

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

ESCUELA DE FILOSOFÍA



**Repensar el Suicidio: Una Discusión Ética y Crítica de la Intervención Preventiva de la Organización Mundial de la Salud Desde la Teoría de Michael Foucault y Thomas Szasz**

Proyecto para optar al grado de Licenciatura en Filosofía

Modalidad: Tesis

María del Rocío Rodríguez Soto

Carné: 10543

Tutora: Giselle Amador Muñoz

Heredia, Costa Rica,

2023





## **Dedicatoria y agradecimientos**

A mi abuela Gladys que deseosa de obtener un título en educación superior se dedicaba horas a estudiar geografía de manera autodidacta. Ella, como muchas mujeres de mi familia, no cumplió su sueño de completar este proceso y ahora ellas están en mis sueños en cada paso, en cada logro de mi vida.

A mi familia, padre, hermanas y madres: A Iris Chavarría por su amor y cuidado, a Marlen por apoyarme, por creer en mí incluso en momentos difíciles, mamá sos una inspiración de coraje y dedicación.

A mis otras maestras:

A María del Mar Obando Boza por su tiempo y colaboración en la revisión de este documento. Nada de lo que has hecho por nosotras ha sido poco o en vano.

A Xóchitl Sierralta, mi amiga, mi lectora silenciosa, aguda y brillante.

A Roberto Cordero por la guía y por ser siempre esa compañía amena e inteligente.

A Ana Cristina Rossi que llegó a mi vida en un momento oportuno, con vos siempre aprendo y desaprendo.

A Diana Solano Villarreal por este camino recorrido, tu escucha atenta y esta amistad que quiero y valoro.

A Giselle Amador, por su paciencia, colaboración y buena disposición, agradezco a Ana Rodríguez el habernos presentado.

Justo a Ana Rodríguez por ver en mí lo que a veces me cuesta tanto trabajo observar, por su enseñanza más allá de la academia, ese ímpetu de no ser de este mundo, a donde sea que estés.

Mi eterno agradecimiento para el cuerpo administrativo de la Escuela de Filosofía, sin ustedes la escuela no sería lo que es.

A todos mis profesores que han sido parte de mi formación académica y personal, mi más profundo amor y respeto.

Finalmente, dedico este trabajo a todas las personas queridas antes mencionadas. Pero sobre todo a esas personas que ya no están por voluntad o porque se nos han adelantado.

Por el buen vivir y el derecho a decidir cómo morir con respeto y dignidad.

## ÍNDICE

Lista de Abreviaturas: autores, textos y organismos.....	vi
I CAPÍTULO.....	1
1. TEMA.....	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
3. JUSTIFICACIÓN.....	1
3.1 Datos sobre el Suicidio, caso Costa Rica.....	1
3.2 Importancia del tema.....	2
3.3 Enfoque filosófico.....	3
4. ESTADO DE LA CUESTIÓN.....	5
4.1 ¿Qué se ha dicho sobre el suicidio?.....	5
4.2 ¿Cuáles han sido los debates más importantes?.....	7
4.3 La influencia Greco-Latina bajo la lectura del cristianismo medieval.....	8
4.4 La influencia moderna del pensamiento mecanicista y biomédico.....	9
5. MARCO TEÓRICO.....	10
5.1 Clarificar el enfoque.....	10
5.2 Aportes filosóficos de M. F y T. S. al tema sobre suicidio.....	11
5.3 Teorías y conceptos por utilizar.....	13
6. OBJETIVOS.....	18
Objetivo General:.....	18
Objetivos Específicos:.....	18

7. METODOLOGÍA.....	18
7.1 Pautas para el análisis protocolario.....	18
7.2 Análisis del discurso como metodología .....	19
7.3 Método de recolección de datos e información.....	19
II CAPÍTULO .....	20
UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA FILOSÓFICA Y SEMÁNTICA DE LA PALABRA SUICIDIO.....	20
III CAPÍTULO .....	27
1. PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN: EL SABER-PODER, UNA ESTRATEGIA DEL CONTROL .....	27
2. ESTRATEGIAS DEL SABER-PODER: SOBRE LA DOBLE DIMENSIÓN DEL PATERNALISMO MÉDICO Y TERAPÉUTICO.....	38
A. Restringido o directivo .....	39
B. Débil o fuerte, puro o impuro .....	40
3. SOBRE EL PODER-SABER Y SU MICROFÍSICA .....	44
4. SOBRE EL PANOPTISMO Y EL BIOPODER.....	48
IV CAPÍTULO.....	53
1. ALTERNATIVAS FILOSÓFICAS Y ANTIPSIQUIÁTRICAS AL SUICIDIO ..	53
2. UNA ALTERNATIVA FILOSÓFICA: CONÓCETE A TI MISMO/A, EL ARS VITAE.....	55
V CAPÍTULO .....	61

