

Una aproximación comprensiva al suicidio desde la Salud Colectiva

*Alejandro Arnaldo Barroso Martínez**

RESUMEN

Más de un millón de personas de todos los grupos etarios y niveles socioeconómicos se quitan la vida por mano propia anualmente alrededor del mundo. El suicidio es un fenómeno evitable que necesita ser comprendido. Para avanzar en esta comprensión, debemos trascender la mirada acrítica a través de la cual se ha venido estudiando en un enfoque epidemiológico-positivista. El carácter transdisciplinar de la Salud Colectiva permite superar este reduccionismo disciplinar, una vez que se problematiza el suicidio con apoyo de la teoría social. No obstante, esto tampoco es suficiente, porque el debate se produce en un campo que también tiene preguntas irresueltas. En este contexto problemático, el propósito de este trabajo es avanzar en una mirada comprensiva del fenómeno del suicidio, como parte de una posible respuesta a la relación Estado-Mercado, y Estructuras sociales-Subjetividad. Para esto, el núcleo teórico central se constituye de diferentes miradas sociológicas sobre la relación individuo-sociedad.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, Neoliberalismo, Constricción Estructural, Habilitación, Significación.

ABSTRACT

More than one million of people from all ages and socioeconomic groups die by suicide worldwide each year. Suicide can not be neither preventable nor understandable from positivis-epidemiological perspective. By using Collective Health, and social theory, we may better understanding suicide as social issue. Nevertheless, it is not enough, because of there are some unsolved questions in social theory. The purpose of this article is attempt a comprehensive approach regarding State-Market and Social structure-Subjectivity relationship. Then, theoretical core comes from different sociological views.

KEYWORDS: Suicide, Neoliberalism, Structural constriction, Qualification, Significance.

* Licenciado en Psicología por la Universidad de la Habana, con título de oro (2010). Maestro en Comunicación por la Universidad de Guadalajara y actual estudiante doctoral de Ciencias en Salud Colectiva, en la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

Fecha de recepción: 10 de abril de 2017
Fecha de aprobación: 1 de julio de 2017

Introducción

La palabra suicidio proviene del latín *sui*, que significa *a sí mismo* y *caedere* que significa matar, es decir, matarse a sí mismo (Tejeda, 2011). El suicidio es conceptualizado en la literatura científica, como el acto deliberado y voluntario por el que se intenta acabar con la propia vida. La diferencia del suicidio con la autolesión, es que en esta última no existe la intención de morir (Apter y Gvión, 2012; Mattewk, 2012).

La tasa mundial de muertes por suicidios ha crecido en un 60% en los últimos 45 años, y se espera que para 2020 lo haga en un 50%. Ello representaría que un millón y medio de personas se quitaran la vida al año (OMS, 2009). A nivel mundial, los suicidios representan el 50% de todas las muertes violentas registradas entre los hombres, mientras que en el caso de las mujeres constituyen el 71% (OMS, 2014).

El suicidio es un fenómeno social que no puede ser comprendido como tal a partir de la lógica disciplinar con la que ha venido estudiándose, menos aún en el marco de los procesos de mercantilización de la vida social a los que somete a las sociedades y sus poblaciones el Neoliberalismo. Tanto las políticas rectoras de la OMS (2014) como las investigaciones alrededor del mundo (Falcón, Sánchez, Polanco, y Rodríguez, 2010; Huerta, González, y Kondeff, 2012; Alfaro, 2014; Ávila, y Beltrán, 2014; Hernández, y Milián, 2016), han priorizado la caracterización de los llamados “factores de riesgo” para explicar el fenómeno del suicidio.

La forma de entender los factores de riesgo por el positivismo es fundamentalmente descriptiva y tiene dos principales limitaciones: considerar al factor como una variable con potencialidad

causal en sí misma, y fragmentar el entendimiento de la sociedad en factores causales más o menos importantes, con lo que no se considera la determinación de los procesos históricos, y la organización política y económica en nuestras vidas (Filho, Castiel y Ayres, 2009). De esto último se desprende el hecho de que el riesgo no puede ser analizado como contingencia, sino como parte de los procesos estructurales que determinan las regularidades de nuestra praxis y nuestra conciencia (Breilh, 2013b).

La vida social no se reduce al funcionamiento de los órganos (Canguilhem, 1990). Llegamos a ser seres sociales en un devenir (Butler, 2001), en un proyecto que existe dentro de un orden político, económico e ideológico (Castellanos, 1988, 1990; Samaja, 2004), y así nuestras cualidades biológicas y decisiones son resignificadas en este contexto (Laurell, 1982). En este sentido, la forma positivista de pensar e investigar el suicidio, no es sólo reduccionista desde el punto de vista teórico, sino que es funcional al orden social en el que existe, actualmente en el sistema neoliberal como fase específica de desarrollo del capitalismo.

Los factores de riesgo remiten a las responsabilidades biológico-individuales (Filho et al., 2009), soslayando toda crítica al orden económico-político. Desde esta mirada, el suicidio llega al umbral de lo problemático cuando sólo se ofrecen respuestas legales (Adinkrah, 2016) y de atención médica a las que pueden acceder los grupos humanos, limitados por las características de los sistemas de salud y por no considerar otras condiciones que determinan el suicidio.

¿Qué procesos determinan las diferencias en las tasas de suicidio entre hombres y mujeres?
¿Acaso es suficiente entender el suicidio como un acto individual, a partir de la falta de control

sobre el comportamiento, o un rechazo a vivir; o es imprescindible pensarlo en su vínculo al malestar generado por una cultura neoliberal que obliga al manejo de la ansiedad, la incertidumbre, y la frustración? ¿El análisis debe comenzar por el factor de riesgo, o debe deconstruirlo en tanto proceso histórico, para en ese camino comprender la determinación social de las formas de vivir de los grupos sociales?

Estas son preguntas no pueden ser respondidas por la forma en que ha venido definiéndose e investigándose el suicidio, y que sin embargo son cruciales para su comprensión como un fenómeno social. Intentar esta comprensión conlleva necesariamente a articular los saberes fragmentados e invisibilizados por el enfoque clínico-epidemiológico-positivista en torno a este problema, específicamente la relación entre lo biológico y lo cultural, y el individuo y la sociedad.

Por esta razón, el objetivo del presente trabajo es argumentar una forma de articular una explicación plausible a su ocurrencia, rescatando históricamente un conjunto de saberes con el fin de comprender los procesos que determinan las dinámicas en la significación del suicidio. Para ello, la propuesta deconstruye la forma histórica en que se ha transformado el valor de la vida social desde el enfoque de la Salud Colectiva, tomando en cuenta el papel de la subjetividad, y los procesos a través de los que opera la normalización neoliberal de nuestros comportamientos y conciencia.

El valor de la vida social en relación al capital

Cuando en el siglo XVIII una madre lanza a su hijo “anormal” por un barranco, es porque la condición de “anormal” está siendo valorada por ejemplo, desde las posibilidades que tiene ese niño de ser productivo e integrarse en la sociedad a futuro

(Beatón, 2005). Esta es una decisión explicada en el marco de una organización social excluyente, que valora la vida por su utilidad para producir.

El paso de la preocupación del Estado desde el cuerpo individual, a la preocupación por el “cuerpo social”, se explica por el surgimiento de la población y por las condiciones de desarrollo del capitalismo como forma de organización. Esta a su vez, es resultado del desarrollo de las fuerzas productivas y la creciente acumulación de capital. Las nuevas formas de organización de la vida en las ciudades, las nuevas enfermedades resultado del hacinamiento, así como el surgimiento de las mismas disciplinas científicas, fueron resultado de las nuevas formas de organización social (Foucault, 2000a). La Psiquiatría por ejemplo, no surgió vinculada a la Medicina, sino a la Higiene Pública, y con la misión de vigilar y controlar los comportamientos fuera de la norma que significaran un peligro para el equilibrio y el orden social. De esta forma, su surgimiento se justificó como mecanismo de seguridad pública (Foucault, 2000a).

La premisa de la que parte este ensayo, es que estas formas de organización social han impactado sobre la totalidad de la vida, incluida la decisión del hombre de quitarse su vida, y esto ha estado históricamente vinculado a un proceso central: *la acumulación de capital*. Por este motivo, se hace necesario repensar el suicidio en el contexto de la totalidad de la vida social. Resulta insuficiente comenzar por el individuo, tal y como lo hacen las teorías psicológicas (Beck, 1979; Shneidman, 2005, 2006; Joiner, 2010; Freud, 2011) que investigan el suicidio. Este análisis del suicidio en relación a la totalidad de la vida social, a su vez no puede hacerse sin explicar las articulaciones entre Estado-Mercado.

