

Mujeres y Suicidio

Florencia L. Denmark
Ronna M. Kabalzneck

Traducción: María del Carmen Conroy

INTRODUCCION

Emile Durkheim en su clásico trabajo del "SUICIDIO" adelantó la noción de que los factores sociales influyen en la incidencia y predominio del suicidio. Estudios previos se habían centrado sobre factores biológicos o cósmicos, pero Durkheim fue el primero en correlacionar los índices o tasas de suicidio con ciertos fenómenos sociales como son la estructura familiar, grupos políticos y económicos, así como filiación religiosa.

El autor sugiere que debe haber una relación entre el número de suicidios suscitados en una comunidad determinada, y el grado como se integran los individuos dentro de su estructura social. Si uno quisiera comprender y ponderar las condiciones que determinan las tasas de suicidio, tendría que conducirse a través de un examen de las características de la estructura social. En los resultados sobre mujeres, el autor creyó íntimamente que la mayor elasticidad o equilibrio económico reducirían eventualmente los índices de suicidio.

El propósito de este trabajo es examinar la relación entre la conducta de suicidios de mujeres y algunas de las fuerzas sociales que Durkheim juzgó como influyentes.

INFLUENCIAS MEDIOAMBIENTALES Y DESARROLLO FEMENINO

Las mujeres que se suicidan son la tercera parte de la proporción asignada a los varones; pero las mujeres intentan suicidarse con una frecuencia tres veces mayor que la de los hombres.²⁻⁴

En todo caso, la cuestión estriba en saber si hay algo inherente al desarrollo femenino colectivo y a las experiencias de socialización en las mujeres, que contribuya a este modelo de conducta. Las investigaciones han aportado datos acerca de las respuestas del aprendizaje en niños y niñas, que asimilan en base a su género o sexo.⁵ Un ejemplo: al nacer las bebés son arropadas con mantillas y sarapes rosas, en tanto que los bebés son envueltos en mantillas azules, aunque esta práctica ha ido cambiando con los años. El posterior estilo de vestir se ha visto afectado de forma semejante, por la supuesta constante de que el hombre requiere de un vestuario más solemne que los atavíos femeninos. De hecho, las expectativas de conducta estereotipada para con los hijos varones, se inician con frecuencia en el período prenatal, en el entendido de que el sexo del feto activo frecuentemente es supuesto como de varón, y se descarta la posibilidad de feto femenino.⁶

Las madres, por lo general, acarician y hablan con más frecuencia con sus bebitas y consecuentemente se muestran más tolerantes ante los períodos de separación de sus niños hombres. Las guarderías reciben mayor demanda para cuidar niñitos y brindan más beneficios a los varones que a las niñas; lo cual

sugeriría que las madres están más deseosas de liberarse de sus niños que de sus hijitas,⁷ o bien, que las madres resultan menos capaces o están más angustiadas cuando tienen que tolerar el alto índice de actividad que caracteriza a los niños.

Los modelos de pasividad y dependencia emocional hacia la niña son establecidos y reforzados a través de los años escolares. Chesler,⁸ reporta que los niños agresivos, destructivos y altamente competitivos, son enviados con más frecuencia a la supervisión de un consejero o psicólogo, en tanto que las niñas son tratadas por problemas de personalidad tales como timidez, sentimientos de inferioridad y temores excesivos. Otra evidencia apunta que tanto los infantes como los adultos que se desvían de la norma tradicional del rol sexual (esto es, que se comportan de forma asociada o semejante al comportamiento propio del sexo opuesto), son considerados con más frecuencia emocionalmente enfermos, que aquellos que se conducen de maneras convencionales.⁹⁻¹⁰

Hasta aquí, el proceso de socialización ofrece una serie de recompensas y castigos específicos, tanto para niños como para niñas en lo que se refiere a la conformidad o desviación de las normas del rol sexual.

Denmark⁵ describió al proceso femenino de socialización como aquel que apoya el concepto de auto-confianza o superioridad. Desde el momento en que a las mujeres, por tradición, se les desanima para que desarrollen su sentido de competencia, ante hechos o circunstancias que por lo general resultan muy deseables desde una perspectiva social, es muy probable que la autoestima femenina empiece a ser menor que la autoestima masculina.

Mientras que en los varones la conducta inquisitiva y agresiva es reforzada y alimentada, la actitud pasiva y obediente proporcionaría recompensas semejantes para las mujeres.

Aun en los juegos, a los niños se les motiva para participar en juegos y deportes competitivos; en tanto que, con frecuencia, a las niñas se les orienta hacia juegos con muñecas y otra clase de actividades sedentarias o domésticas.