RESPUESTAS FILOSÓFICAS SOBRE LA AUTONOMÍA DE MUERTE, AUTORES	
VARIOS.....	61
1. Lucio Anneo Séneca (4 a. C - 65 d. C). ....	62
2. John Donne (1572-1631).....	64
3. Arthur Schopenhauer (1788-1860) .....	67
4. Philip Batz (1841-1856).....	70
5. Albert Camus (1913-1960).....	72
VI CAPÍTULO .....	78
CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES.....	78
BIBLIOGRAFÍA .....	89



## **Lista de Abreviaturas: autores, textos y organismos**

*Arqueología del Saber (AS)*

*Código Hipocrático (C.H)*

*Ética, Estética y Hermenéutica (EEH)*

*El Origen de la Hermenéutica de Sí (OHS)*

*Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)*

*Libertad Fatal. Ética y Política Del Sujeto (LF)*

*Michael Foucault (M.F)*

*Organización Mundial de la Salud (OMS)*

*Organización Panamericana de la Salud (OPS)*

*Thomas Szasz (T. S)*

*Trabajo Final de Graduación (TFG)*

“No hay, ni puede haber teorías nuevas sobre el suicidio. Nos damos muerte por lo mismo que hace miles de años. Apenas alguna variación estadística, algún repunte o descenso en la tabla de la desesperación”

(González-Cobo. 2015, p. II).



# I CAPÍTULO

## 1. TEMA

La idea de este TFG no es hacer una apología del suicidio, sino realizar una investigación teórica que se acerque a posibles comprensiones del fenómeno que implican cuestionarse los protocolos de prevención del suicidio por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y sobre como sus políticas protocolarias continúan ligadas a principios psiquiátricos convencionales, los cuales continúan utilizando medios de persuasión y vigilancia con el fin de invalidar una decisión a fin de cuentas personal.

## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio ha sido un fenómeno común en la historia humana, ¿cuáles son las razones por las que se previene el suicidio, por qué representaría un problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud? ¿Es el suicidio realmente prevenible?

## 3. JUSTIFICACIÓN

### 3.1 Datos sobre el Suicidio, caso Costa Rica

Se partirá de los datos estudiados en Costa Rica como referencia y luego se analizará en el campo investigativo propiamente.

El artículo publicado por el Semanario Universidad, titulado: *Los suicidios aumentan en Costa Rica ocultos entre las comunidades* (2019), devela varias situaciones, una de ellas es que no se registran de manera oficial los suicidios, se sabe que ha habido un aumento de acuerdo con Molina, L. (05 de junio del 2019). Semanario Universidad:

La tasa nacional de suicidios en Costa Rica pasó de 6,4 en el 2017 a 7,2 por cada 100 mil personas en el 2018, y el intento de suicidio aumentó un 65%, pero la situación es más grave de lo que estas cifras pueden reflejar las estadísticas (pp 4).

Conforme a la OMS, se reportan solo una tercera parte de los suicidios, según la “Mortalidad por suicidio de las Américas”.

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), se cometieron en el país (2018), más suicidios que homicidios. En este mismo año, los promedios anuales de suicidios registrados fueron de 4,8 por cada 100 personas y las tasas más altas corresponden al Guarco de Cartago, Santa María de Dota, Tarrazú, León Cortés y Talamanca.

Algunas de las causas de muerte voluntaria, según explica Molina, se relacionan con la desigualdad social, falta de oportunidades laborales, violencia intrafamiliar, drogodependencia, ruptura de lazos interpersonales o socio afectivos, trastornos emocionales, entre otros.