El proceso a partir del cual la acumulación de capital llegó a ser central para normar la totalidad de la vida de los individuos, y con ello participar decisivamente en la articulación de los procesos políticos, económicos y culturales, se explica a partir del despojo de las tierras que deja a los hombres sin control de los procesos productivos y parte de sus productos, y los expulsa a la migración hacia las ciudades. Posteriormente, por la absorción del trabajo manual por el industrial. En síntesis, por el cambio de las formas de vida. En esencia, el individuo dejó de ser trabajador para convertirse en fuerza de trabajo asalariada, explotada (Marx, 1867; Engels, 1961; Preteceille, 1977). En esta línea de argumentación Bourdieu (2003) explica: “En ese mundo sin inercia, sin principio inmanente de continuidad, los dominados están en la posición de las criaturas en un universo cartesiano: penden de la decisión arbitraria de un poder responsable de la creación continuada de su existencia” (Bourdieu, 2003: 142).

Siguiendo el trabajo de Marx (1867), Engels (1961) y Preteceille (1977), observamos que este proceso de acumulación de capital penetró y transformó la totalidad de la vida social, inicialmente a través de dos procesos: el discurso económico-moral de los economistas políticos, y la praxis de consumo de los mismos individuos, ambos imbricados necesariamente.

Uno de los núcleos más importantes para comprender el discurso económico-moral se encuentra en las ideas del Liberalismo. Inicialmente el Liberalismo fue el cuestionamiento a la capacidad del poder absoluto para conocer y organizar la complejidad de la floreciente actividad económica. De esta forma, se convirtió en crítica a la capacidad del rey para regular el comercio, y permitir la libertad económica de los individuos. En este escenario, es que emerge la defensa del Mercado

a partir de su capacidad para regularse solo [mano invisible en Adam Smith (2010)], y como una contención al poder absoluto del emergente Estado (Foucault, 2007).

El tema que nos ocupa, el suicidio, se relaciona con la valorización de la vida del individuo, desde el poder. La primera implicación, es que en el Estado capitalista, el Estado moderno cambia su gestión: de la preocupación por sus riquezas y el aumento de sus fuerzas, pasa a la gestión de los mecanismos para gobernar. Esto es lo que Foucault denomina etapa del Estado frugal. La característica fundamental es la inversión y la legislación estatal sobre áreas de su interés, incluida la protección de los consumidores en el Mercado. Aquí se aprecia un cambio importante en el tratamiento del “pacto social” entre el Estado y la sociedad, que al llegar al siglo XXI podremos caracterizar más adelante.

El segundo impacto de esta valorización productivista de la vida, se aprecia en los discursos economicistas sobre la esencia del ser humano. Ejemplos importantes son las ideas de Mandeville (1997) y Smith (2010). Para Smith, el ser humano actúa motivado por la necesidad de incrementar sus ganancias personales. El ser humano está motivado por su propio interés, de ahí también que la intervención del Estado sea innecesaria. En términos de ganancias sociales, la suma de los aportes de cada quien contribuye al progreso social. En esta misma lógica, para Mandeville (1997) es el egoísmo personal el que propicia las ganancias, y por ende el desarrollo social.

La dinámica Constricción-Habilitación: problematizar el suicidio en el Neoliberalismo

¿Cuál es el impacto que tiene hoy sobre la subjetividad la transformación de la vida social a partir del proceso central de acumulación de capital? ¿a

través de qué procesos ocurre esta determinación? y ¿cómo ésta adquiere su regularidad?

La Teoría de la Estructuración de Giddens (2011) ofrece una respuesta a estas preguntas frente a las posiciones deterministas que han estudiado en sociología la relación individuo-sociedad, y es por ello que en este trabajo se utilizan las categorías constricción y habilitación. Ambas dan cuenta de que en las relaciones sociales existe una “dualidad”, donde en las estructuras sociales constituidas por reglas y recursos que utilizan los individuos para la reproducción social de sus vidas se ven a la vez constreñidas y coartadas en su capacidad de acción y en la conciencia de los individuos; la habilitan y facilitan dentro de determinados límites sociales.

Por otra parte otros autores han caracterizado distintas dimensiones de la sociedad actual. Sennet (1998) sobre la identidad personal, Beriaín (2008) sobre la ansiedad en las formas de vivir el tiempo, así como Bauman y Tester (2002), Lipovetsky y Serroy (2010), y Byung-Chul (2013, 2014b, 2014c) sobre la felicidad. Todos ellos tienen en común identificar y caracterizar la responsabilidad del actual sistema capitalista de producción sobre la vida; investigaciones de Gregoire (2002), Mohanty (2005), Arias y Blanco (2010) y UNICEF (2012), apoyan el argumento de la centralidad del proceso de acumulación capitalista en la organización de la vida social.

En oposición, Friedman (2008) por ejemplo, al defender la democracia generada por el Mercado y cuestionar la justicia social que promueve la intervención del Estado, da cuenta de cómo efectivamente la acumulación de capital no es sólo un tema económico, sino que no puede existir si no transforma la organización social y los procesos de consumo. El Neoliberalismo mismo constituye

una mutación del Liberalismo clásico, en busca de mayor rentabilidad económica, pero no de mayor felicidad humana. El Mercado ha pasado a ser la forma rectora de organización social a nivel mundial sobre el Estado y sus formas de poder tradicionales, predominando en la actualidad el dominio de las grandes empresas transnacionales.

Para analizar el impacto de este “sistema mundo” (Lipovetsky y Serroy, 2010) sobre la subjetividad, debemos analizar las “constricciones estructurales” (Giddens, 2011). Un eje central en ello, es el cambio que ha sufrido el “pacto social” entre el Estado y los grupos humanos. Esto a través de la identificación de los actores que juegan un papel central en las nuevas condiciones neoliberales, y cómo esto implica procesos de determinación sobre la salud mental, que son referentes obligados para comprender el suicidio.

La remodelación del ser en la ruptura forzada del Pacto Social

“Remodelación” es un término que utiliza Canclini (2001), para problematizar cómo las transformaciones profundas en las formas de vida social, y que actualmente la precarizan y dificultan, son consustanciales a la lógica de acumulación del capital impulsadas por el Neoliberalismo. En este contexto histórico, la subsistencia fuerza constantemente a los individuos a reconfigurar las relaciones consigo mismos y con los otros. Aunque sin ofrecer una clasificación, este es el debate que sostienen también Sennet (1998), Bourdieu (2003), o Lipovetsky y Serroy (2010). Lo relevante de este eje de análisis, es el impacto que todo ello tiene en la salud humana a través de la mercantilización de la salud, las dificultades para la satisfacción de necesidades básicas y otras estimuladas por el Mercado y el consumo, incluido en endeudamiento, y las

consecuencias de ansiedad, depresión e infelicidad que produce.

Bourdieu (2003) se refiere al impacto sobre las formas de vida que produce la ruptura del “contrato social” entre el Estado y el individuo. El crecimiento de las empresas transnacionales y su búsqueda de mayor rentabilidad económica, cada vez moviliza más al sector político para reducir la participación del Estado que en su momento expresó de manera clara el “Consenso de Washington” (Serrano, 2013). La seguridad que defiende el Estado es la seguridad de los inversores, y el movimiento del capital. La libertad que defiende, es la libertad económica.

Estos procesos han dado lugar a una precarización sin precedentes de la vida social. Cada vez se reducen más las garantías ofrecidas por los Estados. Ejemplos son los recortes presupuestales en los sistemas de atención médica pública, o las pensiones (Heredia, 2001; Guerrero e Imelda, 2005; Wahlbeck y Awolin, 2009). El crecimiento de los trabajos a medio tiempo, por proyectos o temporada, trae como resultado la precarización de la vida, una vez que la globalización del Mercado absorbe competitivamente otras formas de sustento, sobre todo aquellas relacionadas al trabajo manufacturado (PNUD, 2015).