Deux y Emswiller¹¹ reportan que tanto hombres como mujeres atribuyen a causas diferentes sus exigencias de éxito o fracaso. Cuando alguna mujer tiene éxito en alguna tarea, se inclina más que el hombre a atribuir ese éxito a la suerte, al absoluto o bien a hechos fortuitos.

Por otro lado, es más probable que los hombres concedan la razón de su éxito a cualidades internas, tales como pericia o perseverancia.

En las mujeres, el fracaso se asume o internaliza como defecto personal, en tanto que en los hombres se interpreta o externaliza como resultados de una situación injusta o debida a la calamidad.

Hasta en el aspecto lingüístico, las mujeres tienden a hacer uso de un discurso pasivo que bien podría ser proyección de su internalización indefensa. Frases de etiqueta o cliché como: "—Es un día hermoso, ¿o nó?"; "—La película estuvo



fabulosa, ¿no lo crees así?"; y declaraciones no-aseverativas como: "Comida a las seis", caracterizan los modelos de conversación femeninos más que los masculinos.¹²

Así, parece ser que las mujeres dependen frecuentemente de las respuestas de los otros para verificar su propia experiencia satisfactoria o de competencia.

Dado el caso de que las mujeres y los hombres son tratados de manera tan diferente durante su desarrollo, ¿por qué no considerar razonable el suponer que elijan métodos diferentes para suicidarse?

CARACTERÍSTICAS ESPECIALES DEL SUICIDIO EN MUJERES

Las mujeres utilizan métodos menos peligrosos para suicidarse y por tal, tienen mejores oportunidades de sobrevivir a esta experiencia. Los métodos violentos tales como: ahorcarse, usar arma de fuego, explosivos o instrumentos punzocortantes, son utilizados con más frecuencia por hombres que por mujeres.

En cambio, envenenarse, cortarse las muñecas o ingerir sobredosis de fármacos, son los métodos característicos utilizados con más frecuencia por las mujeres.

Sin embargo, aun cuando se utilice el mismo método para darse muerte, surgen las diferencias sexuales.

Lester¹³ reportó que un mayor número de hombres se dan el balazo en la cabeza, en tanto que las mujeres dirigen el arma a su cuerpo.

Han surgido diversas explicaciones para explicar tales diferencias:

Primera: Parece ser que los métodos de suicidio también dependen en parte de la disponibilidad, y/o aceptación del contexto cultural.

En Gran Bretaña, por ejemplo, es ilegal la posesión de armas de fuego si no se cuenta con permiso, por lo que los suicidios con pistolas resultan poco frecuentes.

En contraste, en los Estados Unidos, los suicidios por bala resultan ser muy usuales, debido a que las restricciones hacia las armas de fuego o bien no existen, o se pasan por alto.

Debido al hecho de que, por lo general, resulta menos castigada la posesión de armas de fuego en mujeres, sería interesante investigar por qué las mujeres rara vez utilizan pistolas para suicidarse.

De manera similar, el aumento de la violencia en nuestras sociedades, se ha promovido como un exclusivo privilegio masculino.

Segunda: El atractivo físico tiene un significado mucho mayor para las mujeres que para los hombres.

La mayoría de las sociedades conceden manifiesta consideración a la belleza física de la mujer. El atractivo masculino depende más bien de la pericia o fuerza física, que de la mera apariencia estética.

Por lo general, las personas físicamente atractivas son más exitosas; así, las mujeres físicamente atractivas son más felices, mejor adaptadas y cuentan con un autoconcepto más positivo que las mujeres sin atractivo físico.¹⁴

Debido al enorme énfasis que se otorga a los atributos físicos de la mujer, resulta verosímil el considerar que las mujeres se preocupen con ansia sobre cómo lucirán cuando estén muertas. De hecho, de una manera significativamente más alta que los hombres, las mujeres tienen miedo de lo que ocurrirá a sus cuerpos una vez que sobrevenga la muerte.

Por consiguiente, parece que las mujeres prefieren los métodos para suicidarse que garanticen, aún en la muerte, la preservación de las normas del atractivo físico.

Tercera: Aparentemente, las mujeres suelen seleccionar métodos menos letales para suicidarse debido a que no están muy seguras acerca de si quieren realmente morir.

El hecho de que los medios sean menos violentos o inmediatos, significaría el modo de ganar tiempo para que las que intentan matarse puedan acudir a emergencias o bien ser rescatadas. Más aún, Lester¹⁶ encontró que muchos más varones que mujeres logran suicidarse en menos intentos.

