que supuestamente tenían planes de casarse... Pero te digo que su hermano de las veces que no nos pusimos a platicar, me comentó que su mamá de la chava era muy como muy metiche... Entonces cuando él ya se quería juntar con ellas, mamá le dijo que no, que ella no iba a salir de su casa hasta que no se casaran... La chava decidió, pues, terminar la relación por lo mismo, para evitarme como conflictos con su mamá y y en una fiesta vio a su novia y la vio con otro chavo... Y es que en su celular encontraron muchas llamadas que le hizo a ella, donde todas llamadas le contestó la chava. Y ya después no sé qué haya hablado con la chava, porque ya después cuando encontraron el teléfono tirado este encontraron como 6 llamadas perdidas de la chava, las cuales ella ya no contestó...”

b) Autocuidado en salud mental y física.

No se refieren medidas de cuidado personal ni a nivel físico como tampoco en su salud mental.

No indican que practicara algún tipo de ejercicio y se niega el consumo de sustancias adictivas.

Otras señales de riesgo se señalan a continuación:

Señales de emergencia.

“...a mí mi primo me dijo que prácticamente él ya tenía pensado suicidarse, como que ya lo estaba planeando días antes o no sé. Y ya lo empezaron a ver como con desinterés... que ya no se bañaba, ya no se arreglaba... ya a su cuarto estaba muy desordenado y cosas así. ...”

Religión.

“...dos semanas antes de que él se suicidara, esto fue cuando se cambió a la religión cristiana...”

Grupos de pares.

*no formaba parte de ninguno.

c) Factores de protección / Resiliencia

No se indica ningún factor que pudiera ayudar en la protección de Javier. La única forma de pasatiempo que tenía previo a su suicidio es el salir con su novia.

d) Estereotipos de género y mandatos patriarcales

Rol jefe de familia.

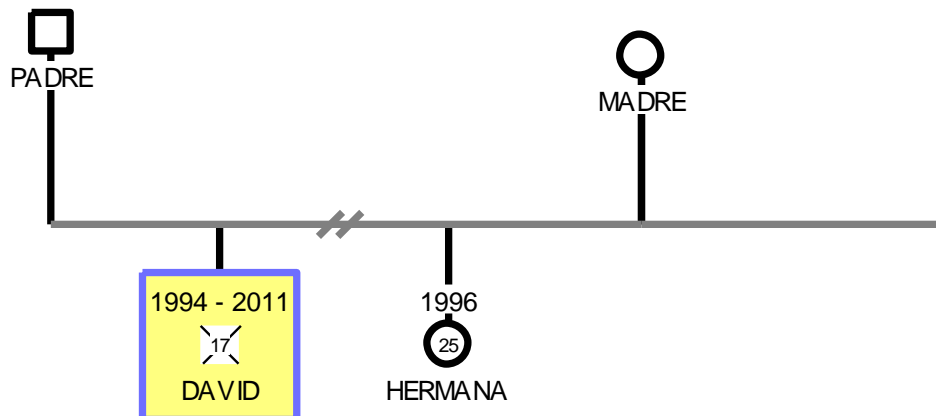
“...lo único que sabía era que se quería casar. Y después de casarse, pues tener una familia y si se podía... quería continuar con sus estudios. ...”

E. Caso de David.

David vivía únicamente con su hermana de 15 años y su mamá.

La madre al ser cabeza de familia, no les dedica tanta atención y cuidados por lo que la hermandad se vuelve un vínculo muy fuerte. “David” solía trabajar para apoyar con los gastos del hogar, sin embargo su madre solía darle ese dinero a su nueva pareja o se iba de fiesta con amistades.

La preferencia que tenía por su pareja lastima profundamente a “David” quien es golpeado y ofendido por la nueva pareja.



El suceso de suicidio se produjo hace 10 años, David tenía 17 años. El método utilizado fue por ahorcamiento. La persona que lo encontró fue su hermana.

Relaciones de pareja.

David no tenía novia. Se refiere una falta de tiempo, atención y ganas para establecer una relación de ese tipo.

Le importaba más el estar bien con su hermana y que no faltara nada en su hogar.

Autocuidado en salud mental y física.

No existía cuidado sobre la salud física y mental de David. Se refiere que él no tenía tiempo para otra cosa que no fuera trabajo o estudio

En cuanto a su manejo de emociones:

“...como a él no le gustaba mucho hablar de los problemas que tenía con su familia, como que se reservaba un poco...”

“...era una persona bastante reservaban. Muy, muy seria. Y a veces, cuando se prestaba la oportunidad de bromear, bromeaba, pero no le gustaba como tanto... Como tocar temas personales...”

“...yo siento que cuando el problema era muy fuerte, lo que él hacía era guardárselo para él y pues no hablaba de eso... su mirada era pues fea, no se sonreía ni tampoco se

mostraba molesto, pero su semblante sí. Demostraba que algo no estaba bien en ese momento...”

a) Factores de protección / Resiliencia.

Pasatiempos.

Sin tiempo para otra cosa que no fuera trabajo o estudio

Familia.

“...con su hermana. Te digo que eran como bueno, yo los veía como los mejores amigos, porque si tenían confianza platicaban mucho y pues juntos iban como superando todos los problemas que vivían en casa con su mamá...”

Trabajo.

“...Sí, si le gustaba su trabajo. Siempre que platicábamos tenía como alguna anécdota de le gustaba, pues el convivir con otros clientes... era lo que a él le gustaba, que se sentía cómodo... Como... Tal vez pudiera ser como “importante”...”

Estudios.

“... él quería estudiar una ingeniería en sistemas computacionales... estudiar ingeniería en programación o algo así, porque es un sueño, como crear una aplicación para poder tener un mejor contacto entre él y su hermana. Como que algo que desarrollara comunicación, por así decirlo...”

b) Estereotipos de género y mandatos patriarcales

Imagen de maternidad en la mujer cercana.

“...Con su hermana tenía mucha comunicación, de hecho era como pues como la figura materna que él tenía...”

Rol protector.

“...era una persona protectora, sí, pero con su hermana...”

8.1.2. Composición familiar y dinámica familiar.

No se observa una composición familiar similar entre los casos estudiados, sin embargo, la característica que se repite es el hecho de manifestar malestar en el núcleo familiar como posible factor de riesgo en jóvenes varones para cometer suicidio.

Cuadro 9. Características de las relaciones familiares en víctimas de suicidio.

SUJETO	CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA
“MAURICIO”	<p>“Mauricio” era el mayor de 5 hermanos, tenía 3 hermanos varones y una hermana mujer.</p> <p>No se refieren hechos o relaciones de importancia positiva o negativa en el caso de su suicidio.</p>
“ERICK”	<p>La familia de “Erick” estaba conformada por él, su padre y su madre. Unos meses antes de que él se quitara la vida, su madre había abandonado a su papá, aparentemente por una nueva pareja. “Erick” decide quedarse con su padre.</p>
“ALEJANDRO”	<p>El padre de “Alejandro” tenía otra familia por lo que pasaba poco tiempo con él y su hermano, y esos momentos generalmente eran negativos. Su madre se quejaba constantemente de él debido a que tenía problemas de alcoholismo. Su hermano tampoco gustaba de su presencia.</p>
“JAVIER”	<p>La familia de “Javier” es amplia. Tiene 3 hermanos y 3 hermanas. En los primeros años de matrimonio, el padre era alcohólico y violento. “Javier” es de los hermanos más pequeños y refiere buena relación con su hermano mayor.</p>
“DAVID”	<p>Familia desintegrada. Padre abandona el hogar y la madre se convierte en única responsable y cabeza de familia.</p> <p>“David” y su hermana se vuelven muy apegados entre ellos, se protegen entre sí puesto que su madre no tiene tiempo para ellos y en ocasiones prefiere a su nueva pareja.</p>

Fuente: Elaboración propia con datos obtenido en la investigación

8.1.3. Relaciones de pareja.

Creencias del amor romántico.

Caso por caso, se indican las características primordiales de las relaciones de pareja que llevaban (en caso de tenerlas) a continuación:

Cuadro 10. Características de las relaciones de pareja en víctimas de suicidio.

SUJETO	CARACTERÍSTICAS DE LA RELACIÓN DE PAREJA
“MAURICIO”	<p>La relación de pareja inicia en un ambiente escolar a nivel medio superior, continúa cuando ambos están estudiando la universidad. Mauricio suele ser muy celoso, protector y manipulador con su pareja, además de serle infiel; mantenía una relación extra.</p> <p>Suele amenazar a su novia con suicidarse en caso de que ella se atreviera a dejarlo, pues él tenía planes de casarse con ella y formar una familia juntos.</p>
“ERICK”	<p>Erick mantiene una relación sentimental con una mujer que le llevaba 11 años de diferencia, motivo por el cual ella quería mantener el secreto para así evitar ser juzgada por la gente “del pueblo”. Esto afecta a Erick quien no está de acuerdo con ella y busca hacerla cambiar de opinión, llevándolos a tener constantes y dramáticas peleas de las que sus amigas eran parte muchas veces como intermediarias.</p>
“ALEJANDRO”	<p>Es descrito como un hombre obsesivo, quien a pesar de no tener una relación de pareja estable, buscaba establecerla con las mujeres que tenía cercanas a él. Ellas generalmente lo rechazaban y él insistía al punto de alejarlas completamente puesto que llegaba a acosarlas.</p>
“JAVIER”	<p>Mantén una relación de noviazgo en la cual la madre de su novia estaba inconforme. Aún así él quería que se casaran y ella no pudo soportar el hecho de que su madre no permitiera esa relación así que terminó su noviazgo con Javier.</p>
“DAVID”	<p>David no tenía novia. Se refiere una falta de tiempo, atención y ganas para establecer una relación de ese tipo. Le importaba más el estar bien con su hermana y que no faltara nada en su hogar.</p>

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en la investigación

8.1.4. Mandatos patriarcales en la familia y el noviazgo.

A continuación, se muestra de manera resumida, algunas de las características que se pueden ubicar en los casos estudiados.

Cuadro 11. Mandatos patriarcales en familia y noviazgo de cada uno de los casos.

SUJETO	MANDATOS PATRIARCALES EN FAMILIA Y NOVIAZGO
“MAURICIO”	<ul style="list-style-type: none">• Infidelidad “permitida”.• Celos de su pareja.• Rol protector con pareja y amistades.
“ERICK”	<ul style="list-style-type: none">• Idea del amor romántico y el ser padre de familia y proveedor.
“ALEJANDRO”	<ul style="list-style-type: none">• Insistir con las mujeres al punto de volverse un acosador.
“JAVIER”	<ul style="list-style-type: none">• Solo tiene la idea de casarse y formar una familia como meta de vida.
“DAVID”	<ul style="list-style-type: none">• Rol de jefe de familia, al estar ausente su padre y madre, aunque esta última seguía viviendo con él y su hermana.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenido en la investigación

8.1.5. Estereotipos de género.

Cuadro 12. Estereotipos de género ubicados en cada uno de los casos.