No se pueden hacer proyectos de vida ni tener certezas cuando el salario mismo es una incertidumbre (PNUD, 2015). Aún el que todavía goza de un trabajo a tiempo completo y ciertas garantías como resultado de esta pertenencia, está en riesgo de sobrecarga laboral al asumir distintas dimensiones del trabajo que antes hacían otros, de adquirir nuevos compromisos frente a la abundancia de formas de sistematización de la información, de condicionamiento de los financiamientos a metas, y de evaluaciones diversas y constantes

donde pierde sentido el valor del trabajo específico propio, como ocurre en el trabajo médico y de la salud. El ejército de “parados” le es funcional al empleador, y puede constituir una presión para el que tiene el empleo (Bourdieu, 2003). Este grupo de parados, a diferencia del “ejército industrial de reserva” de los 60s, ha ido conformando una competencia importante para el asalariado dado que se trata de desempleados con alta calificación técnica y profesional (Bourdieu, 2003).

Este quiebre no afecta a todos los grupos humanos por igual ni a los mismos de siempre. Se mantiene el alto impacto en los grupos de personas pobres, con bajos ingresos, y que tradicionalmente han estado vulneradas por el sistema capitalista en cuanto a su acceso a la satisfacción de necesidades básicas, pero también en su acceso a la educación y la salud (OMS, 2011b). De esta forma, el quiebre actual tiene lugar sobre un espacio social ya fragmentado, y de grupos vulnerados que ven aún más reducidas sus posibilidades de acceder a las oportunidades que ahora son esenciales para competir, y por lo tanto también subsistir (OMS, 2011).

Además de la fragmentación estructural, la nueva fragmentación se da simultánea a la destrucción del Estado y las instituciones creadas en el siglo XX, sobre sus productos profesionales y gestores públicos, surgidos de la promesa de la educación pública y del servicio social que accedieron a las promesas del sistema a través de un Mercado no consumista y más conservador que el actual, a través de constituirse en capas medias profesionales y de burócratas operadores del Estado, con acceso al consumo básico y a los productos de la seguridad social como vivienda, pensiones, trabajo estable, entre otros. Para inaugurar su independencia y constituir una familia. La destrucción de este mundo posible para una generación de jóvenes

que no tiene acceso a estos beneficios y donde estudiar ya no significa seguridad alguna, es una parte de la dimensión social del problema en torno al suicidio, que no puede dejar de desconocerse.

Esta vulneración se encuentra en el mismo campo de la atención médica. Podemos seguir por un momento la misma lógica del enfoque médico positivista, que de modo reduccionista asocia el suicidio a trastornos mentales como la depresión y no a un proceso social. El suicidio relacionado a la depresión afecta a más de trescientos millones de personas en todo el mundo cada año. No obstante, “más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países)” no puede acceder a los tratamientos necesarios (OMS, 2017) para su atención paliativa, mucho menos aún, desde una perspectiva más amplia a un tratamiento estructural de su superación como podrán ser condiciones para la construcción de una vida digna a través del trabajo remunerado y justo.

La OMS (2017) identifica como problemas, la calificación de los especialistas, los malos diagnósticos, y la falta de recursos. No obstante, en los términos que también interesan en el presente trabajo, hay que señalar el peso que tienen los costos médicos como resultado de la mercantilización de la salud, y que la OMS (2017) evita mencionar. Esto va de la mano de una estimulación a la atención hospitalaria como espacio especializado y rentable para los inversionistas. De esta forma, la atención en salud mental queda como privilegio de los que pueden pagar por servicios especializados. Por otro lado, la creciente tecnificación de la actividad laboral implica que los saberes tradicionales sean insuficientes para lograr el sustento económico. Esto significa que por un lado el individuo se enfrenta a la tecnología que sustituye su trabajo, y por otro a la necesidad de adquirir los saberes para dominarla, pero en

un contexto de creciente comercialización de los saberes mismos (Bourdieu, 2003) y como lo dicen los organismos internacionales, “(...) nunca ha habido peor momento para tener un perfil de trabajador solo con competencias y capacidades comunes” (PNUD, 2015: 66).

En la relación directa del hombre con el contenido de su trabajo, además de la conservación de este y el dominio de saberes, es importante considerar también la intensidad del trabajo. Si en un punto se hace visible la incompatibilidad entre la satisfacción de las necesidades del capital, y las necesidades de la vida humana, es en el hecho del decrecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) de las economías que es cada vez más concentrado gracias al control salarial, y a la vez el mayor número de mercancías circulantes generalmente se realiza a costa de un trabajo más intensivo. Es decir, una mayor explotación del trabajo vivo a través de un menor salario, o un mayor número de horas de trabajo, entre otras alternativas (Preteceille, 1977).

Al igual que en el Liberalismo, este proceso de acumulación del capital penetra la totalidad de la vida social de las personas. Impacta en la práctica y en la conciencia, y no sólo lo hace a través de quitarle tiempo de vida al trabajador (Preteceille, 1977), sino estableciendo una nueva racionalidad en las relaciones del hombre consigo mismo y con otros (Guinsberg, 2005). Esto es así, porque en el consumo de un servicio o un bien, está implicado también el consumo de la ideología que ha producido tanto ese bien, como esa relación (Preteceille, 1977).

La defensa de un modelo de hombre económico heredado de las ideas liberales pioneras de autores como Smith (2010), a la vez que defiende la libertad como libertad económica, fragmenta lo

social en individuos atomizados (Byung-Chul, 2014a) y enajenados. Este aislamiento y pérdida del individuo para sí, se produce como resultado de la estimulación del trabajo y las competencias individuales, así como las evaluaciones del rendimiento individual. Todo ello al servicio de generar plusvalor, pero esto no puede ocurrir al margen de la relación con el “otro”, que aparece como competidor, y amenaza a la forma de vida que ha quedado atada al trabajo en el capitalismo (Bourdieu, 2003). Este proceso genera una “sociabilidad mínima”, donde la relación con los otros aparece determinada por criterios de ventajas o desventajas económicas, y el “otro” deja de ser percibido como un individuo con emociones, memoria, e historias de vida. Esto implica que las relaciones sociales disminuyan su carácter como espacio de confianza, y construcción de sentidos que retoman el lado más sensible del ser humano (Stolkiner, 2001). Una de las implicaciones más importantes de estas exigencias para la subjetividad, es que todo fracaso se piensa como resultado de la incompetencia, la incapacidad personal, y se puede llegar a vivir como humillación (Lipovetsky, 2008; Byun-Chul, 2014b). Al estar atomizado, el individuo no puede aliviar las vivencias de sus fracasos sino es consigo mismo (Byung-Chul, 2014b) o con la familia. Biagini y Peychaux (2013) desde un análisis sociocultural que posiciona el tema del suicidio en el contexto del Neoliberalismo sostienen:

Este sujeto se instituye a sí mismo como el único autor de su propio éxito o fracaso (...). La competencia generalizada dentro del Mercado, además de un ideal, configura una norma coercitiva a la que ajustarse. Así, el individuo debe volver contra sí mismo sus propias aspiraciones al internalizar los riesgos de esta aventura (Biagini y Peychaux, 2013:18).

Estas exigencias van de la mano de la reconfiguración de los criterios sociales de éxito y fracaso. Bajo la lógica de la acumulación del capital, la actividad de los hombres se juzga de manera creciente en relación a la posesión de lo material. Esto es lo que Fromm (1978) denomina la sustitución del ser por el tener. En este sentido, la definición del ser también queda sometida a lo efímero de lo material, a su obsolescencia. Esto es relevante, porque el neoliberalismo explota la significación tanto de lo material como de lo inmaterial (necesidades, valores, indicadores de autorrealización, entre otros), y esto queda sujeto a la misma lógica de la producción continua de valor (Appadurai, 1991).

Las formas de vivir el tiempo autobiográfico, y la movilidad territorial también se han transformado. Una de las formas más visibles de la transformación en la vivencia del tiempo de vida se aprecia en la reconfiguración de las expectativas y proyectos futuros, así como la forma de vivir el pasado y el presente. En el contexto de una creciente precarización laboral, y decrecimiento en las garantías tradicionales como la jubilación; planificar proyectos de vida es crecientemente reemplazado por la subsistencia en el corto plazo, el replanteamiento de las expectativas de autorrealización, y de la viabilidad de los proyectos personales (Beriaín, 2008).

Esta reconfiguración en la vivencia del tiempo revaloriza también el vivir de acuerdo al cumplimiento de determinadas metas a determinada edad. Esta nueva forma de medir el tiempo de vida, y su valorización social, es una de las características que distinguen la nueva etapa respecto a momentos anteriores en la historia de la humanidad (Reguillo, 2000). Una de las modalidades de este proceso la encontramos en la evaluación de la vida como historia y narrativa (Sennet, 1998). Es

muy difícil por ejemplo, vivir y definir una línea autobiográfica bajo los criterios anteriores de coherencia. Un ejemplo de ello es la historia laboral, sujeta a la lógica mencionada de la inestabilidad y la incertidumbre (Sennet, 1998). Esto implica que el individuo necesita nuevas formas de construirse a sí mismo en relación con su pasado, y como proyección al futuro.