Para ejemplificar, Lester¹³ reportó que actualmente pocas mujeres mueren en el intento por adelantar su muerte. La razón está en que las mujeres utilizan medios menos mortales, aunque realizan tentativas suicidas con mucha más frecuencia, lo cual podría conducir hacia la errónea conclusión de que sus actitudes no deben ser tomadas en serio. De cualquier modo, la mayoría de los expertos¹⁷ afirman que quienes intentan suicidarse, deben tratarse con mucha seriedad.

Si alguien, hombre o mujer, intenta suicidarse una vez y falla, se corre el riesgo de que lo intente de nuevo y en la ocasión subsecuente sí obtenga resultados.

Evidencias en la investigación demuestran que los suicidios definitivos se perciben más como "masculinos" que las meras tentativas suicidas.

Adicionalmente, cuando se investigan las predicciones sobre qué tipo de personas son las más propensas a suicidarse, se deduce que las mujeres, tradicionalmente caracterizadas como femeninas por su emotividad y pasividad, tienen aproximada-

mente tres veces menos probabilidades de suicidarse que los hombres, con características masculinas convencionales tales como agresividad y autorepresión.¹⁸

Dicho de otra forma, los hombres se conducen hacia la exitosa culminación de sus intentos suicidas en el empeño por probar su masculinidad. Por otra parte, las mujeres pueden ser menos susceptibles al estigma social que sigue a quienes intentan suicidarse sin empeñarse por tener éxito, debido a que tienen miedo de que se les considere menos femeninas y a que están más acostumbradas al concepto del fracaso.

INTENTOS DE MANIPULACION

Uno de los más frecuentes estereotipos que se atribuyen a la conducta femenina, es el que afirma que las mujeres manipulan a las otras personas de una manera característica, como medio para ganar su atención y obtener poder. De hecho, una de las escasas maneras en que las mujeres han sido capaces de ejercer influencia, ha sido a través de mecanismos indirectos.¹⁹

Muchas mujeres que intentan utilizar técnicas más rigurosas y directas, ocupan un buen estatus que repercute en su sufrimiento con negativas consecuencias.

Stengel²⁰ dice que las mujeres que se inclinan hacia la conducta suicida —como forma de manipulación—, no han tenido otros medios a su alcance para poder ejercer su influencia sobre los demás.

Chesler⁸ también concluyó que una elevada proporción entre las mujeres con intentos suicidas tienen escasa defensa que les impide intentar cambiar su mismo entorno. Afirma que, “al igual que las lágrimas femeninas, las tentativas suicidas en las mujeres constituyen un acto de resignación y desamparo con el que procuran obtener recompensas secundarias o un efímero alivio”.

De cualquier manera, no se han encontrado diferencias sexuales cuando se determinan los motivos o causas en las notas suicidas.²¹

De igual manera, no se encontraron diferencias significativas respecto de hasta qué grado mujeres y hombres comunican sus intentos de salir al encuentro de la muerte antes de que ésta les dé alcance.

Más aún, las hipótesis respecto de las tentativas manipuladoras parecen ser sobreestablecidas y sin fundamento.

ROMANTIZACION Y EROTIZACION DE LA MUERTE

Nuestra cultura está saturada de imágenes sugerentes que muestran al suicidio como forma heroica y romántica de morir. En su edición sobre mujeres, McClelland²² anota que con frecuencia Muerte y Sexualidad están particularmente vinculadas entre sí y lo define como “Complejo de Arlequín”, porque representa al personaje que a la vez es amante y muerte (Algunas historias de amor, de corte popular, en efecto utilizan el nombre de Arlequín, como formá de titular la serie).

Puede ser que, para algunas mujeres, el suicidio sea una fantasía concebida como un amante con poder de seducción y de rescate. Este concepto involucra los elementos tradicionales del proceso de socialización que enaltece la noción de que los acontecimientos ocurrirán mágicamente, y que “las mujeres vivirán felices por siempre jamás”.

Con frecuencia, las mujeres conservan la creencia de que las cosas cambiarán por arte de magia, a fin de minimizar sus

propias capacidades de influir y controlar las circunstancias. Antes bien; las mujeres tienden a confiar de manera poco realista en ciertas fuerzas extrañas, que si fallan, colocan el suicidio como una alternativa viable de solución.

LOS ROLES CAMBIANTES EN MUJERES Y HOMBRES

Las normas acerca del rol sexual están muy mezcladas.

Mayor número de mujeres y hombres se preparan para ocupaciones poco convencionales. El matrimonio ya no se considera la “tablita de salvación” como se veía en un tiempo.