SUJETO	ESTEREOTIPOS DE GÉNERO
“MAURICIO”	<ul style="list-style-type: none">• Rol protector y paternal con sus amigas. Las “cuida” de hombres infieles y que pretendan herirlas, aunque él no respeta su relación de pareja.
“ERICK”	<ul style="list-style-type: none">• Rol de proveedor. Aun cuando no tenía la misma edad y responsabilidades de su pareja, buscaba la forma de apoyarla con artículos que ella necesitara e incluso de manera monetaria.
“ALEJANDRO”	<ul style="list-style-type: none">• Acoso a mujeres. ante la negativa de ellas, él insistía de sobre manera.
“JAVIER”	<ul style="list-style-type: none">• Idea de la pareja y el matrimonio es la clave del éxito y felicidad.
“DAVID”	<ul style="list-style-type: none">• Adopta responsabilidades que no le corresponden al querer ser proveedor económico en su hogar.

Fuente: Elaboración propia con datos obtenido en la investigación

8.1.6. Autocuidado en cuestiones de salud física y mental.

La información aquí es breve debido a que la mayor parte de la información referida muestra que no había cultura de cuidado de la salud mental y en algunos tampoco de la salud física.

Cuadro 13. Autocuidado de salud mental y física en víctimas de suicidio.

SUJETO	Salud mental	Salud física
“MAURICIO”	No había	Consumo de alcohol y marihuana Ejercicio constante
“ERICK”	1 mes de terapia de pareja	No ejercicio y consumo de sustancias adictivas negadas
“ALEJANDRO”	No había	Consumo de alcohol y cocaína
“JAVIER”	No había	No ejercicio y consumo de sustancias adictivas negadas
“DAVID”	No había	Sin tiempo para otra cosa que no fuera trabajo o estudio

Fuente: Elaboración propia con datos obtenido en la investigación

8.1.7. Pasatiempos.

Cuadro 14. Actividades de pasatiempos en víctimas de suicidio.

SUJETO	Pasatiempos
“MAURICIO”	Salir de fiesta con amistades y a bailes
“ERICK”	Ejercicio constante, bailes y salidas de pareja
“ALEJANDRO”	Consumo de alcohol y salidas en motocicleta
“JAVIER”	Salir con su novia
“DAVID”	Sin tiempo para otra cosa que no fuera trabajo o estudio

Fuente: Elaboración propia con datos obtenido en la investigación

8.2 CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE IDEALES PATRIARCALES COMO DETONADORES DE SUICIDIO EN JÓVENES VARONES RURALES.

8.2.1. Información sobre suicidio

En este apartado se anexan las ideas que tiene la población en general acerca del suicidio. Cada una de las personas entrevistadas, respondieron a la pregunta sobre

pensamientos acerca de las personas que se suicidaban, previos al acontecimiento cercano que ellas vivieron.

Algunas de las respuestas son las siguientes:

“Pues realmente sí pensaba que cuando alguien se pasaba por eso... que era porque estaba muy triste o porque realmente la estaba pasando mal y que pues se podría ayudar. O a veces llegué a pensar que las personas no tenían la suficiente fortaleza, ¿no? que eran muy débiles y que por eso terminaban con su vida... llegué a pensar que podrían ser personas que eran cobardes porque decidían terminar con su vida en lugar de pues seguir... Yo lo veía muy difícil que alguien tomara esa decisión o que tenía que estar pasando por situaciones muy complicadas o muy complejas” (Amiga de “Mauricio”, 23 años, 2021).

“...pues yo decía pues no, no pudo lidiar con sus problemas igual y por eso lo hizo...” (Amiga de “Erick”, 26 años, 2021).

“... El saber que el ser humano se quite la vida así, de repente es algo muy, muy feo. No he escuchado a mucha gente que dice es que son cobardes, pero yo la verdad no lo creo. Porque quitarse la vida no es algo que tú lo hagas nada más por hacerlo... hay cosas todavía mucho más detrás de todo ese de esos pensamientos o de esos actos que tienen ellos...” (Amiga de “Erick”, 25 años, 2021).

“... de los que se suicidaban, pues pensaba que a lo mejor la familia, no sé, yo pensaba que como no se daban cuenta, que no los veían, si no habían cambiado en sus actitudes, sus cosas... Eso es lo que pensaba yo en los familiares, ¿no? Pero ya viviéndolo ya es muy diferente...” (Herman de “Javier” 44 años, 2021).

Respecto al suicidio, pero ahora en voz de los profesionales en el tema, encontramos lo siguiente:

“...desde el plano académico, yo hago un enfoque de terapia donde no hay mucha investigación y digamos que la suicidología, además de que es una disciplina nueva, déjame decirte que desde el ámbito del enfoque Gestalt no hay investigación...”

*Identificar a un suicida potencial:

“... vamos a hablar siempre de dos, de dos señales, las señales verbales y las señales no verbales. Dentro de las señales verbales hay personas que finalmente están hablando de un destino donde ya no están presentes... Y señales no verbales pudieran ser como que empiezan a despedirse de las personas, que empiezan a regalar sus objetos de valor, a canalizar en adopción a sus mascotas. Son señales de que la persona se está preparando para un momento donde ya no esté....”

*Tratamiento:

“... El suicidio es un fenómeno muy, muy diverso, porque finalmente la gente no se está matando por las mismas razones... desde la teoría que yo estoy construyendo, la “experiencia suicida” consta de un de un fenómeno que se está desplegando a todo momento y que va transitando por distintas etapas... la primera etapa tiene que ver con un pensamiento de muerte. La persona piensa en la muerte constantemente, pero no piensa en una muerte auto asistida... Después viene la ideación suicida. La ideación suicida es cómo ¿no? Y es que si yo ya no estuviera en este mundo y si me aviento del puente y se me cortó las venas, etcétera, etcétera. Ahí estamos hablando que ya necesitamos a un psicólogo... Ahora, si la persona ya intentó suicidarse, hay dos destinos, si intentó suicidarse, pero no requirió hospitalización, hay que tenerlo bajo un tratamiento farmacológico psiquiátrico y con un terapeuta. Y también se la tiene que internar en este caso.... Si la persona intentó suicidarse y si requirió hospitalización, necesita, además del internamiento psiquiátrico, una supervisión de 24 horas... Después de estos dos destinos finalmente se da el suicidio consumado... se tiene que dar una post pensión a los sobrevivientes del suicidio y en este caso son compañeros de la escuela, del trabajo, maestros, vecinos, sobre todos los familiares. Y aquí el abordaje es un abordaje psicopatológico...”

“...la primera causa de muerte en adolescentes en México son los accidentes automovilísticos. La segunda causa de muerte es el suicidio en jóvenes de 15 a 24 años de edad. Sin embargo, Enid déjame decirte que esto es cuestionable porque en gran parte se deduce de que las personas que mueren a través de un accidente

automovilístico ya llevaban una ideación suicida y el accidente fue su ideación ¿no? fue su plan. Entonces, eh, desde la red mundial de suicidólogos decimos que el suicidio es la primera causa de muerte en jóvenes específicamente en varones...”

*Causas de suicidio:

“... te puedo mencionar 12...

1. Tiene que ver con el intento de causar dolor o pena a una persona que consideran que les ha lastimado y por lo tanto mereces ser castigada.
2. Llamar la atención de sus seres queridos por considerar que no están siendo valorados como ellos creen merecer
3. A veces también por conseguir algo a cambio de no atentar contra su propia vida. Y esto aplica muchísimo cuando hay problemas amorosos de trasfondo.
4. Por venganza o por temor a que se descubra la responsabilidad de algún error cometido.
5. Por no tolerar el fracaso, aceptándolo como una forma de aprendizaje.... no ven el fracaso como parte de la vida.
6. También por tratar de impresionar a sus amigos.
7. Por sentir que hacerlo forma parte de algún compromiso o es alguna manera de demostrar fidelidad entre sus iguales. (p.e. las sectas suicidas)
8. Hay suicidios en familia, hay suicidios en pareja. Y esto tiene que ver con la lealtad, no también
9. por imitación (celebridades como Kurt Cobain, Marilyn Monroe)
10. Por la fantasía de que el suicidio causa honor. (p.e. la cultura maya en el estado de Yucatán, en la ciudad de Mérida)
11. También a veces para aliviar a las familias más carga. Esto generalmente aplica con personas en una enfermedad terminal o que está transitando por la adultez avanzada. Este también para descansar de una enfermedad, evitando la pena moral o un dolor físico.
12. También hay personas que están en un en un cáncer metastásico o en alguna enfermedad muy crónica y prefieren quitarse la vida o para evitar enfrentarse a

una responsabilidad. Y esta aplica con criminales violadores entre otras personas.”

*Identificar las causas de suicidio:

“... a través de una autopsia psicológica... para que la persona para que se pueda deducir qué fue lo que llevó a la persona al suicidio... la propuesta de tu servidor es que en muchos casos los jóvenes no se suicidan. Su entorno, los suicida, los orilla a través del rechazo, de las exigencias, de las altas expectativas a que la persona se sienta totalmente inadecuada, fracasada, que vaya acumulando una emocionalidad que excesivamente se vuelve in procesable. ¿No? que hace que la persona inmediatamente busque una salida...”

*Importancia de estudiar el suicidio:

“...Es muy importante Enid porque nos da mucha información. Te digo lo que la suicidología es muy nueva y no tenemos mucha información. Entonces el hecho de que la suicidología sea estudiada desde distintas dimensiones o desde distintas disciplinas enriquece el enfoque... que hay suicidios inevitables... por mucho que sean intervenidos...”

Te puedo decir Enid, que una de nuestras principales tareas es la prevención del suicidio, pero desde una concepción existencial... Lo que nosotros sospechamos o suponemos, no estamos seguros, pero aún así partimos de esa suposición, es que la persona está transitando un problema temporal y está tratando de tomar una solución definitiva. Entonces hay que acompañarle a que pueda optar por otras instancias u otras vías de solución de ese problema temporal, para que cuando acabe de pasar la persona pueda continuar con su vida y con lo que sigue...”

*¿Cuándo recurrir a apoyo psicológico?

“Desde la primera señal, sí. Y la primera señal, pues puede verse cuando la persona está transitando por alguna crisis, que tiene algún sentimiento de cansancio o agotamiento... que a lo mejor tiene una desorganización en sus relaciones familiares, sus relaciones académicas o laborales, que probablemente le falta el apetito o está comiendo de más,

o sea, a cualquier señal fuera de lo normal. Es importante consultar a un psicólogo para que el psicólogo pueda generar una valoración...”