Por su parte, la movilidad territorial unida a la atomización de los individuos, inciden directamente en la relativización de los vínculos afectivos, el aumento de la desconfianza comunal, y en la continua adaptación a nuevas relaciones sociales (Lipovetsky, 1988; Bauman y Tester, 2002). Este “desarraigo” permanente, es una “consecuencia transnacional para la subjetividad” (Canclini, 2001).

Sería reduccionista comprender la “agonía” de la sociedad actual, pensando sólo en términos de individuos concretos. Para pensar la salud mental en términos colectivos, no es suficiente el análisis de cómo la atomización individual estimulada por la competencia y el consumo, ha aislado al individuo de lo social. Es muy relevante pensar en términos de integración social, tal y como lo adelantó Durkheim (1983). En este sentido, un lugar común de mirada para varios autores como Houtart (2007), Byung-Chul (2014b) y Lipovetsky y Serroy (2010), es la forma en que lo religioso ha quedado sometido a la lógica del Mercado, y por ende ha perdido credibilidad como macro discurso de sentido de la existencia.

Esta pérdida de credibilidad de lo religioso no ocurre sólo como postura crítica de individuos, sino también como normalización de la vida bajo criterios aceptados, pero que son funcionales al Mercado. Un caso es cómo lo religioso funciona como un espacio para la gestión de la vida como

derecho personal (Lipovetsky y Serroy, 2010). En general, este tipo de macro discursos de sentido es un tema crucial para entender la postura de las personas ante la vida que llevan, y sin embargo ha sido un saber invisibilizado por el discurso clínico positivista en su aproximación al suicidio y por la sociedad capitalista y en su estado actual.

Los fenómenos antes descritos, exigen que el suicidio sea repensado en el contexto de una nueva racionalidad sobre los modos de reproducción social de la vida. La competencia y la necesidad de explotación, genera grupos excluibles del sistema de producción, y con ello precariza sus vidas (mujeres, discapacitados, individuos de pueblos originarios, migrantes, entre otros). El que participa del Mercado laboral formal tampoco escapa a esta precarización, porque queda expuesto a la ansiedad y la incertidumbre de los bajos salarios, la eventualidad, o la intensidad de su trabajo que no le permite más tiempo que el mínimo para transportarse, preparar sus alimentos, cenar y dormir. Shneidmann (2005, 2006) se refiere al “dolor psicológico” como resultado de las necesidades insatisfechas, pero un análisis por ejemplo de las necesidades de autorrealización, no puede ignorar los procesos estructurales que determinan el acceso inequitativo a oportunidades según la clase social, según si se es hombre o mujer, blanco o negro, entre otros.

Amén de trascender la visión positivista del riesgo en la comprensión del suicidio, una vez que se pone el énfasis en los procesos sociales de su determinación necesitamos ir un paso más allá. Este paso está orientado por la necesidad de pensar la salud mental como un proceso sujeto a discursos y prácticas normativas, y que no sólo tienen que ver con la destrucción más evidente de la felicidad humana. En este sentido Byung-Chul (2014a) se refiere a la sociedad neoliberal como

una sociedad de la seducción. Una sociedad donde la normalización de la vida social no se hace como imposición abierta de discursos, sino introduciéndose en la forma en que los hombres piensan en sus proyectos, y a sí mismos. En esta línea de argumentación el autor sostiene: “vivimos hoy en una fase histórica especial, en la que la libertad misma provoca coacciones (...). Más libertad significa más coacción (...). El sí mismo como bello proyecto se muestra como proyectil que se dirige contra sí mismo” (Byung-Chul, 2014c: 54).

Las constricciones estructurales producidas por el capitalismo en su fase actual, significan precarización del empleo, pérdida de garantías de la seguridad social, mercantilización de derechos humanos esenciales, entre otros, generan un grupo de incertidumbres y frustraciones que de modo sistemático que deben ser comprendidas en su relación con el suicidio. Estas condiciones materiales producen paralelamente otro proceso de subjetivación que ha sido entendido mecánicamente, como resultado de un esquema epistemológico positivista de causa-efecto. Ya no se trata de comprender sólo el malestar psíquico generado por las constricciones estructurales, sino a través de qué procesos los mismos grupos humanos precarizados defienden, apoyan, y simpatizan con los discursos de poder que norman sus insatisfechas formas de vida.

En un análisis de la naturaleza del poder, los mecanismos de su circulación, y su funcionalidad social, tanto Bourdieu (2003) como Castells (2009) se han preguntado cuáles son los procesos a través de los que se sigue reproduciendo un orden social injusto e inequitativo. Si bien Bourdieu (2003) hace referencia a regulaciones jurídicas y legales, interesa aquí la confluencia de ambos autores en un punto crucial para comprender el suicidio, cual es el proceso explicativo de la conquista del significado en la conciencia de los

individuos. Las condiciones materiales de vida también generan las características de los espacios sociales de discusión, las necesidades, los deseos, así como las expectativas y los márgenes de sus sanciones, “dentro” de los cuales los seres humanos se realizan como seres sociales (Hall, 1986). En esta lógica, las constricciones estructurales son también en cierto modo, habilitaciones.

De la habilitación a la significación de la vida social

El surgimiento de la clínica en el siglo XVIII, y sus raíces históricas, explican la forma en que se configuró su saber sobre la vida, reduciéndola al estudio de la enfermedad en un cuerpo concreto asocial, y explicada desde el sustrato biológico. En el momento de su surgimiento, la ciencia clínica buscó sustento teórico y legitimidad científica en el enfoque positivista (Foucault, 2003).

Consecuentemente, e influida por la acumulación erudita del saber clínico, la práctica médica se vio regulada a comprobar y confirmar más que a descubrir. A esta forma de saber no escapó la relación con el paciente, cuyos saberes inferiores deberían ser supeditados. Este saber y práctica ganaron en legitimidad no sólo a partir de la supeditación del saber vulgar de la persona, sino fundamentalmente a partir de la construcción de un discurso extenso sobre la enfermedad como entidad observable, reconocible y diferenciable (Gadamer, 1993; Foucault, 2003), y la funciones del médico definiendo qué es o no una enfermedad, y restableciendo el equilibrio entre la persona y su medio, devolviéndolo a su participación en la llamada vida productiva (Gadamer, 1993).

El discurso médico se enfocó más en la enfermedad, como un mapa de síntomas, que en la salud. En palabras de Gadamer (1993) y Foucault

(2003), el síntoma se convirtió en significativo de la enfermedad, es decir de él mismo agrupado, pero no de algo más trascendental. Como resultado de la perspectiva anterior, la salud se comprendía como ausencia de enfermedad. Todo este saber se reforzó y afianzó con los avances en los campos de la Biología, la Bacteriología, y la Patología como historia de la enfermedad (Baruch et al., 1982).

De esta forma, el modelo Biomédico ha sostenido hasta nuestros días una verdad sobre lo que es la salud, la enfermedad, sus determinaciones, y las formas legítimas de estudiarla. Por *régimen de verdad*, en este trabajo no se hace referencia tanto a lo verdadero, como a un conjunto de discursos y prácticas que seleccionan saberes, e invisibilizan otros en determinados momentos históricos.

Siguiendo trabajos como los de Foucault (2000a) y Breilh (2013a), se puede sostener que el modelo biomédico ha implicado un régimen de verdad para la comprensión de los procesos de salud y enfermedad. En este contexto, la dinámica de legitimación e invisibilización de saberes tiene un eje central para el argumento del presente trabajo: el estudio de la enfermedad en lugar de la problematización de las formas y modo de vida.

A partir de una mirada interdisciplinar, y comprometida políticamente con el mejoramiento de las condiciones y procesos de vida de los grupos humanos, el campo de la Salud Colectiva sostiene lo que se considera en este trabajo, un segundo régimen de verdad para la comprensión de los procesos de salud y enfermedad. En este sentido, uno de los logros teóricos fundamentales en este campo, ha sido reconocer el papel del proceso de acumulación de capital en la mercantilización de la vida social en general (Laurell, 2010; Boltvinik, 2015) y cómo ello repercute en los modos de vivir y morir. Ejemplos de estas preocupaciones son los

debates sobre la medicalización de la vida (Galen-de, 2008; Stolkiner, 2012), la comercialización del derecho a la salud (Laurell, 2010), o en otro plano estrechamente relacionado, la relación Estado-Mercado y su impacto sobre las políticas públicas y las reformas en el sector salud (Arellano y Gil, 2001; Almeida, 2005; Tetelboin, 2015; Tetelboin y Landgrave, 2011; Gómez y Pego, 2013).