De cualquier manera, estudios recientes informan que las causas para cometer suicidio en las mujeres obedecen más bien a razones interpersonales,²³⁻²⁴ en tanto que las causales masculinas tienden más bien a ser de índole intrapsíquica, que surgen por experiencia tales como la pérdida del empleo o problemas financieros.²⁵

Cada vez que los aspectos más significativas y socialmente más importantes en la vida de una persona, se encuentran en peligro o se ven destruidos, el suicidio se vuelve muy probable.

En tanto que van cambiando los roles en las mujeres, así se van transformando los valores y motivos para suicidarse. Algunas tendencias interesantes han ido surgiendo, en tanto que las mujeres incurren en círculos profesionales. Schaar²⁶ reporta que las psicólogas muestran tener una tasa de suicidio tres veces más alta que la de las mujeres en general. Igualmente la tasa de suicidio en mujeres médicas es de tres a cinco veces más alta que la esperada en otras mujeres mayores de 25 años; pero esta tasa no difiere mucho de la que mide el suicidio entre los médicos varones.

De cualquier manera, las mujeres médicas se suicidan a edades más tempranas. Casi la mitad de estos suicidios ocurren antes de llegar a los 40 años; y las mujeres solteras inscritas en programas de internado o residencia resultan ser el grupo más vulnerable al respecto.²⁷

SUIDICIO Y MATRIMONIO

Las tasas de suicidio varían de acuerdo al estado civil; la tasa más baja se da entre los casados, las tasas intermedias entre viudos y solteros y la más elevada aparece en los divorciados. Aun cuando los hombres muestran tener los índices más altos de suicidio sobre las mujeres en las tres categorías, el suicidio es menos probable entre los casados.²⁸

Por ejemplo, entre los 25 y los 64 años las mujeres solteras tienen una propensión a suicidarse del 47 por ciento por encima de las mujeres casadas, en tanto que los varones solteros tienen el 97 por ciento más de probabilidades de darse muerte que los varones casados.

Asimismo, el suicidio entre personas viudas y divorciadas comparadas con personas casadas es también mayor entre las mujeres. Pero parece ser que el cambio de estado civil, de casados a divorciados, o a viudos tiene entre los hombres un efecto mucho más devastador.

Resulta difícil discriminar el significado y extensión de las estadísticas acerca del suicidio, ya que sólo se toman en cuenta aquellos casos reportados como tales. Por obvias razones y serias dificultades resulta claro que no se incluyan suicidios o muertes indirectas —tales como las resultantes del alcoholismo, abuso de drogas, modo destructivo de manejar o falta de precaución ante las recomendaciones médicas.

De manera semejante, al membretar la muerte de una persona como "Suicidio", a veces impone consideraciones que son independientes de la causa real.

Tales factores como Raza, Clase Social y domicilio influyen en el proceso de clasificación; además, el sexo del suicida puede en ocasiones ser factor de decisión familiar para clasificar, discutir o comunicar las causas del deseo.

SUICIDIO, MENSTRUACION, EMBARAZO Y ABORTO

Diversos análisis,²¹⁻²⁹⁻³⁰ acerca de la relación entre conducta suicida y la menstruación indican que las tasas de los intentos suicidas son más altos durante las fases premenstrual y menstrual. No se ha encontrado ninguna asociación entre suicidios consumados y ciclos menstruales.

El suicidio entre las mujeres embarazadas es muy raro. Rosenberg y Silver³¹ estiman que la tasa de suicidios consumados entre mujeres embarazadas constituye una sexta parte del índice de las mujeres no-preñadas.

Otra investigación³² encontró que, en las mujeres embarazadas, los intentos de suicidio son más frecuentes que el suicidio consumado. Se estimó que es durante los dos primeros trimestres del embarazo, cuando las mujeres encinta intentan suicidarse.

Más aún, el embarazo sólo es incidental en los intentos de suicidio, ya que se relaciona con la misma clase de inestabilidad emocional y problemas que caracterizan los intentos suicidas de las mujeres no-embarazadas.

Estadísticas confiables informan sobre la relación entre suicidio y aborto, pero se confunden, por el hecho de que algunas mujeres han tratado de suicidarse, a veces so-pretex- to de obtener permiso médico y psiquiátrico para poder abortar.

Kenyon³³ concluye que la mayoría de los reportes que revelan conductas suicidas fueron más frecuentes en mujeres que querían abortar que en las que fueron remitidas por razones psiquiátricas.

Sin embargo, el estudio fue hecho cuando las leyes sobre el aborto en los Estados Unidos eran particularmente estrictas.

¹ Dirckheim E: *Suicide*, The Free Press, New York, 1951.