*Perfil suicida potencial:

“...No hay un perfil en específico... te puedo decir que el principal potencial suicida es cualquier persona que está expuesta a vivir, porque el vivir genera heridas, el vivir genera traumas. El vivir nos expone a situaciones donde nuestra vida o nuestra integridad están en riesgo... el vivir nos genera problemáticas entonces te puedo decir que cualquier persona, si no es como decir “ah, tú eres más suicida que tú”. Cualquier persona puede serlo.” (Suicidólogo, psicoterapeuta, catedrático del Instituto Hispanoamericano de Psicología, representante nacional de México ante la Red Mundial de Suicidólogos).

“Las mujeres realizan más intentos suicidas, los hombres son los que culminan el acto suicida. Y según datos del INEGI la población que muere por suicidio, primeramente son los de 30 a 59 años, seguidos de los de 18 a 29 años.”

“En mujeres el método más recurrido es la toma de medicamentos, en hombres el ahorcamiento. Sobre los casos que conozco en ambos sexos fue por ahorcamiento.”

*Factores de riesgo “Baja autoestima, conductas impulsivas, pobreza en habilidades sociales, limitadas estrategias de afrontamiento, pocas habilidades de interacción y sentimientos de soledad.” (Psicóloga clínica, terapeuta familiar y de pareja. Terapeuta de juego).

8.2.2. Factores de riesgo generales.

Se enumeran diversos y variados factores que pueden poner en riesgo a los varones de zonas rurales, esto basándonos en las respuestas que se obtuvieron en las entrevistas a profundidad. Respecto a dichos factores, tenemos las siguientes respuestas como situaciones en común en los cinco casos:

- Consumo de alcohol.
- Relaciones no saludables de pareja.

- Poca o nula comunicación con sus familiares.
- Falta de cuidados personales referentes a la salud física y mental.
- Ideas muy duras sobre la manera en que “debe” de comportarse un hombre.
- Falta de inteligencia emocional, nula expresión de emociones “negativas”.
- Presión social.
- Desconocimiento del tema del suicidio, tanto en familiares, amistades y círculos cercanos de quienes se suicidaron.

Factores de riesgo familiares.

Hemos analizado previamente cada uno de los familiogramas de los cinco casos que tuvimos oportunidad de conocer e investigar de cerca, no obstante, se debe resaltar esta respuesta que nos da el especialista en suicidio al que acudimos y que, enfoca la atención del problema del suicidio no únicamente a la persona con sintomatología suicida, sino a todo el ambiente en el que se desarrolla.

“...No solamente son orígenes familiares, tienen que ver con un contexto histórico o cultural, socioeconómico y antropológico. Este último vamos a llamarlo político, o sea, son, es, un conjunto de factores que generan que las personas tengan cierto comportamiento....” (Suicidólogo, psicoterapeuta, catedrático del Instituto Hispanoamericano de Psicología, representante nacional de México ante la Red Mundial de Suicidólogos).

8.2.3. Factores de riesgo en el noviazgo.

Puesto que anteriormente hemos retomado la información sobre relaciones de pareja, noviazgo, que nos brindaron las amistades y familiares de cada caso, ahora procedemos a resaltar lo que el suicidólogo y la terapeuta sistémica indican sobre el tema:

“...son los hombres los que más están quitando la vida y general mente en la edad adolescente tiene que ver con el desamor....”

“... hay una violencia que los hombres sufren. Es una violencia de género que no se habla. Yo la de yo la he denominado en algunas investigaciones “violencia actitudinal”. Si, esta violencia actitudinal hace que los hombres se sientan desplazados, sustituidos,

reemplazados. Entonces este, esto genera un sentimiento de culpa, de vergüenza, de inadecuación, de soledad. Ajá, y dado que por cuestiones socioculturales no hay una educación emocional, no se sabe trascender esa parte, no? Entonces esto genera que las emociones finalmente se queden ahí, fijas, atrapadas en el sistema nervioso y que genere una crisis de ansiedad, que lo voy a denominar como una un exceso de energía atrapada en el cuerpo y la persona lo que quiere es aliviarse. Te puedo decir en pocas palabras, que el suicida no quiere acabar con su vida en muchas ocasiones quiere acabar con el dolor, con la incomodidad, con el sufrimiento y una manera, digamos, temporal es, anestesiarse a través de ciertas sustancias adictivas o ciertas drogas, pero ni cuando eso basta entonces necesitan una, un anestésico permanente que es el suicidio...” (Suicidólogo, psicoterapeuta, catedrático del Instituto Hispanoamericano de Psicología, representante nacional de México ante la Red Mundial de Suicidólogos).

“... causas lineales no las hay, factores desencadenantes pueden existir varios y a partir de mi experiencia personal un factor importante son las rupturas amorosas...” (Psicóloga clínica, terapeuta familiar y de pareja. Terapeuta de juego).

8.2.4. Duelo.

Respecto al tema del duelo, en relación a personas cercanas de los varones rurales que se suicidaron:

“...yo era amiga de su novia... al enterarme de esta situación, pues realmente pensé primero en mi amiga, en cómo estaba pasando y yo porque yo sabía que fue realmente el que había fallecido, pues yo le iba a extrañar mucho y así, pero siento que las personas que se quedaron aquí son las que en realidad iban a sufrir la pérdida... creo que traté de hacer lo más que pude en ese momento...”

“...Sin embargo, todo ese tiempo... trato de siempre hablar las cosas buenas de él, no, no enfocarme en lo malo, no enfocarme en lo que pasó, sino simplemente en decir que él en vida fue una buena persona...”

“...Yo en ese momento dije por qué no le dije por qué no hablé y como que te quedas muy impotente...” (Amiga de “Mauricio”).

“...Pues me olvidé un poco de mí, porque lo primero, o sea la primer persona en la que pensé fue en Emma... nos olvidamos de nosotros para, para estar con ella. Nos preocupaba más ella...”

“...Me ha sido muy difícil porque. En un principio no podía yo escuchar la ambulancia porque luego luego me recordaba ese momento. Y más que nada igual, pues me quedé con, con el hecho de que no me pude despedir...” (Amiga de “Erick”).

“...la verdad fue la peor experiencia que he tenido en la vida... es la experiencia más fea que he tenido porque le marco a Betty y lo primero que veo es a ella llorando y es muy raro que ella llore, no así tan tan desesperadamente. Yo incluso pensé que algo le había pasado o algo le habían hecho. Ya cuando, cuando se tranquilizó sus palabras y las tengo muy, muy grabadas, sí me dijo güey, es que “apodo” se mató...”

“...me cargué esa misma culpa por decir de que él en ese momento me necesitaba y estaba haciendo otra cosa... paso por mi mente. Por cabeza la idea de incluso hasta decir que me iba a ir con él. Pero justamente te digo tres o cuatro días después de eso sí me pasó, pero la verdad es que me dio miedo y dije no, o si es que yo no podría hacer eso...”

“...no es un tema. Pues fácil que se te ocurra hablar un día de reunión de amigos, no? Hay veces en las que estamos reunidos y sale el tema de Edwin y a todos se nos nota que aún nos duele. No, porque fue una pérdida.... Si se puede decir muy grande.... fue algo que a todos nos cayó así, de sopetón y nadie lo ha trabajado realmente.... es un tema que no, no me gusta hablar con nadie y si lo hablo, lloro y no me gusta...” (Amiga de “Erick”).

“...yo creo que si yo le hubiera mandado un mensaje en ese momento les hubieran cambiado las cosas... lamentablemente, pues no le mandé nada.... porque no lo creí capaz de hacerlo. Y al otro día pues sí, me hablaron y me dieron la noticia...” (Amiga de “Alejandro”).

“...a ella sí le pegó, le dolió bastante el haber perdido a su a su hermano, pero trató como de salir adelante delante. Ella, lo que hacía mucho a raíz de eso era escribir. Escribía

todo tipo de cosas que a ella le pasaba... como si se lo contara a su hermano. O sea que era como la forma en la que ella sentirá como una calma a lo que estaba viviendo, porque como ella no tenía a su compañero. Pues ella se sentía sola..." (Conocida de "David").

Podemos observar la forma en que la hermana de David empezó a sobrellevar su proceso de duelo, generando estrategias personales para sentirse mejor.

8.2.5. Suicidio como tema tabú.

Una de las dificultades, principalmente en zonas rurales, es tratar ciertos temas sin que la situación se torne incómoda, esto suele suceder con el suicidio. Por ello, sobresalen las siguientes respuestas obtenidas en las entrevistas:

"...como que la situación se llevó de manera muy discreta..."

"...fue lo que pues me llegaron, me llegó a decir ella porque igual pues cuando yo ya sentí que estaba un poquito mejor y realmente no le quise preguntar directamente la situación porque pues no es algo fácil de decir, solo como lo que me dijo por encima, digámoslo así..."

"...creo que sí es importante que se estudie y que se hable, porque a veces porque cuando yo lo llego a platicar con otros amigos este tema como que lo toman muy serio o como que sé que es serio, pero como que lo toman como vos, como que si no lo quisieran hablar, como que lo evitan y es algo que yo siento que no se debe de evitar..." (Amiga de "Mauricio").

"...Bueno, mis tíos ya no quisieron pues investigar más allá. Dijeron que mejor así se quedara..." (Prima de "Javier").

"...Es algo que incluso la gente decide olvidar, ¿no?... hablando de género, depende mucho como administra el duelo hombre y como o sea, es muy diferente cómo lo administra el hombre, cómo lo administra la mujer..."

"...a nivel de estadísticas te puedo decir que estamos muy, muy desinformados porque las familias pueden darle una "lanita" (dinero) al médico, este forense, para que en lugar

de de poner suicidio en el acta de defunción ponga “insuficiencia cardiorrespiratoria”, no? Y entonces las estadísticas vienen de cierta manera a modificarse...”

“...hay ciudades específicamente al norte del país, donde incluso los sacerdotes no quieren oficiar una misa de cuerpo presente a una persona que se suicidó, por lo que la persona, la familia entera, decide crear una confabulación para decir que la persona falleció de otras causas....” (Suicidólogo, psicoterapeuta, catedrático del Instituto Hispanoamericano de Psicología, representante nacional de México ante la Red Mundial de Suicidólogos).

8.3 Manifestaciones de vulnerabilidad y falta de resiliencia en los conflictos familiares y de noviazgo como generadores de suicidio en jóvenes varones rurales.