### 3.2 Importancia del tema

La muerte por suicidio es parte de la condición humana, desmitificar el estigma y los prejuicios sociales son de gran relevancia para reconocer los modelos médicos convencionales ejercidos en el abordaje preventivo y cómo la misma población los ha reproducido sin mayor reflexión. Este TFG se propone comprender el fenómeno de la muerte voluntaria desde la validación individual, compasiva, respetable e incluso como un último acto de liberación. Los/as lectores deberán acceder con apertura al entendimiento ante la búsqueda electiva que mueve a las personas a quitarse la vida, sean estas decisiones “pasivas” o “activas”. Entendiéndose “pasiva” como “dejarse morir”, y/o “activa” como la concreción suicida.

Abrirse al diálogo, significa sembrar la semilla de la duda y reflexionar, ¿por qué en unas sociedades o comunidades ha transcurrido tan “natural” la decisión de dejar de vivir y para otras culturas no? ¿Por qué algunos Estados de siglos anteriores condenaban a muerte a las

personas sobrevivientes de suicidio, si esa al final era su finalidad? ¿Es el suicidio un acto negativo *per se*? Si la respuesta es positiva, entonces ¿Para quién o para quiénes es un acto reprochable?

Investigar sobre la muerte voluntaria es dilucidar de dónde vienen los discursos “prevencionistas” y a qué categorías éticas se adscriben. De manera tal que la intención de este TFG sea novedosa y busque provocar la discusión con el fin de repensar la “eficacia” de tales políticas, si las hay. Asimismo, de manera comparativa, indagar conceptos dados por sentido en relación con los *Discursos de Poder: dispositivos*, panoptismo (ojo vigilante) y *Biopoder* (poder sobre la vida), identificados en las políticas protocolarias sobre el suicidio desde las recomendaciones de la OMS y el actuar social; de manera tal, que se pueda contrarrestar con la perspectiva conceptual antipsiquiátrica de Thomas Szasz.

### 3.3 Enfoque filosófico

Este TFG tiende a una investigación bibliográfica enfocada en tres valiosos ejes que se entrelazan, considerando de mayor indagatoria la ética: ¿Cómo nos comportamos ante un fenómeno como el suicidio? ¿Cuáles son los orígenes filosóficos a los que se adscriben los protocolos de prevención del suicidio (racionalista, mecanicista, positivista)? ¿Es un derecho individual quitarse la vida? ¿Pertenece al Estado o a Dios? ¿Existe una intención de corrección moral en la prevención?

Desde el eje existencial es determinante posicionar al sujeto, al cuerpo, a la persona doliente y reivindicar su derecho a la autonomía, a la autodeterminación sobre su vida y su muerte, de la cual, a la postre es la única decisión a la cual podemos optar, tal como lo menciona Séneca en *Epístolas de morales a Lucio* (p. 400). Asimismo, desde el pensamiento Camusiano, el suicida es visto o vista, como “un/a amante de la vida” cuya opción de “muerte” implica no vivir la vida como este desea, ni merece. En la versión de Camus (2020), el desprecio de Sísifo

por los dioses, su odio a la muerte y su apasionamiento por la vida le valieron ese suplicio indecible (p. 59). Camus, nos recuerda “que no hay sino un problema filosófico realmente serio: el suicidio” (p.17).

Por otro lado, se integrará el eje epistemológico en menor grado, pues en él se estudiarán las razones por las cuales los protocolos prevencionistas han basado su conocimiento en el abordaje de atención al suicidio influenciados por los modelos médico-psiquiátricos que a su vez propone y recomienda la OMS.

En este sentido la ética de Szasz se opone a la lógica de estos modelos mencionados. En su libro, *Libertad Fatal: Ética y política del suicidio*, la voluntad de muerte no es diferente de otras acciones que generan consecuencias duraderas e irreversibles, de hecho, el antipsiquiatra lo compara con “traer hijos al mundo”.

Pareciera que el autor se adscribe a ciertos rasgos de la ética consecuencialista, cuyo objetivo identifica la “mejor elección” para sí u otras personas. Es decir, que la ética también llamada *teleológica* “finalista”, entiende una acción que se cree correcta si esta genera un bien mayor, o un “bien” sobre el “mal”. Damos por hecho, que la persona suicida considera que es preferible morir a seguir viviendo. Szasz dirá:

Si estamos de acuerdo con su valoración, llamamos “racional” a su suicidio; si no lo estamos, lo llamamos “irracional” (Szasz, T, 2002, p. 28).