Este trabajo defiende la necesidad de comprender la salud y la enfermedad como procesos históricos, cuyas determinaciones son políticas, económicas, y culturales. Por esta razón, se coincide con el régimen de verdad que sostiene el campo de la Salud Colectiva, y se intenta aportar a la argumentación de su valor hermenéutico, a través de un intento de avance en la comprensión de la subjetividad, en este caso aplicada al problema del suicidio.

Dado su propio carácter interdisciplinar, es inevitable que la indagación sobre la Salud Colectiva recurra a los campos de la Psicología y la Psiquiatría para entender y estudiar la subjetividad. En la explicación del suicidio, las respuestas psicológicas son mayoritariamente reduccionistas porque son los procesos cognitivos (Beck, 1979), los desórdenes de personalidad (Blumenthal, 1988), o las “vulnerabilidades” biológicas (Arango, et al., 1999; Mann, 2003) los que lo explican.

Como muestra la investigación epidemiológica positivista de Rueda et al., (2010), otras veces son los eventos sociales los que determinan el suicidio por sí mismos. En ambos casos se va al extremo del determinismo. Unas veces la subjetividad se comprende como espacio pasivo de confirmación del poder de lo social fragmentado en eventos. Otras, y con una historia en parte enraizada en las corrientes filosóficas del idealismo subjetivo (Dusing, 2002) y el materialismo ahistórico o

“vulgar” (Engels, 1961), la subjetividad aparece como epifenómeno.

En este contexto, el nuevo régimen de verdad sobre la salud y la enfermedad que se construye a partir de la Salud Colectiva, necesita trascender las miradas tanto disciplinares como positivistas. Consecuentemente es importante que nos preguntemos ¿qué exigencias epistemológicas implica un enfoque de Salud Colectiva para la comprensión de la subjetividad? Si deconstruimos y reconstruimos los objetos de estudio a partir las fragmentaciones y reduccionismos que ha implicado el saber clínico positivista sobre la enfermedad, la respuesta puede ir en este sentido: para un enfoque de la Salud Colectiva, la subjetividad debe ser entendida como un espacio histórico en formación continua, que no sólo expresa lo individual y lo colectivo, sino que también es un objeto intencional de los discursos sociales que pugnan por el poder a través de la significación. En este sentido, la subjetividad es un proceso de articulación entre las historias de vida individuales, y los procesos de organización social en torno a los centros económicos y políticos del poder.

Una “pista” para retomar la subjetividad desde una perspectiva de Salud Colectiva se encuentra en el carácter histórico de lo subjetivo. Esto es así al menos por tres razones fundamentales: la subjetivación es el proceso a través del cual llegamos a ser seres humanos (Samaja, 2004; Giddens, 2011). La necesidad creciente de acumulación de capital ha llevado a la producción de lo material, pero inmediatamente también de lo imaginario, lo inmaterial y simbólico (Appadurai, 1991; Byun-Chul, 2014a), y por último, esta producción ejerce su régimen de verdad optimizando y seduciendo a través de la dimensión subjetiva (Butler, 2001; Byun-Chul, 2014a) para la generación de necesidades y la promoción del consumo.

El desarrollo del capitalismo ha implicado rupturas estructurales esenciales (Boltvinik, 2015) a nivel material y simbólico. Un ejemplo es el quiebre del llamado “pacto social” que destruye instituciones y expectativas en relación a ellas, a la vez que crea nuevas aspiraciones. Por este motivo, la comprensión de la subjetividad es un proceso que necesita abrirse espacio ante la prioridad que ocupa la crítica a la precarización de las condiciones materiales de vida de la mayoría de los grupos humanos, frente a una cada vez mayor expectativa de consumo suntuario y endeudamiento.

Consecuentemente, con la intención de avanzar en un análisis que retome el papel de la subjetividad y sus características desde este segundo régimen de verdad sobre la salud humana, se propone conocer cómo el discurso neoliberal normaliza la forma en que se entiende la salud, y cómo significa vivencias y comportamientos que aunque no tienen por objeto la salud, también tienen un impacto sobre las dimensiones física y mental de ésta; cómo esto ocurre a través de una normalización seductora y optimizadora del psiquismo, para sostener en última instancia los niveles de consumo social que necesita el capital.

Siguiendo el trabajo de Giddens (2011), por habilitación se entiende aquí, a los procesos generados desde los centros estructurales de poder (Economía, Política, Cultura), que tienen por objetivo su propia reproducción, orientando y facilitando de forma regular la acción de los sujetos. Esta capacidad de hacer que le es facilitada a los sujetos, no es un proceso coyuntural, sino regular, y esto es muy importante porque nos remite a la formación misma del ser social (Butler, 2001).

Comprender la subjetividad a partir de los procesos de habilitación, lejos de ser una mirada lineal, retoma precisamente cómo la conciencia y

la acción de los individuos pueden quedar constreñidas como parte del papel activo de estos. El ser social devine tal, precisamente utilizando los recursos que la cultura le ofrece para pensarse y definirse a sí mismo. Un ejemplo es el uso del lenguaje, y las categorías sociales que empleamos para definir y pensar nuestras capacidades, las relaciones con los otros, los estados de ánimo, las metas, entre otros.

De esta forma, el ser social no puede devenir tal, sino se construye a sí mismo precisamente con las categorías, y la subjetivación de discursos sociales (Butler, 2001). “El poder impuesto sobre uno/a es el poder que estimula la emergencia” (Butler, 2001: 212), es decir, las relaciones de poder en las que participamos no sólo constriñen y limitan nuestros comportamientos y aspiraciones, sino que también estimulan el hacer y las motivaciones que responden a la mantención de esas mismas relaciones de poder, y a la formación de nuestra subjetividad bajo estos mecanismos. Esta es la “dimensión formativa del poder” (Butler, 2001), que ocurre de forma regular, cotidiana, muchas veces acrítica, y que al sostenerse también reproduce el orden social imperante. A esto se refiere la categoría *reproducción social* en el trabajo de Giddens (2011). En este contexto formativo es medular la pregunta: ¿Qué cualidades adquiere esta dimensión formativa de la subjetividad en el Neoliberalismo?

A partir de los trabajos de Butler (2001) y Byun-Chul (2014a) sobre los mecanismos psíquicos del poder, y la Psicopolítica respectivamente, podemos identificar al menos dos cualidades centrales para entender la salud mental hoy, que están estrechamente relacionadas: la optimización del devenir como ser social, y la subjetivación de este proceso en forma de autoexigencias y autoexplotación.

La acumulación del capital necesita estimular el consumo de forma creciente, y para ello la producción de lo imaginario y lo simbólico es una dimensión a explotar. Esto implica un “devenir social” vinculado en forma creciente a las necesidades materiales, pero también una explotación de aquellas relacionadas desde la Psicología con el prestigio, la diferenciación social, la pertenencia, el éxito, la autorrealización, entre otras (Preteceille, 1977). Por esto, el sistema neoliberal a la vez que precariza la vida social, tiene la intención de estimular el hacer, las motivaciones, la expresión, una forma de participar. Esta es la “optimización de la vida” (Byun-Chul, 2014a).

Siguiendo el trabajo de Byun-Chul (2014a, 2014b, 2014c) lo crucial para entender la salud mental, es que los individuos se viven a sí mismos y actúan de acuerdo a ideologías y valores que pueden llegar a ser opresores de su salud mental. A pesar de ello, los sujetos las legitiman inconscientemente a través de sus prácticas cotidianas. Se han producido algunas aproximaciones empíricas a la forma en que grupos que viven en situaciones de pobreza, generan prácticas y discursos que a la vez que los remiten a un “querer ser parte de”, aunque los perpetúan aún más como pobres, y esto se acompaña a su vez de frustración e insatisfacciones personales. Un ejemplo es la investigación de Pavcovich (2008). De igual forma se pueden citar la ansiedad y la preocupación excesiva por la estética del cuerpo, y su relación con los modelos de belleza impuestos por la publicidad occidental (Rodríguez, 2006; Balbi, 2013).

Por estas razones, en países como Bolivia y Ecuador, se han dado cambios constitucionales importantes para “desmontar” los discursos neoliberales sobre la calidad de vida entendida de modo consumista. En este escenario, emerge el discurso del “Buen Vivir” como armonía con la naturaleza,

el establecimiento de lazos comunitarios solidarios, y el consumo sustentable (Schavelzon, 2015; Salazar, 2016).