8.3.1. Ideación suicida.

Referente a la información que obtuvimos de “Alejandro”, es impactante la forma en que expresó sus ideas sobre morir, de manera literal, previo a su suicidio:

“...Solamente me dijo que lo tenía como en la mente ya matarse.... Que ya no quería. “Ya no soporto estar aquí y no sé qué hago aquí”...

“... Lo único que me bueno, siempre me decía que dice “oye, que yo ya no hago planes porque ya no quiero estar”...” (Amiga de “Alejandro”).

En el caso de “Javier” pudimos tener información acerca de una ideación previa del suicidio, incluso un plan para llevarlo a cabo, uno diferente al que se realizó

Le llegó a decir a uno de sus hermanos (que acababa de salir de un anexo, por drogadicción):

“...Pero dice que tiene como antes de que se suicidara, como unos tres meses antes, le empezó a comentar eso. “Vamos a suicidarnos, yo compro la pistola”. Y ¿para qué no? “A ver, así nos van a extrañar ahora sí”.... (Hermano de “Javier”).

Con la información obtenida se puede observar que mujeres cercanas a pérdidas o duelos recientes manifestaron ideas suicidas, aunque no se llegaron a poner en un plan o a elevarse como un intento o un suicido culminado.

“...me cargué esa misma culpa por decir de que él en ese momento me necesitaba y estaba haciendo otra cosa... paso por mi mente. Por cabeza la idea de incluso hasta decir que me iba a ir con él. Pero justamente te digo tres o cuatro días después de eso sí me pasó, pero la verdad es que me dio miedo y dije no, o si es que yo no podría hacer eso...” (Amiga de “Erick”)

8.3.2. Comparaciones entre hombres y mujeres.

De manera cuantitativa podemos observar la siguiente tabla que nos da información general sobre los datos obtenidos por medio de entrevistas a profundidad.

Cuadro 15. Información General

	MUJERES	HOMBRES
Informantes	5	1
Suicidas	0	5
Intentos de suicidio	0	1
Salud mental	3	1
Manejo de emociones	4	0

Fuente: Elaboración propia una vez finalizada la recopilación de información

Se observa que en cada uno de los casos se trató de un hombre quien decidió suicidarse, por el contrario, en su mayoría son mujeres las que aportan información acerca de los casos y debido a ello han decidido en su mayoría tomar acciones de atención enfocadas a su salud mental y a su manejo e emociones.

CAPÍTULO IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

9.1 Discusión teórica.

Imberton-Deneke (2014) afirma que las causas del suicidio se encuentran en aspectos estructurales de la sociedad, si bien coincidimos con esta autora, sin embargo, su análisis es limitado al no considerar, como planteamos en esta investigación, el patriarcado como uno de las estructuras sociales de mayor incidencia en provocar suicidios.

Las autoras Martínez y Geinsberb (2008) hacen una interesante aportación respecto al perfil de los jóvenes rurales de Tabasco y las causas de suicidio como: la participación en la vida laboral desde la infancia, la ausencia de derechos políticos y sociales, la falta de bienestar y la falta de seguridad económica en su vida. Sin embargo, en la investigación realizada en San Salvador Atenco, se encontró otros factores muy importantes que aportan sobre las causas del suicidio ligadas a la importancia de las relaciones de familia (relaciones con la madre y con el padre), relaciones de pareja, consumo de alcohol y drogas, así como la profunda insatisfacción y vacío existencial que vivieron los jóvenes.

Coincidimos con Aguayo (2016) cuando subraya que hace falta avanzar en el tema de salud física y mental en los jóvenes. En la investigación de Atenco se encontró que los jóvenes víctimas de suicidio no cuidaron su salud mental, ninguno solicitó apoyo psicoterapéutico en los momentos difíciles de ideación suicida. El cuidado de la salud física era escaso, y observamos una paradoja en el caso de "Mauricio" quien realizaba ejercicio constantemente pero a su vez consumía drogas y alcohol, deteriorando considerablemente su salud física.

Concordamos con Valdez-Santiago, Marín, Mendoza y Torres-Falcón (2021) en la necesidad de impulsar leyes de salud mental asociada a la conducta suicida. Esta tesis sobre Atenco añade el factor de resiliencia como elemento fundamental de la salud mental. Al no contar con la educación emocional y personal que motive a los varones a tener un autoconocimiento de su persona y de generar resiliencia, se da la negación y anulación de conflictos internos y externos, siendo pocos los hombres que realmente hablan de sus necesidades y admiten sentirse indefensos. Esto se acentúa en

poblaciones rurales, en las que además del juicio social y las presiones familiares, existe también la mirada religiosa que hace más difícil el trabajar con temas de prevención en materia de suicidio.

Estamos totalmente de acuerdo con Keijzer y Rodríguez (2002) cuando mencionan que las masculinidades rurales se caracterizan por la poca demostración de emociones, exceso de trabajo, abuso de alcohol y el escaso cuidado de su propia salud. En esta investigación sobre Atenco, se añaden otros factores como el abuso de drogas, el escaso cuidado de su propia salud mental, y las difíciles relaciones de pareja y familia, como causas de suicidio.

La población entrevistada, fue mayormente conformada por mujeres, quienes al expresarse, mostraban desinformación y preocupación latente por la situación del suicidio dentro de las zonas en las que se encuentran habitando. Lo referido por sus experiencias cercanas, además de la interesante voz de los especialistas consultados, confirman el hecho de que la mayor población en riesgo de suicidio, son los varones.

Es necesario tomar el tema de la salud mental como algo cotidiano, invitar a la población a acercarse al tema, ya que al tener estos huecos de información es difícil percibir y reclamar los recursos y derechos que deben darse a los habitantes del país, y es aún más complicado en zonas rurales, en dónde los recursos prácticamente son inexistentes y el comenzar a estudiar la salud mental y la ausencia de ella bajo la perspectiva de género, deja muchas líneas abiertas para trabajos futuros que únicamente traerán beneficios al ser trabajados correctamente.

9.2 Aportes de la tesis a la teoría.

Primero. Incorporar la teoría feminista al análisis de suicidios en el medio rural.

Segundo. Incorporar el concepto de patriarcado y sus mandatos sobre estereotipos de género masculino como generadores de vulnerabilidad y conflicto que detonan causas de suicidio entre jóvenes rurales.

Tercero. Visibilizar la subjetividad masculina patriarcal considerando la rigidez frustración para afrontar conflictos en el noviazgo y en la familia.

Cuarto. Se abre la posibilidad de relacionar teorías con la finalidad de cumplir con el objetivo de prevenir el suicidio para disminuir las muertes por esta causa.

Quinto. Se unen temas relacionados a la salud mental con perspectiva de género, principalmente con las masculinidades, esto referido principalmente a zonas rurales, sitios en los que ninguna de las teorías mencionadas (respecto a la salud mental y al género) ha sido estudiada lo suficiente, ni de manera separada o individual, ahora en conjunto es más complicado encontrar bases para poder trabajar en ellas.

CAPÍTULO X. CONCLUSIONES

En este apartado se presentan las conclusiones de la investigación considerando las hipótesis planteadas al inicio. La discusión de las hipótesis particulares, concluirá con el análisis de la hipótesis general.

En relación a la **Hipótesis particular 1**, que a la letra dice:

“Los mandatos patriarcales y los estereotipos de género masculino construyen matrices organizadoras de la subjetividad masculina que provocan rigidez y frustración para afrontar conflictos en el noviazgo y en la familia”.

Esta hipótesis se cumple considerando los datos de la investigación, debido a que:

Las masculinidades patriarcales, se basan en características que violentan no sólo a las mujeres sino también a los hombres. Las ideas exageradas y quizás hasta imposibles de lo que “debe de ser un hombre” han llevado a perpetuar una desigualdad que parece no tener fin en la actualidad, sin embargo, se ha empezado a trabajar con estos temas, generando de inicio una aversión a los mismos, esto debido al desconocimiento de la población en general y desconfianza o miedo de quienes se benefician al mantener las jerarquías patriarcales.

Los hombres atados al ideal varonil patriarcal deben ser, o al menos aparentar ser fuertes. No depender de nadie, proveer sin requerir de ayuda, tener actitudes arriesgadas como el correr riesgos sin importar su bienestar. “Los hombres no lloran”, y bajo negativas como esa, se van formando para aguantar. Llegamos al tema del suicidio. Las cifras no mienten (no tanto) y vemos aún cuando hay huecos estadísticos por miedo a la mirada social, que quienes suelen suicidarse más, son los varones.

Se conecta entonces ese ideal masculino con los aumentos en los números de muertes en hombres por suicidio. Más allá de ser un problema de salud, es un conflicto que compete también al ambiente social, familiar, político y económico en el que se desarrolla una persona, en el que vive un hombre.

Se observa en cada uno de los casos analizados, la forma en que aspectos relacionados a la familia, noviazgo, juicio social, trabajo, expectativas de vida, ideales románticos y también mandatos patriarcales, pueden afectar a los varones rurales llevándolos al suicidio. Esto aunado al sentimiento de imposibilidad de manejo de sus emociones y la poca flexibilidad para ser sensibles que les es impuesta a los seres masculinos, provoca ante ellos la idea errónea de no tener otra “salida” para aliviar su sentir.

En relación a la **Hipótesis particular 2**, que a la letra dice:

“Los factores precursores de riesgo y detonadores relacionados con los eventos de suicidio masculino son aquellos que imposibilitan el cumplimiento de los mandatos patriarcales y por ello, generan la frustración para los varones porque ponen en duda su valía y su masculinidad”.

Se cumple considerando los resultados de la tesis.

Encontramos que en los casos de Javier, Erick y Alejandro, sus malestares estaban muy ligados a la forma en que se relacionaban con sus parejas. Buscaban principalmente mantener el control de ellas y al perderlo (cuando ellas decidían alejar de ellos), no pudieron trabajar con esos duelos.

Por otra parte están las historias familiares de Mauricio y David, hallamos que la figura materna les representaba una profunda tristeza y no poseían las herramientas adecuadas para manejarlo, convirtiendo el asunto en un secreto y tratando de anularlo como un mecanismo de defensa.

En relación a la **Hipótesis particular 3**:

“Los ideales patriarcales promueven el dominio, la superioridad y el control de los varones rurales respecto a las mujeres, pero ante los conflictos en las relaciones de noviazgo y familia estos ideales no se cumplen y ello provoca un daño emocional que puede derivar en alta vulnerabilidad masculina falta de resiliencia derivando en eventos de suicidio”.