Dentro de la lógica protocolaria intervencionista, el suicidio no es racional puesto que tiene como punto de partida, según la OMS, prevenir las altas tasas de muerte, su comparación parece equipararse con las muertes por homicidio, y la vida, debe de ser defendida como un bien mayor.

En ningún momento se observa el suicidio como un tema histórico-cultural o natural, puesto que es prevenible, aunque las estadísticas muestren un ascenso en el suicidio, lo que lleva

a preguntar: ¿si la precipitación de la propia muerte ha sido un fenómeno común en la historia humana? o ¿cuáles son las razones por las que se previene el suicidio?, ¿por qué representaría un problema de salud pública, según la Organización Mundial de la Salud?, ¿es el suicidio realmente prevenible?, ¿qué han aportado los y las pensadoras a través de la historia sobre “morir bien” (tanato-ética)?

## 4. ESTADO DE LA CUESTIÓN

### 4.1 ¿Qué se ha dicho sobre el suicidio?

De manera reiterativa, tanto los documentos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS afirman que un aproximado de 1 000 000 (un millón) de personas en el mundo mueren por suicidio cada año, equivalente a una muerte cada 40 segundos. Y se encuentra entre las 20 principales causas de mortalidad. Otros de los datos arrojados son las dificultades en la veracidad de las cifras y la validez interpretativa influenciada por aspectos legales y socio-culturales de cada país. Según describe el informe de la *Mortalidad Por Suicidio En Las Américas*:

Diversos estudios han reflejado que por cada suicidio consumado ocurren de 10 a 20 o más intentos suicidas (OMS, 2013). La denuncia de los intentos varía entre los países y en la mayoría de los casos no hay información disponible y confiable por la falta de un apropiado sistema de vigilancia.

A nivel mundial, los hombres presentan una mayor tasa de suicidios que las mujeres, con una razón aproximada de 3,5 a 1. En contraste, las mujeres presentan mayores intentos suicidas que los hombres. Una de las razones que explican este escenario es que los hombres emplean métodos más violentos y letales (OPS/OMS, 2014, p. 1-2).

Además, desde 2009, han aumentado en la población joven de edades entre los 15-25, 35-45 años.



En términos generales, la prevención se centra en los métodos empleados, es decir, es vital para el funcionamiento preventivo la vigilancia de la persona que se reconoce como suicida. Tal control, como cualquier sistema de vigilancia, evidencia sus limitaciones al acceso de información, incluso oficialmente registrada por algunos países. Es también observable la exclusión de otras poblaciones específicas en riesgo de autoeliminación como infantes, población diversa sexual, adultos mayores, habitantes de calle, población indígena, entre otras.

Las estrategias de prevención, según indica Solano, A., una vez reconocida la persona suicida, ha de restringirse el acceso a medios letales. De esa manera se eliminan los factores de riesgo.

Se ha visto a lo largo de los años que restringir el acceso a medios letales limita la ejecución rápida del plan suicida. Desde un entorno familiar, con vigilancia estricta y restricción a medios letales cercanos, a un nivel comunal con capacitación a personal de armerías, reglamentación para uso de pesticidas no tóxicos, mejoras en las políticas públicas a través de leyes para garantizar la seguridad de la población (Solano, A., 2018, p. 14).

Bajo esta línea de pensamiento, entre algunas de las restricciones de accesos suicidas sugeridas e implementadas en varios países se encuentran: colocación de barreras protectoras, cámaras, sistema de alarmas en puentes y líneas del tren, programas de seguridad para uso de armas de fuego con restricción para su venta, valoración psicológica antes de portar armas de fuego, dispensación segura de medicamentos, pesticidas, psicoestimulantes, ansiolíticos, entre otros.