² Resnick H L P: Suicide. In Kaplan H I, Freedman A M, Sadock B J (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry* Vol. II. The William & Wilkins Company, Baltimore, 1980, pp. 2085-2098.

³ Paykel E S: Life stress, depression, and attempted suicide. *J. Hum. Stress* 1:3-12, 1976.

⁴ Weissman M: The epidemiology of suicide attempts, 1960-1971. *Arch. Gen. Psychiatry* 30:737-746, 1974.

⁵ Denmark F: Growing up male. In *Women and Men: Roles, Attitudes and Power Relationships*, Zuckerman E (ed): Radcliffe Club, New York, 1975.

⁶ Lewis M: Culture and gender roles: There's no unisex in the nursery. *Psychology Today*, May, 1972, pp. 54-57.

⁷ Sherman J: *On the Psychology of Women*, Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, III, 1971.

⁸ Chesler P: *Woman and Madness*, Doubleday & Company, Garden City, N.Y., 1972.

⁹ Kelly K, Klersky S: Psychotherapists and sexual stereotypes: A study of bias in diagnostic interviews employing videotape simulations. Unpublished research, Graduate Scholl and University Center, City University of New York, 1978.

¹⁰ Broverman I K, Broverman D M, Clarkson F E, Rosencrantz P, Vogel S R: Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health. *J. Consult. Clin. Psychol.* 34:1-7, 1970.

¹¹ Deaux K, Emswiler T: Explanation of successful performance on sexlinked tasks: What is skill for the male in luck for the female. *J. Pers. Soc. Psycho.* 29:80-85, 1974.

¹² Adams K, Ware N: Sexism and the English language: The linguistic implications of being a woman. In Freeman J (ed). *Women: A Feminist Perspective*, Mayfield Publishing Company, Palo Alto, Calif., 1979.

¹³ Lester D: Sex difference in suicidal behavior. In Gomber E S, Frank V (eds): *Gender and Disordered Behavior*, Brunner/Mazel, New York, 1979.

¹⁴ Berscheid E, Walster E H: Physical attractiveness. In Berkowitz L (ed): *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. 7, Academic Press, New York, 1974.

¹⁵ Diggory J, Rothman D: Values destroyed by death. *J. Abnorm. Soc. Psychol.* 63:205-210, 1961.

¹⁶ Lester D: *Why People Kill Themselves*, Charles C. Thomas, Publisher, Springfield, III, 1972.

¹⁷ Farberow N, Shneidman E: *The Cry for Help*, McGraw-Hill, New York, 1961.

¹⁸ Linehan M: Suicide and attempted suicide. *Percept. Mot Skills* 37: 31-34, 1973.

¹⁹ Johnson P: Social power and sex roles stereotypes. Paper presented at the meetin of the Western Psychological Association, San Francisco, May, 1974.

²⁰ Stengel E: *Suicide and Attempted Suicide*, Penguin, Baltimore, 1964.

²¹ Lester D: Suicidal behavior in men and women. *Mental Hygiene* 53:340-345, 1969.

²² McChelland D: The Harlequin complex. In White R (ed): *The Study of Lives*, Atherton, New York, 1963, pp. 94-119.

²³ Beck A, Lester D, Kovaes H: Attemped suicide by males and females. *Psychol. Rep.* 33:965-966, 1973.

²⁴ Farberow N: Self-destruction and identity. *Humanitas* 6:45-68, 1970.

²⁵ Lester D: Suicide, sex and mental disorder. *Psychol. Rep.* 27:61-62, 1970.

²⁶ Schaar K: Suicide rate high among women psychologists. *A.P.A. Monitor* 5 (1), 1974.

²⁷ Roeske N C A: Women in psychiatry: A review *Am. J. Psychiatry* 133:365-372, 1976.

²⁸ Gove W: The relationship between sex roles, marital status and mental illness. *Social Forces* 51:34-44, 1972.

²⁹ Wetzl R, McClure J: Suicide and the menstrual cycle. *Compr. Psychiatry* 13:369-374, 1972.

³⁰ Parlee M: The premenstrual syndrome. *Psychol. Bull.* 80:454-465, 1973.

³¹ Rosenberg A, Silver E: Suicide, psychiatrists and therapeutic abortion. *Calif. Med.* 102:407-411, 1965.

³² Whittack F, Edwards J: Pregnancy and attempted suicide during pregnancy. *Compr. Psychiatry* 9:1-21, 1968.

³³ Kenyon F: Termination of pregnancy on psychiatric ground. *Br. J. Med. Psychol.* 42:243-254, 1969.