Un punto importante que se observó en las informantes, es que existe un gran sentido de culpa y responsabilidad al no poder haber “salvado” o “cambiado” la decisión que los suicidas llevaron a cabo. Sin embargo, no se trata de personas que ignoraron señales de alarma, sino de una población entera que no cuenta con estrategias de cuidado y prevención que les ayuden a identificar situaciones de riesgo. Las poblaciones rurales estudiadas siguen teniendo tendencias muy patriarcales y machistas en las que ninguno de ambos géneros (hombre-mujer) tiene beneficios, al contrario, se genera aislamiento social para las personas que tuvieron una experiencia cercana al perder a un ser querido debido al suicidio.

Uno de los principales temas que tendrían cambios significativos al ser tratados e investigados más, son los del área de la salud mental. Los orígenes de la historia de las enfermedades mentales han puesto la mira en las mujeres “históricas” quienes más allá de un malestar mental, sufrían/sufren de múltiples abusos que dejaban secuelas físicas y sobre todo emocionales y quienes, al hablar de ello fueron y siguieron siendo juzgadas hasta la actualidad. Desde este momento ha sido “cosa de mujeres” el aceptar la ayuda de una persona externa para estar “bien”.

De esta manera se ve totalmente abierta la posibilidad de cambiar el rumbo, de contrario a lo que ha pasado en los últimos años, disminuir la cantidad de muertes en el país y quizás de manera mundial debido al suicidio. Podemos hacerlo al modificar la forma en que los varones han sido educados, cambiar los ideales y suavizarlos, además se tendría la posibilidad de formar relaciones más saludables entre el género femenino y masculino. De no estar manifestados en forma contraria sino complementaria y de ayuda mutua.

Considerando las hipótesis anteriores, analizamos la **Hipótesis general**:

“ Los mandatos patriarcales y los estereotipos de género masculino generan respuestas de suicidio al aumentar la vulnerabilidad y la falta de resiliencia de los varones rurales para el manejo de conflictos en el noviazgo y la familia”.

Esta hipótesis se confirma con cada uno de los ejemplos narrados de primera persona al resaltar cuestiones como las pocas demostraciones de afecto, emociones, mala comunicación y conflictos familiares, son tomados de manera muy distinta por

hombres y por mujeres, siendo los primeros más propensos a reprimir sus pensamientos, temores y dificultades ante los demás, negando la necesidad de ayuda externa y los posibles juicios sociales que pudieran ser realizados hacia ellos.

CAPÍTULO XI. RECOMENDACIONES

1. Recomendaciones para los jóvenes varones rurales.

- ✓ Cuestionar su definición propia y social de lo que se considera ser una persona masculina.
- ✓ Identificar el origen de cada una de esas definiciones.
- ✓ Informarse sobre el suicidio y formas de prevenirlo.
- ✓ Explorar sus sentimientos y pensamientos de manera individual o grupal, con ayuda de un especialista.
- ✓ Invitar a amigos, familiares o conocidos a investigarse a sí mismos y explorar nuevas formas de ser.
- ✓ Conocer las “nuevas masculinidades”.
- ✓ Aceptar y practicar el hecho de ser hombre de formas diferentes y menos desagradables.
- ✓ No categorizar lo “femenino” como algo negativo.
- ✓ Observar las actividades impuestas tanto a hombres como a mujeres en el sitio en donde habitan y cuestionarlas.
- ✓ Cuidar de su salud física y mental.
- ✓ Tener pasatiempos aún cuando se tenga poco tiempo. Buscar actividades para disfrutar.
- ✓ Contar con redes de apoyo a las que puedan acudir en momentos complicados. Estas pueden estar conformadas por amistades, familiares y especialistas de la salud mental).
- ✓ Trabajar para eliminar las adicciones en caso de tenerlas.
- ✓ Conocer y re descubrir la idea del amor romántico, estableciendo relaciones de pareja más saludables y agradables.

2. Recomendaciones para las familias de víctimas de suicidio

- ✓ Reconocer la pérdida como algo real.
- ✓ No negarse a la verdadera causa de muerte de su familiar.
- ✓ Buscar ayuda profesional para trabajar el duelo.

- ✓ Hablar del tema para que deje de ser algo “prohibido” dentro de los núcleos familiares.
- ✓ Informarse acerca del suicidio y la prevención del mismo.

3. Recomendaciones para las parejas de víctimas de suicidio.

- ✓ Referirse a un especialista para sanar el duelo.
- ✓ Tener personas de confianza con las que puedan hablar del tema sin que se sientan incómodas.
- ✓ Tomar sesiones grupales para apoyarse en situaciones similares
- ✓ Informarse acerca del suicidio y sus medidas de prevención.

4. Recomendaciones para amistades de víctimas de suicidio.

- ✓ Hablar sobre el tema en el grupo de amigas y amigos.
- ✓ Acudir con una persona especializada a trabajar el duelo si no ha sido resuelto.
- ✓ Informarse sobre el suicidio y su prevención.

5. Recomendaciones para Especialistas en suicidio.

- ✓ Ampliar la información de manera que pueda ser suficiente siempre.
- ✓ Trabajar con poblaciones marginadas.
- ✓ Crear grupos especializados para varones y para varones **rurales**.
- ✓ Realizar campañas de prevención del suicidio aptas para todas las edades
- ✓ Diseñar contenidos especializados para que cualquier población pueda acceder a estos datos.
- ✓ Contribuir con instituciones especializadas en estadística a nivel nacional.

6. Recomendaciones para instituciones de salud.

- ✓ Tener planes enfocados en salud mental en todos los estados de la república Mexicana, así como en cada uno de sus municipios y localidades.
- ✓ Establecer medidas de prevención del suicidio.

- ✓ Realizar campañas de divulgación de la información sobre salud mental enfocada al suicidio.
- ✓ Ampliar la atención primaria y oportuna de todos y todas las habitantes del país.
- ✓ Evaluar constantemente al personal especializado en salud física, mental y especialistas en suicidio.
- ✓ Formar con perspectiva de género como requisito indispensable a cada uno de sus trabajadores y trabajadoras.
- ✓ Invitar a los varones a cuidarse más de manera individual y personal.

7. Recomendaciones para políticas públicas de salud especializadas en atención de suicidios masculinos y femeninos.

- ✓ Formar con perspectiva de género a cada uno de los y las prestadoras de servicios de salud.
- ✓ Realizar campañas especializadas en salud mental, ofertándolas de manera gratuita y en horarios especiales para la población trabajadora con horarios muy demandantes.

De manera general, buscamos ampliar la mirada académica en torno al suicidio, tomando en cuenta factores clave como las zonas en las que ha sido estudiado y trabajado, el acceso que se tiene a la salud mental y por supuesto, tener la perspectiva de género en cada uno de esos movimientos.

Estudiar cada una de las conductas suicidas, tener mayor oportunidad de trabajar en poblaciones más grandes y con más colaboradores. Poder verificar lo que se ha trabajado en el marco legal y más aún, prestar mucha atención a lo que no se ha dado. ¿Por qué no existe un programa enfocado al suicidio en el Estado de México?

Trabajar con grupos informativos dentro de comunidades que no cuentan con fácil acceso a tecnologías de la información, generar talleres y actividades cuya finalidad sea prevenir el suicidio, identificar señales de alerta en seres queridos, aceptar que la ayuda no hace menos a nadie y que la salud mental es tan importante como la salud física.

CAPÍTULO XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguayo, Francisco, & Nascimento, Marcos. *Dos décadas de Estudios de Hombres y Masculinidades en América Latina: avances y desafíos. Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, (22), (2016), 207-220.
2. Alberti, Pilar. *Género y mujeres rurales mexicanas*. México: Colegio de Postgraduados en Ciencias Agrícolas. (2018).
3. Alberti, Pilar. *Los estudios de género y su crítica al androcentrismo en las Ciencias Sociales. Mujeres: miradas interdisciplinarias*. (2011) (213-236). México: Centro de Estudios de la Antropología de la Mujer.
4. Alberti, Pilar. *Participación de las mujeres en el carnaval de Tepoztlán, México, bajo el microscopio de género, feminismo y turismo. El Periplo Sustentable*. Universidad Autónoma del Estado de México. (2018).
5. Álvarez-Gayou, Jurguenson. *Métodos básicos, Cómo hacer investigación cualitativa*, México: Paidós. 2003, pp. 13-34.
6. Arias, Eliezer and Blanco, Iraida. *Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina, Estudios Sociológicos*, 28 (2010), pp. 185-210.
7. Bando Municipal de Atenco. (2019-2021). Available at: <http://atencoedomex.gob.mx/page?P=27#> (Accessed: November, 10, 2020)
8. Barroso, Alejandro Arnaldo. *Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica*, Universidad Autónoma Metropolitana. México. (2019). pp. 51-66.
9. Bonino, Luis. (2000), en *Nuevas visiones de la masculinidad*. Barcelona:Icaria (en prensa)
10. Bonino, Luis. (2002) Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers feministes*, n.º6.
11. Bonino, Luis. (2003). Los varones ante el problema de la igualdad con las mujeres. En: Carlos Lomas (comp) *¿Todos los hombres son iguales? Identidades masculinas y cambios sociales*. Ed. Paidós Barcelona, pp.1-29.
12. Bourdieu, Pierre. (2000) [1998]. *La dominación masculina*. Ed. Anagrama, S.A. Barcelona, España. pp. 36-48 y 49-59.
13. Brunet Icart, Ignasi (2008). La Perspectiva de Género. Barataria. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (9),15-36.
14. Burga, Rómulo, "Terapia gestáltica". *Revista Latinoamericana de Psicología* 13, no. 1 (1981): 85-96.

15. Carabí, Ángels. (2000). Construyendo nuevas masculinidades: una introducción, en Marta Segarra y Ángels Carabí (eds.), *Nuevas Masculinidades*. 1a. Edición. Icaria Editorial, S.A. Barcelona, España. pp. 15-27.
16. Cobo Bedia, R. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos De Trabajo Social*, 18, 249 - 258. Recuperado a partir de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0505110249A>
17. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2019. Desarrollo Territorial. Available at: <https://www.cepal.org/es/temas/desarrollo-territorial> (Accessed: August 28, 2019)
18. Comisión Mundial del Medio Ambiente y del Desarrollo, 1987. Asamblea General. Available at: http://www.ecominga.uqam.ca/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_LECTURE_1/CMMA-D-Informe-Comision-Brundtland-sobre-Medio-Ambiente-Desarrollo.pdf (Accessed: August 29, 2019)
19. Connell, Raewyn. (2003). *Masculinidades*. Universidad Nacional Autónoma de México – Programa Universitario de Estudios de Género. México
20. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. CEDAW. (1979). Naciones Unidas.
21. Corpas, José Manuel. (2011). Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. Comunidades étnicas amerindias. *Gazeta de Antropología*. Lebrija, Sevilla. pp. 1 – 15.
22. Ferrer P., Victoria. & Bosch F., Esperanza. Del Amor Romántico A La Violencia De Género. Para Una Coeducación Emocional En La Agenda Educativa. *Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, vol. 17, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 105-122. Granada, España.
23. Gamba, Susana. (2008). Feminismo: Historia y Corrientes. *Mujeres en Red. El periódico Feminista*. Pp. 1-8. Available at: <https://www.te.gob.mx/genero/media/pdf/de3d6e5ea68e124.pdf> (Accessed: March 10, 2021)
24. Gobierno del Estado de México, (2010). Secretaría de Mujeres. Available at: <https://semujeres.edomex.gob.mx/uig> Accessed: March, 24, 2021.
25. Gobierno del Estado de México, (2017). Plan de Desarrollo del Estado de México. Available at: <https://copladem.edomex.gob.mx/sites/copladem.edomex.gob.mx/files/files/pdf/Planes%20y%20programas/PDEM%202017-2023%20web.pdf> Accessed: March, 24, 2021.