Tres medidas que disminuyen el riesgo, en cuanto acceso de métodos de autoeliminación, según el autor implican: “la preservación del contacto con el paciente” (p.13), es decir, seguimiento del paciente, número de consultas acumuladas, manifestación de “ideación suicida” por parte del paciente y mantener al servicio de atención de salud pendiente de la conducta suicida del sujeto en cuestión. Finalmente, la tercera medida nos habla de las

“Estrategias por medios de servicios telefónicos” (p.16), cuyo principal ejercicio es atender la emergencia respetando el anonimato y confiabilidad de los datos brindados, intervención en crisis por parte de personal autorizado y capacitado y, por último, el seguimiento dirigido a la persona en riesgo.

#### 4.2 ¿Cuáles han sido los debates más importantes?

La muerte voluntaria ha sido tema de muchas disciplinas, doctrinas y culturas. Incluso, ha determinado el honor de un linaje entero y hasta es considerada una acción moralmente respetable, aún en la actualidad. No obstante, las discusiones que circundan la voluntad de morir, al menos en términos generales, han sido heterogéneas. Hablar sobre “suicidio” como lo conocemos, es decir “acción de matar (se)” es relativamente “moderno” y peyorativo, relacionado con el latinismo “*cidium*” “matar” u homicidio. Por esta razón es importante describir los debates que conciernen a esta acción desde el significado mismo. La “muerte voluntaria”, del latino “*mors voluntaria*”, no se interpretaba como una acción negativa, Szasz (p.23), ubica la “invención” de esta palabra por el pensador romano Cicerón (106-43 a.C), lo cierto es que para el “mundo” greco-latino variaba según la labor especulativa de las escuelas filosóficas y la influencia de estas determinaba la visión de la ciudadanía y los rituales en torno a la muerte.

Los debates más importantes sobre la *muerte voluntaria* y luego sobre el *suicidio*, se centran en la transición pecado, enfermedad-locura, delito. A partir del siglo XIX la discusión se enfrasca entre la psiquiatría convencional, la psicología incipiente y el modelo biomédico (reducido a la evidencia, dualista, fragmentada y mecanicista).

En cuanto a los aspectos histórico-filosóficos el debate se ha mantenido entre: a) los prejuicios y tabúes del cristianismo opuesto a los rasgos del pensamiento greco-latino, b) la influencia moderna del pensamiento mecanicista y biomédico y c) El pensamiento contractual

contemporáneo del ejercicio de la libertad, el cual se desarrollará desde la perspectiva del pensamiento crítico de Michael Foucault y Thomas Szasz, explicado en los siguientes apartados.

#### 4.3 La influencia Greco-Latina bajo la lectura del cristianismo medieval

Platón y Aristóteles, en particular los textos de la *Ética a Nicómaco*, las *Leyes* y el *Fedón* dejan en claro que el sujeto le pertenece al Estado y estos son patrimonio de los dioses. Matarse viola la ley de la *polis*. Incluso, Aristóteles (V, 9, 1138a) concibe al acto de quitarse la vida como cobardía, debilidad, sin razón y deshonra (2001, p. 178). En el caso de Ambrosio de Milán, maestro de Agustín de Hipona, censura la voluntad de muerte (*De virginitate*, III), Agustín no le censura, sino que análoga la *mors voluntaria* con el homicidio, es quien estrena el suicidio como pecado. Según Agustín de Hipona el mandato de Dios “No matarás” debe ser aplicado al suicidio. Sobre la muerte de Judas, para de Hipona, se cometen dos pecados: 1. La traición al maestro y 2. El quitarse la vida (González-Cobo, R, 2015, p.161).

Por otro lado, Tomás de Aquino, pese a disculpar la muerte de Sansón y la de Razías (al cual adjudica valentía y honorabilidad) en la *Suma Teológica* (1485), a la acción de matarse la entiende *contra natura* y por tanto contra dios, así como al amor de la creación de este.

La contradicción inter-discursiva pre-renacentista yace en: la incapacidad de ser juez de sí mismos por cumplir la voluntad de dios y la capacidad de elegir con honor la muerte ante una injusticia: “nada que se haga noblemente y con valor es ilícito”. Pese a que De Aquino excusa el suicidio de Razías, le cree una “*mollities animis*”, una “flojedad de alma” (p. 176-178).