Una cualidad derivada de la anterior, es la auto-explotación. Los discursos sociales que intentan optimizar/normalizar la vida social, comienzan a ser vividos como autoexigencias y autoimposiciones (Byun-Chul, 2014a). Para entender la salud mental, esto implica que el sujeto vivencia los fracasos no en relación a obstáculos estructurales o fuera de su voluntad, sino como resultado de su incapacidad, su poca valía personal, sus competencias insuficientes. Esto obstaculiza cualquier reconocimiento de las determinaciones económicas y políticas, y que la depresión, la ansiedad, la incertidumbre, la humillación y la vergüenza ante el fracaso, sean sistemáticas de forma consustancial al carácter estructural del Neoliberalismo (Byun-Chul, 2014a). “En el régimen neoliberal de la autoexplotación, uno dirige la agresión hacia sí mismo. Esta autoagresividad no convierte al explotado en revolucionario, sino en depresivo” (Byun-Chul, 2014a: 10) o consumista.

El argumento que se sostiene en este trabajo, es que los dos regímenes de verdad sobre la forma de entender la salud humana se superponen y actúan de conjunto. Esto es así por una razón teórica, y otra histórico-empírica. El segundo régimen de verdad retoma la categoría *subjetividad*, y con ello lo que se intenta es integrar una mirada compleja de la relación individuo-sociedad. En términos históricos-empíricos se aprecia una continuidad dinámica en la consideración de la subjetividad. Para la Economía Política Clásica, lo emocional era un objeto explotable, funcional al sistema. Ejemplos son los trabajos de Mandeville (1997) y Smith (2010). Con el surgimiento de los grandes grupos poblacionales, las teorías psicológicas sobre la fuerza de los instintos (Giddens, 2006), y

el afianzamiento del Capitalismo, lo mental pasó a ser objeto de una práctica institucionalizada con el objetivo de quedar bajo vigilancia (Foucault, 2007). Lo que se aprecia hoy con el Neoliberalismo es una transformación en esta forma de vigilancia y control social a través de lo subjetivo. De esta forma, la normalización de la subjetividad no es un hecho nuevo, sino que adquiere una relevancia sin precedentes para entender la salud mental hoy.

El género como habilitación: un ejemplo para entender el control sobre la subjetividad y la Salud Mental en el Capitalismo

Un ejemplo central de cómo los discursos capitalistas habilitan la vida social de un modo que vulnera nuestra subjetividad de forma sistemática, se encuentra en la construcción de lo masculino y lo femenino. El acceso del hombre al mundo del trabajo dentro del sistema capitalista ha tenido importantes repercusiones en la construcción social tanto de la masculinidad como de la feminidad. Si bien los datos epidemiológicos muestran una mayor tasa de suicidio entre hombres que entre mujeres (Escalera, 2002; Borrego y Santana, 2013; Sarracet et al., 2013; Veranes et al., 2013), el enfoque clínico positivista de la salud no ha podido ofrecer una explicación sobre estas diferencias, y las determinaciones del suicidio en cada uno de estos grupos.

Sin embargo, cuando se ubica el debate en el contexto de la teoría social crítica, y el género ocupa un papel explicativo central, se pueden trazar algunas líneas explicativas. El género es una construcción social de saberes, representaciones y prácticas acerca de lo que debe implicar ser hombre o mujer, en el plano de la autoconciencia, y en el plano de las relaciones sociales (Guzmán, 2007; Roscón, 2007; Granados, 2017).

La construcción social tanto de la feminidad como de la masculinidad, ha estado determinada por el empoderamiento histórico de la figura del hombre frente a la mujer y la familia, como resultado de la prioridad dada a su participación en la vida productiva capitalista que más ha sido valorada: la vida pública laboral (Roscón, 2007). Este empoderamiento ha dado lugar a relaciones de poder asimétricas entre hombres y mujeres, y la definición de lo masculino y lo femenino, se ha convertido en una constricción tanto para hombres como para mujeres (Burín, 2007; Guzmán, 2007; Roscón, 2007). En la vivencia de estas constricciones, radica un punto nodal para comprender el suicidio con una perspectiva de género.

En el caso de la feminidad, esta se ha construido socialmente sobre la base de los roles de afecto y cuidado a la familia. Para la mujer esto ha implicado, la devaluación e invisibilización del trabajo doméstico, que aspirar a la vida profesional se convierta en una ruptura entre las responsabilidades de cuidado a la familia y sus deseos de desarrollo profesional, limitaciones en sus posibilidades de ascenso laboral o profesional y diferencias de ingreso para iguales trabajos remunerados. Estos dos últimos puntos constituyen lo que Burín (2007) ha estudiado como el “techo de vidrio”.

Esta relación asimétrica con la figura del hombre, también ha implicado la dependencia del ingreso de este, y por lo tanto un papel secundario en la planificación del hogar, y en la capacidad de elegir sobre su propio futuro. En el actual contexto de precarización de la vida laboral, y por tanto de reto a los roles de la masculinidad, no se puede obviar cómo las mujeres también son víctimas de una creciente violencia doméstica (Valladares, 2007).

La masculinidad también ha quedado presa de las construcciones sociales determinadas por los

procesos de producción capitalista y el patriarcalismo. Lo masculino se ha construido históricamente sobre dos ejes. El primero es que el hombre debe ser sostén económico de su familia, y por ello debe ser exitoso y competitivo. En segundo lugar, dado su necesario rendimiento, debe tener un control férreo sobre sus emociones. Un hombre debe restringir sus emociones, porque lo contrario puede significar flaqueza o debilidad interior (Burín, 2007; Valladares, 2007).

Como resultado de ello, y en el contexto de la actual precarización laboral, la posición de poder del hombre ante sí mismo, ante la familia, y ante la sociedad, se ve constantemente retada a perderse o modificarse. En términos de la salud mental de los hombres podríamos preguntarnos: ¿qué impacto tiene en la subjetividad masculina el hecho de no poder proveer a su familia cuando se pierde el empleo? ¿Qué impacto tiene esto para la identidad masculina, una vez que se ha construido (habilitado) sobre los roles de sostén de la familia? ¿Cómo afecta su salud mental el decrecimiento del tiempo que puede estar con la familia, una vez que la precarización laboral y la asunción del rol de sostén económico lo obliga a trabajar 12 o 14 horas diarias, o incluso a migrar tras otras fuentes de empleo? (Hearn, 1999; Burín, 2007; Cruz y Ortega, 2007; Valladares, 2007; Hernández, 2010).

También y como hace De Armas (2007) cuando analiza las relaciones entre la construcción de género y el suicidio, podríamos preguntarnos ¿qué implicaciones tiene para las relaciones de poder entre hombres y mujeres, el hecho de que se democratice el acceso de las segundas al empleo, y por tanto estas puedan ser también sustento del hogar, o ello represente la posibilidad de su independencia de la figura del hombre (Burín, 2007).

En esta línea de análisis, el trabajo de Martínez (2016) es ilustrativo. Su investigación argumenta cómo el dolor psicológico y el intento de suicidio en adolescentes que interrumpieron voluntariamente el embarazo, no se puede explicar de forma determinista partiendo a priori de una condición del sentir de la mujer, sino que la explicación está en el proceso de construcción patriarcal que ha definido hegemónicamente a la feminidad sobre la base del afecto, el encierro del hogar, y el rol del cuidado a la familia, al hombre, entre otras.

Conclusiones

A partir de lo discutido hasta aquí, se sostiene que el suicidio puede ser comprendido desde dos grandes propuestas teórico epistemológicas. También, en la relación con dos procesos estrechamente interconectados como son por un lado, y como consecuencia de la expansión y la intensidad de la acumulación de capitales, *la ruptura de un pacto social entre el Estado y los individuos que ha caracterizado a la sociedad neoliberal*. Esto trae como consecuencia la necesidad de que estos últimos se “remodelen” en las nuevas condiciones del pacto social. Esta remodelación forzada de la subjetividad implica repensar las identidades, así como los proyectos y necesidades, en condiciones de aislamiento social, incertidumbre, ansiedad, frustración, revalorización de nuevos saberes, movilidad territorial. A su vez, todo ello está atravesado por la marginación y pobreza a la que han estado sometidos históricamente determinados grupos sociales, por parte de los grupos de poder económico y político.