26. González-Arratia López Fuentes, Norma Ivonne, & Valdez Medina, José Luis. (2013). Resiliencia: Diferencias por edad en hombres y mujeres mexicanos. *Acta de investigación psicológica*, 3(1), 941-955.
27. Herrera Santí, Patricia M, & Avilés Betancourt, Kenya. (2000). Factores familiares de riesgo en el intento suicida. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16(2), 134-137.
28. Imberton-Deneke, Gracia. (2014). Vulnerabilidad Suicida en Localidades Rurales de Chiapas: Una Aproximación Etnográfica. *Limina R. Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII, núm. 2. México, pp. 81 – 96.
29. Informe Anual Sobre La Situación de Pobreza y Rezago Social (2010). Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Secretaría de Desarrollo Social. Available at: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/42643/Mexico_011.pdf (Accessed: 30, Mayo, 2020).
30. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015. Población. Available at: <https://www.inegi.org.mx/temas/estructura/> (Accessed: April 14, 2020)
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2018. Suicidio. Available at: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2018/suicidios2018_Nal.pdf (Accessed: August 29, 2019)
32. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020. Estadísticas A Propósito Del Día Internacional De La Eliminación De La Violencia Contra La Mujer (25 De Noviembre). Available at: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/Violencia2020_Nal.pdf?fbclid=IwAR2hD5mR1ZesgmWv1zCf6Ww1ms_ohgA2ubrA9whsw1jFfMcl-iHKuUyOHbA. Accesed: March 10, 2021.
33. Jiménez, María Lucero (2013) Reflexiones sobre ser proveedor en la crisis económica y del empleo. Impactos desde la perspectiva de Género. En: Ramírez, Juan Carlos y José Carlos Cervantes (coord.), *Los hombres en México. Veredas recorridas y por andar. Una mirada a los estudios de género de los hombres, las masculinidades*. pp. 53-70.
34. Keijzer, Beno y Rodriguez Gabriela. (2002). *Jóvenes Rurales. Género y Generación en un mundo cambiante*. México. Olivarría J (Ed).
35. Lagarde, Marcela. (1996), *Género y Feminismo. Desarrollo humano y democracia*, España. Ed. Horas.
36. Lamas, Marta (2002), “La antropología feminista y la categoría género”, en *Cuerpo, Diferencia Sexual y Género*, Taurus, México.

37. Larraguibel Q., Marcela, González M., Patricia, Martínez N., Vania, & Valenzuela G., Ricardo. (2000). Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 71(3), 183-191.
38. Lerner, Gerda. (1986). *El Origen del Patriarcado*. 1° ed. España
39. Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, 2018. Available at: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf (Accessed: September 4, 2019)
40. López Steinmetz, Lorena Cecilia. (2017). Psychopathological Risk Factors In Suicide Attempts. *Ciencias Psicológicas*, 11(1), 89-100.
41. López-Santiago, Marco Andrés, Hernández-Juárez, Martín y León-Merino, Aurelio. (2017). La marginación y exclusión como posibles factores socioeconómicos de la violencia urbana en el Estado de México. *Papeles de Población*, vol. 23, núm. 91, Universidad Autónoma del Estado de México, México.
42. Martínez G., Ángela B., y Guinsberg B., Enrique, "Investigación cualitativa al estudio del intento de suicidio en jóvenes de Tabasco". *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 27, no. 1 (2009): 32-38. [fecha de Consulta 14 de Julio de 2020]. ISSN: 0120-386X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12027106>
43. Martínez-Salgado. (2011). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3):613-619, 2012.
44. Mejía, Macarena., Sanhueza, Pamela, & González, Jorge. (2011). Factores de riesgo y contexto del suicidio. *Revista Memoriza.com*, 8, 15–25
45. Nizama Valladolid, Martín (2011), "Suicidio." *Revista Peruana de Epidemiología*, Vol. 15, núm.2, pp.81-85
46. Organización Mundial de la Salud, 2011. Trastornos Mentales y Cerebrales Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Available at: https://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf (Accesed: March 2, 2020)
47. Organización Mundial de la Salud, 2018. Suicidio. Available at: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Accessed: August 29, 2019)
48. Pascual Fernández, Alicia. (2016). Sobre el mito del amor romántico. Amores cinematográficos y educación. *DEDiCA. REVISTA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES*, 10 (2016) março, 63-78.
49. Perls, F., & Baumgardner, P. (2006). *Terapia Gestalt*. México, D.F.: Editorial Pax México.
50. Programa Sectorial de Salud 2019 – 2024. Secretaria de Salud. Available at: <https://amepresmexico.org.mx/wp-content/uploads/2019/11/191001-PROSESA-2019-2024.pdf> Accesed: March, 24, 2021.

51. Ramírez, Juan Carlos. (2006) ¿Y eso de la masculinidad?: Apuntes para una discusión, en Careaga, G. y Salvador Cruz (coords.), Debates sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. PUEG/ UNAM. 1a. Edición. México, D.F. pp. 31-210.
52. Robles, Bernardo. (2011). La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. *Cuicuilco*, 18(52), 39-49. Available at: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300004&lng=es&tlng=es. Accessed: August 20, 2021.
53. Rodríguez, Lizeth., 2015. El enfoque de género y el desarrollo rural: ¿necesidad o moda? *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 1 (1, Febrero), pp. 401 – 408
54. Rosado, María de Jesús, García, Francisco, Alvarez, Alfeo, & Rodríguez, Juan Carlos. (2014). El Suicidio Masculino: Una Cuestión De Género. *Prisma Social*, (13) ,433-491. Available at: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3537/353744532013> Accessed: July 14, 2021.
55. Sánchez, Lilian, Gutiérrez, María, Herrera, Nelson., Ballesteros, Magnolia, Izzedin, Romina, & Gómez, Ángeles. (2011). Representaciones sociales del noviazgo, en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 13(1), 79-88. Available at: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000100007&lng=en&tlng=es. Accessed: March 11, 2021.
56. Sánchez-Teruel David, Robles-Bello María Auxiliadora. (2014). Factores Protectores Que Promueven La Resiliencia Ante El Suicidio En Adolescentes Y Jóvenes. *Papeles del Psicólogo*. 35(2): 181-192.
57. Sandoval Casilimas, Carlos A. (2002): Investigación cualitativa, Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES. Bogotá, Colombia
58. Secretaría de Salud, Prensa, 163. Se creará comisión para la atención integral en salud mental y adicciones. (2020). Available at: <https://www.gob.mx/salud/prensa/163-se-creara-comision-para-la-atencion-integral-en-salud-mental-y-adicciones?idiom=es> (Accessed: November 10, 2020).
59. Serret, Estela. (2008). Qué es y para qué es la Perspectiva de Género. *Instituto de la Mujer Oaxaqueña*. Oaxaca, México. Available at: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/PAIMEF/Oaxaca/oax09.pdf>. (Accessed: March 10, 2021)
60. Servicios de Atención Psiquiátrica (2017). *Guía Práctica para la Atención del Paciente con Conducta Suicida en Hospitales Generales*.
61. Sistema de indicadores de Género. Atenco – México. Available at: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/fichas.php?pag=2> (Accessed: March, 24, 2021)

62. Sistema de Indicadores de Género. Conjunto de indicadores de género definidos por ONU. Available at: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/pyc.php?IDPrograma=6> (Accesed: March, 24, 2021).
63. Sistema de Indicadores de Género. Metas del Milenio. Available at: <http://estadistica.inmujeres.gob.mx/formas/pyc.php?IDPrograma=5> Accesed: March, 24, 2021.
64. Stange Espínola, I., & Lecona Pintado, O. (2014). CONCEPTOS BÁSICOS DE PSICOTERAPIA GESTALT. Eureka, 2.
65. Tuesca M. Rafael, Navarro L., Edgar. Factores de riesgo asociado al suicidio e intento de suicidio. Rev Salud Uninorte Barranquilla. 2003; 17: 19-28.
66. UNICEF (2017). Comunicación, Infancia Y Adolescencia. Guía Para Periodistas. Perspectiva de género. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*. Available at: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/COM-1_PerspectivaGenero_WEB.pdf (Accessed: March 10, 2021).
67. Valdez-Santiago R, Marín-Mendoza E, Torres-Falcón M. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. Salud Pública Mex. 63(4):554-6. Available at: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/12310> (Accesed: August, 24, 2021).
68. Villalobos-Galvis, Fredy Hernán. (2010). Validez y fiabilidad del Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa-PANSI, en estudiantes colombianos. Universitas Psychologica, 9 (2), 509-520.
69. Villegas, Manuel Andrés Mosquera. (2008). De la Etnografía antropológica a la Etnografía Virtual. Estudio de las relaciones sociales mediadas por Internet. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, vol. 18, no 53, p. 532-549.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de consentimiento informado

Colegio de Postgraduados Campus Montecillo
Suicidio y Masculinidades

Nombre:

Edad

Sexo:

Hombre ()

Mujer ()

:

Ocupación

Fecha:

:

Teléfono:

Correo
electrónico:

Por medio de la presente expreso mi consentimiento para participar en el proyecto titulado “VIOLENCIA DE GÉNERO, MASCULINIDADES Y SUICIDIO DE VARONES RURALES EN EL MUNICIPIO DE SAN SALVADOR ATENCO, ESTADO DE MÉXICO” del Colegio de Postgraduados, Campus Montecillo.

En particular, este estudio tiene por objetivo analizar la influencia de los mandatos de género que propone el patriarcado, la forma en que éstos afectan en las relaciones interpersonales de jóvenes rurales habitantes de comunidades de San Salvador Atenco y las muertes por suicidio registradas en los últimos años. Esta investigación es de vital importancia para sembrar las bases de un trabajo local y quizás estatal en materia de prevención de las conductas suicidas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en ser parte de una entrevista que brindará información sobre el suicidio como experiencia cercana a mi persona y que tengo la decisión de responder o no si llegara a sentirme incomoda o incómodo.