#### 4.4 La influencia moderna del pensamiento mecanicista y biomédico

El egocentrismo renacentista, como describe González-Cobo, perfiló la modernidad. Con Francis Bacon se entendió la forma en que podía dominarse y transformar la realidad y la naturaleza a través del conocimiento científico. Esta es la descripción de un rasgo general del pensamiento moderno. Bajo esta misma lógica, René Descartes debuta con el sistema de pensamiento mecanicista, modelo cuyo funcionamiento explicativo del universo reduce la materia al movimiento, el cuerpo humano es visto como una máquina.

En contexto, la “llamada primera revolución científica” implicó una interdependencia del capitalismo del siglo XVII-XVIII, exacerbando las relaciones instrumentales. Afirmación mencionada por Max Horkheimer, en la *Crítica de la Razón Instrumental* (1947).

Asimismo, el basamento que constituye el modelo biomédico absorbe el pensamiento cartesiano y newtoniano, el cual divide la naturaleza humana en cuerpo y mente; el cuerpo a su vez es considerado como una estructura biológica *cuyos elementos funcionan de acuerdo a leyes de la física clásica, en términos de movimientos y ajustes de sus partes* La definición sobre patología cumple más o menos el mismo significado dualista en términos cartesianos, enfermedad entendida como ausencia de salud. No obstante, las definiciones han variado según los estudios e integraciones complejas bio-fisio-psicológicas (Baeta, M. 2005, p.82).

La OMS también ha variado la definición conceptual de salud agregando las críticas hechas por especialistas y profesionales en esta área. La página oficial de este organismo la define como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OPS/OMS, p 4).

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 Clarificar el enfoque

El movimiento antipsiquiátrico y sus rasgos éticos se desarrollaron en el siglo XIX, grosso modo, parten de la libertad del “paciente” contra una psiquiatría represiva institucionalizada por el Estado, basada en la obediencia y el amedrentamiento. En otras palabras, la antipsiquiatría es un movimiento de resistencia contra la etiqueta de “demencia”, la presencia involuntaria del sujeto doliente en los centros psiquiátricos, casas de acogida u hospicios, se opone a la “psicovigilancia”, o como dirá Cooper y Basaglia: la “psicopolicia” (Cooper, D, 1981, p. 132).

La presente investigación comprende una dimensión ética autónoma y compasiva del movimiento mencionado, particularmente proveniente del pensamiento de T. S., quien fungió como uno de los padres de la antipsiquiatría.

Para T. S., uno de los derechos más importantes del ser humano es el cómo se elige vivir la vida y cómo se elige vivir la muerte. Afirma que definir el suicidio como un problema o una enfermedad debe ser evitado a toda costa. La acción suicida devela una forma de protección frente a un futuro considerado peor que la muerte. “Quitarse la vida es una acción orientada al futuro, una anticipación, una red de seguridad existencial” (Szasz, T, 2002, p. 57).

T. S. (2002) considera que el suicidio es “un problema moral”, no puede juzgársele como un homicidio o algo semejante, se debe examinar el contexto en el que ocurre, los motivos del sujeto y las consecuencias de la acción: “Una sociedad verdaderamente humana debería reconocer esta opción como un derecho civil respetado” (p. 211). El dejarse morir, o bien, el anticipo de la propia muerte concierne íntimamente a la sensación subjetiva del bienestar

personal. La conclusión moral del suicidio está constituida por el derecho individual, entendiéndose como una acción libre e independiente: autónoma.

La palabra autonomía se origina de las raíces griegas *auto* (yo), *nomos* (ley o gobierno), de manera que su significado quiere decir, autogobierno. Este concepto también ha sido utilizado por Stuart Mill, autonomía o autogobierno. Es “amor propio”, diría S. Mill en voz de T.S, pues supone el ejercicio de nuestras capacidades de acuerdo con la propia decisión (p. 216).

El objetivo de la voluntad está ligado al ejercicio de la práctica de la libertad, dirá Michael Foucault (M.F.), al mismo tiempo es un ejercicio ético, siempre y cuando se practique reflexivamente<sup>1</sup>. Dicha idea, tiene origen en los enunciados filosóficos grecorromanos, puesto que se le daba determinante importancia a la libertad individual.