Los trabajos citados en este trabajo muestran que estas remodelaciones están mediadas por diferentes espacios de reproducción de la vida social. En la relación directa con los individuos (consumo ideológico, necesidad de adquirir

nuevas competencias, acceso a los saberes), a través del trabajo (salario, horarios, cualidad de los contratos, movilidad territorial, dominio y competencia con la tecnología), pero también a través de las transformaciones acontecidas en las familias (composición, relaciones de género), y en los espacios socio-comunitarios (cambios en los modos de subsistencia, en relaciones comunales, transformaciones medioambientales).

En segundo lugar, se constata una ruptura del hombre consigo mismo. Un agotamiento consciente/inconsciente de las formas de vida social impuestas como parte de los procesos formativos. La conciencia está definida aquí a partir de la identificación de aquellas causas esenciales de esta ruptura, y por ello es posible afirmar que la forma predominante es inconsciente, dado el dominio que tienen los grupos hegemónicos sobre los discursos sociales y sus formas de circulación (Berger y Luckmann, 1995; Castells, 2009).

Este agotamiento puede aparecer en la conciencia del hombre como un hastío, una inconformidad, y una pérdida de sentido de las metas, las actividades, y los esquemas de interpretación de la realidad que se le han impuesto históricamente como las formas legítimas de vida social. Este hastío puede estar determinado precisamente por la intensidad de la contradicción que existe entre las necesidades del capital, y las necesidades humanas (estar con la familia/horas de trabajo para su sostén, sentimientos de pertenencia a un proyecto social/ el individualismo que emerge de la competencia en los mercados, disfrutar la vida en el tiempo/la aceleración en los tiempos de vida impuestos por la intensidad en el trabajo).

A través de este proceso, el hombre aparece en la relación consigo mismo, y puede llegar a reflexionar sobre la historicidad de su vida. Este es

el tipo de reflexión que hace Sennet (1998) por ejemplo, cuando analiza los efectos que tiene para la subjetividad la ruptura de la coherencia autobiográfica. Aunque este agotamiento no ocurre como reflexión consciente por parte de los individuos, su valor teórico radica en que aún un cuestionamiento al uso del tiempo y la cualidad de las actividades que se realizan, puede ser analizado teóricamente en relación a la forma en que la acumulación de capital precariza la vida.

La dinámica de estos dos procesos, cuestiona la comprensión del suicidio como un fenómeno que tenga que ver únicamente con la forma en que el individuo subjetiva la realidad social, una vez que los procesos estructurales determinan márgenes de autonomía a la praxis y la conciencia. En segundo lugar, este tipo de análisis cuestiona el hecho de que el suicidio sólo pueda ser comprendido como un hecho irracional y súbito. El proceso por el cual la acumulación de capital ha determinado las formas de producción y consumo, los conflictos de género, y las condiciones históricas de los grupos marginados, son procesos históricos (Breilh, 2013a), cuya expresión particular tiene lugar a través de personas con historias de vidas concretas en el largo plazo.

Los dos procesos en relación a los cuales se puede comprender el fenómeno del suicidio nos remiten a dos campos de acción interdependientes. Por un lado a un activismo académico con compromiso político que cuestione y haga propuestas

alternativas a la determinación en última instancia de las múltiples determinaciones sociales: el capitalismo como un proceso esencialmente injusto, inequitativo, precarizador de la vida social. En un segundo orden jerárquico, es imprescindible repensar los procesos a través de los cuales se introducen las múltiples aristas de las inequidades sociales en la planificación de las políticas públicas actualmente profundamente reducidas conceptual y monetariamente, y que esto coexista con un reconocimiento de la salud como un proceso histórico con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales universales para todos y todas.

El espacio de los intercambios sociales y la comunicación cotidiana, tiene una importancia doble para prevenir y comprender el suicidio. Estos son también los espacios de reproducción inconsciente de los discursos de poder, y por tanto deben ser reconocidos como “lugares” privilegiados desde los que pueden aportar las metodologías cualitativas. En segundo lugar, la vida social como un entramado comunicativo de significaciones, exige que los discursos teóricos sean inteligibles para los individuos de “a pie”. En este sentido, algunas “pistas” pueden ser: 1. que los individuos y los grupos humanos se reconozcan como tales, e identifiquen los procesos económicos y políticos que los convierten en lo que son. 2. Identificar las obviedades y prácticas asumidas de forma acrítica en nuestras vidas cotidianas, que determinan “lecturas” sesgadas de los hechos, limitan o sancionan otras vivencias posibles.

Referencias bibliográficas

Adinkrah, M. (2016). “Anti-Suicide Laws in Nine African Countries: Criminalization, Prosecution and Penalization”, *African Journal of Criminology and Justice Studies*, vol.9, Núm. 1: 279-292.

Almeida, C. (2005). “Reforma del sector salud y equidad en América Latina y el Caribe: conceptos, agenda, modelos y algunos resultados de implementación” *Gerencia y Políticas de Salud*, vol.4, Núm. 9: 6-60.

- Appadurai, A (Ed). (1991). *La vida social de las cosas. Perspectiva cultural de las mercancías*. México D.F: Grijalbo.
- Apter, A Y Gvión, Y. (2012). "Suicide and Suicidal Behavior", *Public Health Rewievs*, Vol. 34. Núm.2: 1-20.
- Arellano, O y Gil, J. (2001). "La polarización de la política de salud en México", *Cuadernos de Salud Pública*, vol.17, Núm. 1: 43-54.
- Arias, E y blanco, I. (2010). "Una aproximación al entendimiento del suicidio en comunidades rurales y remotas de América Latina" *Estudios Sociológicos*, vol. XXVIII, Núm. 82: 185-210.
- Bauman, Z y Tester, K. (2002). *La ambivalencia de la modernidad y otras conversaciones*. Barcelona: Paidós.
- Beriain, J. (2008). *Aceleración y tiranía del presente. La metamorfosis en las estructuras temporales de la modernidad*. Barcelona: Anthropos Editorial.
- Berger, P y Luckman, T. H. (1995). *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido. ¿Qué necesidades humanas básicas de orientación deben ser satisfechas?* Buenos Aires: Paidós.
- Blumenthal, S. (1988). "An overview and synopsis of risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients over the life cycle". <http://susan-blumenthal.org/wp-content/uploads/2016/11/Suicide-Over-the-Life-Cycle-Blumenthal.pdf> (Consultado el 21 de noviembre de 2016).
- Bolvitnik, J. (2015). "Límites objetivos del Capitalismo, múltiples tendencias que anuncian el fin del capitalismo y paradoja de Lauderdale", *Mundo Siglo XXI*, vol.37. Núm. XI: 11-26.
- Bonaldi, P. (2000). "Desintegración social y muertes violentas en los países de la Unión Soviética" *Psicodebate, Psicología, Cultura y Sociedad*, vol.2: 3-22.
- Bourdieu, P. (2003). *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Anagrama.
- Breilh, J. (2013a). "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 31 (supl 1): 1-14.
- Breilh, J. (2013b). "Entrevista a Jaime Breilh", *Archivos de Medicina Familiar y General*, vol.10, Núm.1: 37-40.
- Burin, M. (2007). Trabajo y parejas: impacto del desempleo y de la globalización en las relaciones entre los géneros. En: María Guzmán y Olivia Guerrero (Coord.). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. México DF: UNAM, 59-80.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder. Teorías de la sujeción*. Madrid: Cátedra.
- Byung-Chul, H. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder.
- Byung-Chul, H. (2014a). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- Byung-Chul, H. (2014b). *La agonía del eros*. Barcelona: Herder.
- Byung-Chul, H. (2014c). *En el enjambre*. Barcelona: Herder.
- Calvo, Y; Prado, J; Escobar, J; Núñez, E; García, A y Barreto, E. (2013). "Factores de riesgo asociados al suicidio en el municipio Sancti Spiritus en el quinquenio 2005-2009", *Revista Finlay*, vol.3, Núm.1: 58-65.
- Canguilhem, G. (1990). *La Salud. Concepto vulgar y cuestión filosófica*. París: Sables.
- Castellanos, P. L. (1988). "Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico" *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol.11: 40-55.
- Castellanos, P. L. (1990). "Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud" *Boletín Epidemiológico*, vol. 10, Núm. 4: 1-7.
- Chica, S; Henao, L; Avendaño, S y Pineda, D. (2016). "El suicidio desde la Psicología Humanista", *Psicología, Psicoanálisis y Conexiones*, vol. 8, Núm. 13: 1-11.
- Cruz, B y Ortega, M. (2007). Masculinidad en crisis. En: María Guzmán y Olivia Guerrero (Coord.). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. México DF. UNAM, 121-152.
- De Armas, P. (2007). "El suicidio ¿una cualidad de lo cubano?", *Revista Encuentro*, Núm.1: 1-12.
- Durkheim, E. (1983). *El suicidio*. México D.F: UNAM.
- Dusing, K. (2002). "La subjetividad en la filosofía clásica alemana de Kant a Hegel. Una panorámica a modo de programa", *Azafea, Revista de Filosofía*, vol. 4: 97-121.