Declaro que se me ha informado sobre los motivos de la investigación, su importancia y el alcance de ésta.

La investigadora responsable se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo en la investigación. Además, se me ha proporcionado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven del estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que obtenga durante el estudio.

Nombre y firma del participante

Licda. Itzel Enid López Rivera
Alumna Maestría PSEI-Desarrollo Rural
Colegio de Postgraduados
Campus Montecillo
enidlps0307@hotmail.com

Anexo 2. Guión de Evaluación Rural Participativa

Guión de Evaluación Rural Participativa

Objetivo: conocer la percepción que se tiene del suicidio en los habitantes del municipio de San Salvador Atenco, así como la idea que tienen acerca de la salud mental.

Temáticas:

- Salud mental
- Suicidio

Datos del Participante Potencial

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Teléfono:

Comunidad:

Estado civil:

Herramienta a utilizar: Entrevista

Guión de entrevista

1. ¿Usted sabe lo que es la salud mental? Podría definirla con sus palabras
2. ¿Cree que es importante la salud mental? ¿Por qué?
3. ¿Cómo cree que podría cuidar de su salud mental?
4. Dentro de su comunidad, ¿existen lugares a los que pueda acudir para cuidar su salud mental? Mencione alguno en caso de conocerlo
5. ¿Usted considera que actualmente cuida de su salud mental? ¿Cómo lo hace?
6. ¿Sabe lo que es el suicidio?

7. ¿Conoce algún caso de suicidio dentro de su comunidad?
8. ¿Cree que la salud mental puede ayudar a cuidarnos también del suicidio?

Anexo 3. Guión de Aplicación de la Etnografía Virtual Participativa

Objetivo: recolectar información por medio de entrevistas a cada uno de los participantes señalados como “unidad de análisis”

Justificación: posible realización de entrevistas por medio de medios de redes sociales (Zoom, Skype, entre otras)

Datos del Participante

Nombre:

Edad:

Ocupación:

Teléfono:

Comunidad:

Estado civil:

Herramienta a utilizar: Entrevistas

Guión de Aplicación de la Etnografía Virtual Participativa

1. Verificar el color del semáforo por la pandemia de Covid-19 en el estado de la República Mexicana que se va a trabajar
2. De no ser posible la interacción directa con las y los participantes esperados elegir los medios de comunicación para utilizar en la posible entrevista virtual
3. Contactar vía telefónica o por correo electrónico a la o el participante
4. Invitar a él o la participante a ser parte de nuestra unidad de análisis
5. De aceptar los y las participantes, hacerles llegar por correo electrónico la “Carta de Consentimiento informado” y pedirles a los informantes que den lectura de la misma y de estar de acuerdo, la firmen para finalmente enviarnos la carta de vuelta por correo electrónico.
6. Agendar cita para la entrevista virtual, especificando hora, día y que el lugar en donde se desarrolle la entrevista cuente con adecuadas condiciones para escuchar y ver en todo momento a la persona

7. Solicitar a las y los entrevistados la opción de grabar la entrevista con fines únicamente académicos y como respaldo de la información
8. Realizar las preguntas de cada “Guía de entrevista” diseñada acorde a los participantes
9. Agradecer al participante por su atención y colaboración en la entrevista
10. Finalizar la video llamada
11. Hacer una recopilación de los datos más importantes recabados en la entrevista

Anexo 4. Guía de entrevista para familiares (prima / hermano)

Condiciones y requisitos para realizar las entrevistas:

- Lugar silencioso sin distracciones
- Entrevista con una persona a la vez, es decir sólo estar la entrevistadora y entrevistada (o) en el momento de la aplicación
- Tiempo estimado de duración de 20 a 30 minutos por cada entrevista

Introducción: Se realiza esta entrevista con la finalidad de recabar datos relacionados con el tema del suicidio, mismos que serán usados con fines académicos dedicados únicamente a la investigación, esto para su uso posterior como prevención de muertes por suicidio.

- PRIMA / HERMANO

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre

Relación de parentesco:

Edad

Sexo: Hombre ()

Mujer ()

Ocupación:

Fecha:

Teléfono:

Religión:

Las preguntas que a continuación haré podrán parecer un poco duras debido al tema tan complejo y difícil que es el suicidio. Por favor, en caso de no sentirse cómodo o cómoda hágamelo saber y pasaremos a la siguiente pregunta o detendremos la sesión.

***Antecedentes**

- ❖ ¿En algún momento escuchó usted hablar de alguien que no conociera directamente pero que hubiera muerto por suicidio?
- ❖ ¿Qué pensaba usted acerca de esa persona?

- ❖ En tu familia o alguna persona cercana a ti, ¿ha intentado quitarse la vida?
- ❖ ¿Has presenciado una pérdida por suicidio en tu familia? ¿Podrías hablarme de ese evento?
- ❖ ¿Tú en algún momento has pensado quitarte la vida? ¿Por qué?

*Factores de vulnerabilidad

Hablando del familiar que se quitó la vida:

- ❖ ¿Cómo era la dinámica en tu familia cuando eras niñ@?
- ❖ ¿Cómo es la dinámica de tu familia actualmente?
- ❖ ¿Existen o existían conflictos dentro de tu familia?
- ❖ ¿Esa persona manifestó en algún momento estar muy preocupad@ o tener problemas que no pudiera manejar?
- ❖ ¿Tenía reacciones impulsivas?
- ❖ ¿Tenía problemas para dormir / comer?
- ❖ ¿Él fue diagnosticado alguna vez con depresión o ansiedad?
- ❖ ¿Estuvo en tratamiento por alguna enfermedad grave?
- ❖ ¿Tienes conocimiento de si abusaba del alcohol o consumía alguna droga?
- ❖ ¿En algún momento estuvo involucrado en una pelea y/o fue llevado con la policía?
- ❖ ¿Esta persona llegó a tener alguna actividad o situación en la que estuviera en riesgo o pusiera en peligro su vida?

- ❖ ¿Conoció a alguna persona que se haya suicidado?
- ❖ ¿Tuvo una ruptura amorosa?
- ❖ ¿Peleó con alguien especial para él de forma reciente?
- ❖ ¿Perdió algún ser cercano?
- ❖ ¿Tuvo antes otros intentos de suicidarse?

***Sobre el suceso**

- ❖ ¿En algún momento le mencionó sus planes de quitarse la vida? ¿Deseos de dejar de existir?
- ❖ Previo al suicidio, hizo cartas o dejó alguna nota despidiéndose de sus seres queridos
- ❖ ¿Sabe cuál fue la razón por la que se suicidó?
- ❖ ¿Cómo se suicidó?
- ❖ ¿Hace cuánto pasó?
- ❖ ¿De qué manera manejó el suceso? ¿A qué autoridades acudió? ¿Quién declaró la causa de muerte?
- ❖ ¿Tomó alguna clase de ayuda para salir de esta situación y superarla?
- ❖ ¿Qué piensa sobre la decisión que tomó?
- ❖ Describa a la persona fallecida mencionando: lugar en la familia, obligaciones en casa, posibles causas de su suicidio, emociones que manifestaba con mayor frecuencia

***Factores de protección**

- ❖ ¿Consideraba a su familia como un apoyo?
- ❖ ¿Tenía amigos?
- ❖ ¿Salía a divertirse?
- ❖ ¿Cuáles eran sus pasatiempos?
- ❖ ¿Cuál era su trabajo? ¿Se consideraba bueno en lo que hacía?
- ❖ ¿A quién acudía en momentos difíciles?
- ❖ ¿Tenía planes / esperanzas / sueños en el futuro?
- ❖ ¿Se mostraba feliz en su vida cotidiana?
- ❖ ¿Formaba parte de algún grupo u organización?
- ❖ ¿Qué pasaba si estaba enojado o frustrado? ¿Contaba con alguna actividad para desahogarse?

Anexo 5. Guía de Entrevista para Amistades

Introducción: Se realiza esta entrevista con la finalidad de recabar datos relacionados con el tema del suicidio, mismos que serán usados con fines académicos dedicados únicamente a la investigación, esto para su uso posterior como prevención de muertes por suicidio.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre

Edad

Sexo: Hombre ()

Mujer ()

Ocupación:

Fecha:

Teléfono:

Religión:

Las preguntas que a continuación haré podrán parecer un poco duras debido al tema tan complejo y difícil que es el suicidio. Por favor, en caso de no sentirse cómodo o cómoda hágamelo saber y pasaremos a la siguiente pregunta o detendremos la sesión.

***Antecedentes**

- ❖ ¿En algún momento escuchaste hablar de alguien que no conocieras directamente pero que hubiera muerto por suicidio?
- ❖ ¿Qué pensabas acerca de esa persona?
- ❖ En tu familia, grupo de amigos, trabajo o alguna persona cercana a ti, ¿se ha suicidado? nombre
- ❖ ¿Cómo fue que te enteraste de esta situación?
- ❖ ¿Qué hicieron al respecto?

- ❖ ¿Tú en algún momento has pensado quitarte la vida?
- ❖ ¿Podrías hablarme de la pérdida de tu amig@ por suicidio?

*Factores de vulnerabilidad

Hablando de tu amigo:

- ❖ ¿Sabes algo la relación que tenía con su familia y pareja?
- ❖ ¿Cómo era la dinámica que tenían entre ustedes y su grupo de amigos?
- ❖ Mejor amigo / amiga
- ❖ ¿Existían conflictos dentro de este grupo?
- ❖ ¿Te contó en algún momento si tenía problemas con ustedes o con alguien más?
- ❖ ¿Tenía problemas para asistir a reuniones con ustedes o se veían de manera regular?
- ❖ ¿Tienes conocimiento de si abusaba del alcohol o consumía alguna droga?
- ❖ ¿En algún momento estuvo involucrado en una pelea con ustedes o con alguien que no conocieras y si fue llevado con la policía?
- ❖ ¿Esta persona llegó a tener alguna actividad o situación en la que estuviera en riesgo o pusiera en peligro su vida?
- ❖ ¿Tenía acceso a armas de cualquier tipo?
- ❖ ¿Sabes si tuvo una ruptura amorosa o pelea grave con su pareja?
- ❖ ¿Sabes si perdió algún ser cercano?

- ❖ ¿Padecía alguna enfermedad que le causara angustia o preocupación?
- ❖ ¿Te contó si antes tuvo otros planes o intentos de suicidarse?