Ahora bien, si para M.F. la libertad “es la condición ontológica de la ética”, la reflexión es fundamental para desempeñar cualquier práctica de la libertad, una vez comprendido esto, sobre el suicidio Foucault dirá:

Creo en la espiral del suicidio: estoy seguro de que mucha gente se siente deprimida ante la idea de todas esas mezquindades a las que se condena a un candidato al suicidio y no hablo de los mismos suicidas [...].

Consejo para los filántropos. Si quieren ustedes que disminuya realmente el número de suicidios, hagan que solo se maten la gente por voluntad reflexiva, tranquila y liberada de incertidumbre (Foucault, M., 1999, p. 200).<sup>2</sup>

## 5.2 Aportes filosóficos de M. F y T. S. al tema sobre suicidio

Tanto T.S. cómo M.F. pueden considerarse “maestros de la sospecha” del siglo XX-XXI, puesto que cuestionaron el saber y los criterios establecidos, lo que se consideraba con toda

---

<sup>1</sup> Estas ideas Foucault las desarrolló plenamente en su libro: *El Origen de la hermenéutica de Sí* (1980).

<sup>2</sup> *Un placer tan sencillo*. “Un plaisir si simple”, (abril de 1979).

seguridad incuestionable (la locura, la vigilancia, el control), el tratamiento terapéutico (el dominio, el encierro, el discurso médico-legal) es ahora altamente discutido.

Benavides (2018) señala que, con anterioridad, Paul Ricoeur había adjudicado a Federico Nietzsche, Carlos Marx y a Sigmund Freud como “los maestros de la sospecha”, ya que fueron estos intelectuales quienes dudaron de los valores de su sociedad europea, de la creación del sujeto ilustrado, de la religión y la economía que se sustentaban bajo el error de la creencia ciega de la razón y la racionalidad emergente del viejo continente occidental (p. 8-9).

Asimismo, Szasz y Foucault cuestionaron los modelos establecidos por el psicoanálisis freudiano, sobre la cura y el encierro de las disciplinas vinculadas al etiquetamiento humano, adelantándose a criterios que hoy sostienen la psicología social y la psicología crítica.

En cuanto a los aportes de M.F. a la filosofía, podrían destacarse dos enfoques fundamentales: en la política y en la ética. En la primera da a conocer y no sin un aire anómico, la sospecha ante “los discursos de verdad”, los discursos universales y globales que predominan en la historia sobre “ciertos saberes sometidos” mediante mecanismos de jerarquización. Por ejemplo, el Damians retratado en *Vigilar y castigar* (VC), quien es juzgado y condenado a tortura por desafiar la autoridad cometiendo parricidio. Tras la metáfora Padre-Estado puede encontrarse un “enemigo” de la cordura, normalidad y la razón representada por las disposiciones de la autoridad, constituido por “el discurso de verdad”. “El arte de castigar debe apoyarse, por lo tanto, en toda una tecnología de la representación” (Foucault, M, 2016, p. 121). Sea esta de carácter jurídico, psiquiátrico o pastoral. Luego, el panóptico, creado por J. Bentham como arquitectura carcelaria de control y vigilancia ventajosas para los custodios, generó una nueva constitución teórica practicada por cada disciplina, cuyo propósito funcional ejercía control sobre la persona psiquiatrizada. Dicha operatividad destaca particularmente la mentalidad del sujeto moderno occidental. Asimismo, el encubrimiento de un Estado cuyo

discurso paternalista “garantiza” las libertades públicas, con la verdadera intencionalidad de dominar y desplegar mecanismos que procuran una sociedad disciplinaria concretando así el pacto social y sutilmente las interacciones microscópicas de vigilancia entre los sujetos (microfísica del poder y biopoder).

Sobre los aportes que genera a la ética, “el último” Foucault, desarrolla *la estética de la existencia*, centrada en el pensamiento estoico grecorromano, como se ha mencionado anteriormente, que se basa en el autogobierno, en el cuidado y conocimiento de sí. La ética foucaultiana propone la reinención de una subjetividad que permita concebir la vida como una obra de arte. Para Sauquillo (2017) esta *praxis* de la “estética de la ética” consiste en el cuidado de sí para el cuidado de otros, consta de varias prácticas, incluye la escritura de cartas a amigos exponiendo nuestro interior, análisis memorísticos y la observación de uno mismo durante el día y la noche (p. 511-512).