- Engels, F. (1961). *Dialéctica de la naturaleza*. México: Grijalbo.
- Filho, A, Castiel, L y Ayres, J. (2009). “Riesgo: Concepto básico de la Epidemiología”, *Salud Colectiva*, vol. 5, Núm. 3: 1-12.
- Foucault, M. (2000a). *Los anormales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2000b). *Defender la Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freud, S. (2011). El Malestar en la Cultura. Obras completas (Tomo III). México DF. Siglo XXI editores, 3017-3067.
- Friedman, M. (2008). *La libertad de elegir*. Madrid: Gota Ediciones.
- Fromm, E. (1978). *¿Tener o ser?* México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Gadamer, H. (1993). *El estado oculto de la salud*. Madrid: Cátedra.
- Galende, E. (2008). “Psicofármacos y Salud Mental La Ilusión de no ser”. http://www.intercanvis.es/pdf/20/n20_art02.pdf. (Consultado el 8 de febrero de 2017).
- Giddens, A. (2006). *El Capitalismo y la moderna teoría social*. Cambridge University Press.
- Giddens, A. (2011). *La constitución de la sociedad. Bases para una Teoría de la Estructuración*. Amorrortu editores: Madrid.
- Gómez, M y Pego, R. (2013). “Las reformas a la protección social en salud en México: ¿rupturas o continuidades?”, *Perfiles Latinoamericanos*, vol. 21, Núm.42: 135-162.
- Granados, J. C. (2017). Violencia estructural, masculinidad y salud. El sujeto del neoliberalismo. *Revista Salud Problema*, Año 11, Núm. Especial: 91-102.
- Gregoire, A. (2002). “The mental health of farmers”, *Occupational Medicine*, vol. 52. Núm. 8: 471-476.
- GUINSBERG, E. (2005). *La salud mental en el Neoliberalismo*. México D.F: Plaza y Valdés.
- Guzmán, M. (2007). Algunas ideas acerca de la construcción social de las masculinidades y las feminidades, el mundo público y el mundo privado. En: María Guzmán y Olivia Guerrero (Coord.). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. México DF: UNAM. 99-120.
- Hall, S. (1986). “The problem of ideology. Marxism without guarantees” *Journal of Communication Inquiry*, Vol. 10. Núm. 2: 28-44.
- Hearn, J. (1999). “¿A crisis in masculinity or new agendas for men?” https://link.springer.com/chapter/10.1057%2F9780333982969_9#page-1. (Consultado el 8 de febrero de 2017).
- Huerta, B; González, Y y Kondeff, M. (2012). “Caracterización de la conducta suicida en adolescentes del municipio Cerro, 2009-2010”, *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, vol. 9. Núm. 2: 1-12.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Laurell, A. C. (1982). La salud enfermedad como proceso social, *Cuadernos de Medicina Social*, Núm. 19:1-11.
- Laurell, A. C. (2010). “La salud: de derecho social a mercancía”. <http://www.altillo.com/examen/uba/psicologia/saludpub/saludpub2010saludmercancia.asp> (Consultado el 12 de octubre de 2016).
- Lipovetsky, G. (1988). *La era del vacío. Ensayos sobre el individuo contemporáneo*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2008). *La sociedad de la decepción. Entrevista con Bernard Richard*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Lipovetsky, G y Serroy, J. (2010). *La cultura-mundo. Respuesta a una sociedad desorientada*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Mandeville, B. (1997). *La fábula de las abejas, o cómo los vicios privados hacen la prosperidad pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mann, J. (2003). “Neurobiology of Suicidal Behavior”, *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 4, Núm. 10: 819-828.
- Martínez, A. B. “El sufrimiento mental y la conducta suicida en jóvenes que cursan un embarazo no deseado: Una mirada en la Ciudad de México”. III Encuentro

- Latinoamericano de Investigación en Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia, 10-11 de noviembre de 2016.
- Marx, C. (1867). Cap. XXV. La teoría moderna de la colonización. El proceso de producción del capital. En: *El Capital*. Tomo 1. Siglo XXI editores, 915-980.
- Matthew, N. (2012). "Future directions from the study of suicide and self-injury", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Vol. 41. Núm. 2: 255-259.
- Mohanty, B. (2005). "We are like the living dead: Farmer Suicides in Maharashtra Western India", *Journal of Peasant Studies*, vol. 32, Núm. 2: 243-276.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Impacto de la crisis económica en la salud mental*.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención del suicidio*.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Previniendo el suicidio, un imperativo global*.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión. Nota descriptiva*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/> (Consultado el 6 de enero de 2017).
- Pavcovich, P. (2008). *Estrategias de reproducción social en la pobreza como marco analítico de un proyecto*. IX Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Misiones, Posadas.
- Perednik, G. (2005). "Filosofía y Suicidio". *El Catoblepas*, vol. 40: 5-10. <http://www.nodulo.org/ec/2005/n040p05.htm>. (Consultado el 13 de octubre de 2016).
- Preteceille, E. (1977). Necesidades sociales y socialización del consumo. En J. Terreil. *Necesidades y Consumo en la sociedad capitalista actual*. México D.F: Grijalbo, 35-90.
- Reguillo, R. (2000). Pensar los jóvenes: Un debate necesario. En: *Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto*. Colombia: Editorial Norma, 19-47.
- Roscón, G. (2007). Cómo seguir siendo hombre en medio de la crisis económica. En: María Guzmán y Olivia Guerrero (Coord.). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo* México DF: UNAM, 253-274.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar editorial: Buenos Aires.
- Sarracet, A; Pérez, T; Miclín, P; Pupo, Y; De la Cruz, L. (2013). "Caracterización psicológica de los pacientes con suicidio consumado en la Habana en el año 2010", *Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana*, vol. 10, Núm.1: 1-6.
- Serrano, J. (2013). "El "Consenso de Washington": ¿Paradigma económico del Capitalismo triunfante?" <http://www.cepal.org/Mujer/proyectos/gobernabilidad/manual/mod01/13.pdf> (Consultado el 4 de marzo de 2017).
- Shneidman, E. (2005). "Anodyne Psychotherapy for suicide. A psychological view of suicide", *Clinical Neuropsychology*, vol. 2, Núm. 1: 7-12.
- Shneidman, E. (2006). *Suicide as Psyche. A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior*. New York: Rowman y Littlefield Publishers.
- Sennet, R. (1998). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Smith, A. (1776, [2010]). *Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Stolkiner, A. (2001). "Subjetividades de época y prácticas en salud mental" *Revista Actualidad Psicológica*, vol. XXVI, Núm. 239: 1-8.
- Stolkiner, A. (2012). "Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental". http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/stolkiner_2013_medicalizacin_de_la_vida__sufrimiento_subjetiv_2014.pdf (Consultado el 18 de junio de 2016).
- Tetelboin, C y Landgrave, G. (2011). "El seguro popular de salud y la reforma a las políticas de salud en el estado de México", *Revista Gerencia, Política y Salud*, vol. 10, Núm. 21: 10-32.
- Tetelboin, C y Laurell, A. C. (2015). Por el Derecho Universal a la salud. Una agenda Latinoamericana de análisis y lucha. Universidad Autónoma Metropolitana, CLACSO: México.
- Tejeda, A. (2011). *Suicidio. La última decisión*. México

- D.F: Editorial Trillas.
- UNICEF. (2012). *Suicidios adolescentes en pueblos indígenas. Tres estudios de casos*. http://www.iwgia.org/publicaciones/buscar-publicaciones?publication_id=575 (Consultado el 5 de mayo de 2016).
- Valladares, P. (2007). Desempleo y violencia masculina. Reencuentro de una relación perversa. En: María Guzmán y Olivia Guerrero (Coord.). *Reflexiones sobre masculinidades y empleo*. México DF: UNAM, 317-338.
- Wahlbeck, K y Awolin, A. (2009). *The Impact of Economic Crises on the Risk of Depression and Suicide: A Literature Review*. Luxembourg: European Commission.