***Sobre el suceso**

- ❖ ¿En algún momento le mencionó sus planes de matarse?
- ❖ Previo al suicidio, ¿hizo cartas o dejó alguna nota despidiéndose de ti o algún otro conocido?
- ❖ ¿Sabes cuál fue la razón por la que se suicidó?
- ❖ ¿Hace cuánto pasó?
- ❖ ¿Cómo tomaste la noticia de su muerte por suicidio? ¿Cómo te sentiste ante el suceso?
- ❖ ¿Qué piensa sobre lo que hizo?
- ❖ ¿Cómo se suicidó?

***Factores de protección**

- ❖ ¿Él consideraba a su grupo de amigos como un apoyo?
- ❖ ¿Tenía muchos amigos (as) además de ti?
- ❖ ¿Salían juntos a divertirse? ¿Cuáles eran sus pasatiempos?
- ❖ ¿Cuál era su trabajo? ¿Sabes si se consideraba bueno en lo que hacía?
- ❖ ¿Llegó a acudir a ti en momentos de crisis?
- ❖ ¿Tenía planes / esperanzas / sueños en el futuro que te llegara a contar o en los que tú estuvieras involucrad@?

- ❖ ¿Se mostraba feliz en su vida cotidiana?
- ❖ ¿Formaban parte de algún equipo deportivo o grupo cultural?
- ❖ ¿Qué pasaba si estaba enojado o frustrado? ¿Contaba con alguna actividad para desahogarse?

Conclusión

- ❖ Describa a la persona fallecida y lo que significaba para ti

Agradecimiento

Anexo 6. Personal especializado en Suicidio

Introducción: Se realiza esta entrevista con la finalidad de recabar datos relacionados con el tema del suicidio, mismos que serán usados con fines académicos dedicados únicamente a la investigación, esto para su uso posterior como prevención de muertes por suicidio.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre

Relación de parentesco:

Edad

Sexo: Hombre ()

Mujer ()

Ocupación:

Fecha:

Teléfono:

Religión:

***Estudios profesionales y trabajo actual**

- ❖ Actualmente, ¿a qué te dedicas?
- ❖ ¿Tomaste estudios de especialización en el área de suicidio?
- ❖ ¿Desde cuándo trabajas con el tema del suicidio?
- ❖ ¿Cuántos años de experiencia en el área clínica llevas?
- ❖ ¿Por qué decidiste trabajar con suicidio?

***Factores de vulnerabilidad observados en los casos**

- ❖ ¿Considera que las masculinidades tradicionales son un factor de riesgo para los jóvenes?

- ❖ ¿Considera que la educación que reciben los varones sobre correr riesgos, demostrar que son más fuertes que los demás, que pueden beber más que los demás, etc. son factores de riesgos de suicidio y accidentes mortales?

Dinámica familiar de quien se quitó la vida o lo ha intentado:

- ❖ ¿Cuáles son las características más relevantes de las familias de suicidas que podrían poner en vulnerabilidad a algún integrante de la misma?
- ❖ ¿Los suicidas o posibles suicidas presentan repeticiones de patrones de generaciones anteriores? ¿Cuáles?
- ❖ ¿Qué conflictos dentro de su familia podrían apresurar o desencadenar la decisión de quitarse la vida en una persona vulnerable a ello?
- ❖ ¿Es difícil identificar a un suicida potencial? ¿Por qué?
- ❖ ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes que se pueden observar en una persona que planea quitarse la vida?
- ❖ ¿Qué tipo de tratamiento se puede dar a una persona que ha pensado en suicidarse?
- ❖ ¿Qué tipo de tratamiento se puede dar a una persona que ha intentado suicidarse?
- ❖ ¿Se debe tratar de manera individual? ¿Por qué?
- ❖ ¿Se recomienda el tratamiento a la familia y/o pareja de la o él paciente?
- ❖ ¿El suicidio deriva de la depresión, ansiedad o algún otro trastorno?
- ❖ ¿Cuánto tiempo debe estar en tratamiento una persona que manifiesta sintomatología suicida?
- ❖ ¿Se debe medicar a un posible suicida?
- ❖ ¿Existe relación entre el consumo de drogas y el suicidio?

- ❖ ¿Existe relación entre el suicidio y la forma en qué se relaciona un posible suicida con sus pares, figuras de autoridad o sociedad en general?
- ❖ ¿La presencia de una experiencia traumática en la vida del suicida o posible suicida es un factor desencadenante de la decisión de quitarse la vida o atentar contra ella?
- ❖ ¿Cuáles son las principales causas del suicidio que ha observado dentro de su experiencia profesional?
- ❖ ¿Cuáles son los métodos de suicidio más utilizados tanto en varones como en mujeres de acuerdo a su experiencia con el trabajo en este tema? ¿Difieren entre ellos? De ser así, ¿a qué cree que se deba?
- ❖ ¿Los intentos suicidas siempre tienen como propósito quitarse la vida? ¿Hay alguna otra razón por la que trazan planes o fallan en los intentos?
- ❖ ¿Podría decirme la diferencia entre ideación suicida, intento suicida, autolesiones y suicidio?

***Sobre el suceso**

- ❖ ¿Cuáles son las formas en qué usted puede identificar la causa del suicidio de una persona?
- ❖ ¿Cuánto tiempo pasa normalmente entre trazar un plan, intentar suicidarse o llegar a cometer el suicidio?
- ❖ ¿Qué tan importante es analizar las formas en que se suicidan las personas? Remarcando diferencias por ejemplo entre edades, sexo, escolaridad, religión, nivel socioeconómico
- ❖ ¿Existen rituales previos al suicidio que usted haya observado dentro de sus casos / experiencia profesional con el tema?
- ❖ ¿Quiénes suelen ser las personas que conocen las causas de suicidio de sus seres queridos? (hermanos o hermanas / pareja / padres / amigos)

- ❖ ¿Cuándo los familiares, amigos o conocidos de la persona que se suicidó llegan a usted, cuánto tiempo ha transcurrido para solicitar apoyo?
- ❖ ¿En qué momento se debe recurrir a ayuda o apoyo psicológico para evitar el suicidio?
- ❖ ¿De qué manera se debe manejar el suceso? ¿A qué autoridades se debe acudir?
- ❖ Si pudiera describir el perfil de un potencial suicida y de una potencial suicida, ¿cómo sería?

***Factores de protección / a manera de prevención**

- ❖ ¿Considera que una educación diferente de las masculinidades disminuiría los casos de suicidios?
- ❖ ¿Cuál considera que es la medida más eficaz para prevenir el suicidio en la población varonil joven?
- ❖ ¿Podría decirme algunos factores de protección que ayudan a las personas con ideas suicidas a evitar su muerte?
- ❖ ¿Qué tan probable es que algún familiar de un suicida repita esa conducta?
- ❖ ¿Cómo podría prevenir el suicidio dentro de una familia con antecedentes suicidas?
- ❖ En la actualidad, bajo la forma de vida que hemos adoptado debido al confinamiento por la pandemia de la Covid-19, ¿Los casos han aumentado? ¿Han disminuido? ¿Cómo sobrellevar una pérdida así sin tener las mismas posibilidades que se tenían previo a la pandemia?

Anexo 7. Guía de Entrevista para psicoterapeuta sistémica

Introducción: Se realiza esta entrevista con la finalidad de recabar datos relacionados con el tema del suicidio, mismos que serán usados con fines académicos dedicados únicamente a la investigación, esto para su uso posterior como prevención de muertes por suicidio.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre

Relación de parentesco:

Edad

Sexo: Hombre ()

Mujer ()

Ocupación:

Fecha:

Teléfono:

Religión:

***Trabajo actual**

- ❖ ¿En dónde trabajas actualmente?
- ❖ ¿Existe un área especializada en suicidio?
- ❖ ¿Estás especializada en dicha área?
- ❖ ¿Cuántos años de experiencia tiene en este tema?
- ❖ ¿Has notado más suicidios en alguna zona del país según tus conocimientos sobre el tema?
- ❖ ¿Hay más suicidios en zonas rurales o urbanas? ¿Por qué?
- ❖ ¿Qué tipo de personas se suicidan más? (perfil)

***Factores observados en los casos**

- ❖ ¿Cuáles son las características de los cuatro niveles (contextos) de suicidas que se presentan con mayor frecuencia? *Mesosistema – Exosistema – Microsistema – Macrosistema*
- ❖ ¿Existen conflictos dentro de la familia que podrían apresurar, desencadenar o ser factores de riesgo volviendo a una persona vulnerable ante el suicidio?
- ❖ ¿Quiénes son los familiares que generalmente dan aviso del suicidio de una persona?
- ❖ ¿Existe un procedimiento especial para tratar a familiares y amistades de víctimas de suicidio?
- ❖ ¿Se lleva un registro formal de los suicidios ocurridos en el área de psicología clínica?
- ❖ ¿Cómo puedo acceder a esos datos?
- ❖ ¿Cuál es la finalidad de llevar un registro?
- ❖ ¿Cuáles son las principales causas del suicidio que ha observado dentro de su experiencia profesional?
- ❖ ¿Cuáles son los métodos de suicidio más utilizados tanto en varones como en mujeres de acuerdo a su experiencia con el trabajo en este tema? ¿Difieren entre ellos? De ser así, ¿a qué cree que se deba?

***Sobre el suceso**

- ❖ ¿Todos los casos de suicidio son revisados para verificarlos como tal?
- ❖ ¿Cuáles son las formas en qué usted puede identificar la causa del suicidio de una persona?

- ❖ ¿Qué tan importante es analizar las formas en que se suicidan las personas?
- ❖ ¿Quiénes suelen ser las personas que conocen las causas de suicidio de sus seres queridos? (hermanos o hermanas / pareja / padres / amigos)
- ❖ ¿Usted como terapeuta sistémica tienen un protocolo de atención a familiares de personas que se suicidaron?
- ❖ ¿De qué manera se debe manejar el suceso? ¿A qué autoridades se debe acudir de manera inicial y cómo finaliza el mismo?
- ❖ ¿Observa un perfil común del hombre suicida? ¿Qué factores percibe como de mayor riesgo en ellos?

***Factores de protección / a manera de prevención**

- ❖ ¿Cuál considera que es la medida más eficaz para prevenir el suicidio en la población juvenil varonil en general?
- ❖ ¿Ha trabajado en grupos de potenciales suicidas?
- ❖ ¿La prevención en qué población considera que debe de trabajarse mayormente?
- ❖ ¿Se puede trabajar con prevención del suicidio con poblaciones de edades tempranas?
- ❖ Considerando la vida actual en la que nos encontramos, ¿ha tenido algún cambio en cuanto a la demanda de sus servicios relacionándose a temas de conductas suicidas?
- ❖ FINALMENTE- ¿usted considera que la masculinidad hegemónica, es decir roles y estereotipos patriarcales, tienen relación con el número de varones que se suicidan a comparación del de mujeres?