Esta propuesta puede generar alternativas de mejoría anímica en estados críticos de personas dolientes, tomando en cuenta la preparación del autor (M.F) ante su muerte en 1984 y los aportes generados, los cuales se mencionarán más adelante en el transcurso de esta investigación.

### 5.3 Teorías y conceptos por utilizar

La investigación bibliográfica se enmarca en la crítica política y protocolaria de la OMS en cuanto la atención preventiva del suicidio desde la comprensión de los autores contemporáneos Thomas Szasz y Michael Foucault, principalmente. Luego, en cuanto a las definiciones secundarias se encontrarán algunos autores especialistas en bioética como Diego Gracia Guillén y Diana Cohen Agrest. Finalmente se recopilará algunas *praxis* del “buen vivir, bien morir” de varios pensadores de distintos contextos: L. Séneca, J. Donne, A. Schopenhauer, P. Batz, A. Camus.



### 5.3.1 Conceptos primarios

### 5.3.2 Prevención desde la definición de T. S, OMS y OPS

#### A) Thomas Szasz

Los objetivos protocolarios de la prevención al suicidio tienen como finalidad identificar los métodos efectivos para evitar la muerte voluntaria frente a una regulación comportamental del sujeto doliente.

La expresión “salvando” o “rescatando”, recurrentes en estos programas preventivos descansa en el uso de las prácticas psiquiátricas o clínicas-psicológicas que más bien deberían llamarse “prevención por la fuerza del suicidio” (Szasz, T, 2002, p. 98).

#### B) Protocolos OMS

*Prevención* proviene del verbo pre-venir, el cual quiere decir: “evitar”. Desde 1966, El *Comité Ejecutivo De La Sociedad Internacional para La Prevención Del Suicidio* había realizado reuniones con el fin de llamar la atención de las autoridades sanitarias nacionales y locales para la creación y desarrollo preventivo en varios países. En esa misma fecha empezaron a adherirse datos estadísticos de especialistas internacionales acerca del tema.

Debido al incremento de los suicidios las medidas preventivas se encuadran dentro del marco de la salud pública (S. XIX). Algunos de los textos revisados fueron los siguientes:

- OMS (1969) Cuaderno de Salud Pública
- Prevención Del Suicidio Recurso Para Consejeros (2006)
- Prevención al Suicidio, un imperativo global (2014) también de la OMS y la OPS.

## C) Michel Foucault

### a) Discursos de verdad:

Foucault piensa, según *El Orden del Discurso* (1971), que ya desde el siglo XVI se planteó un arquetipo de racionalización; justificado por la teoría de las riquezas y la producción, el sistema penal, el saber sociológico, el saber psicológico, el saber médico-psiquiátrico, autorizada y permitida en nuestras sociedades.

### b) Panoptismo:

M.F. llamó *panoptismo* a una nueva condición transformadora de la moral. Al siglo XIX lo denominó la edad del *panoptismo* por su capacidad de custodiar los ciudadanos, la cual consiste en un reajuste universal del control, haciendo de la vigilancia un dispositivo de las fábricas, escuelas, psiquiátricos. (*Vigilar y Castigar Nacimiento de la Prisión*. 1976).

### c) Microfísica del Poder

El poder no es, en suma, “nada”. El poder funciona de manera invisible en tanto que no es algo o alguien, no tiene dominios. El poder es una interrelación invisible que reduce, explota, extrae, reprime, violenta y atraviesa el cuerpo (cuerpo físico, textual, social). La microfísica, por lo tanto, interviene en relaciones de poder locales, administra el espacio, su dispositivo es vigilante y se relaciona con el ejercicio del poder, mucho más que el ejercicio del saber. La microfísica indaga, registra, verifica (ejemplo: la estadística, no como ciencia, sino como registro).

Este concepto aparece transversalmente en la obra de M.F. Sin embargo, pueden leerse con amplitud estos estudios: *El orden del discurso* (1971) y en la *Ética, Estética y Hermenéutica* (1978).

#### d) Biopolítica

Para el especialista en Foucault, Edgar Castro (2011) el *biopoder* es atribuido a las formas de ejercicio del poder que tienen por objeto la vida biológica del hombre. Entendido de esta manera general, incluye tanto el poder ejercido sobre los cuerpos de los individuos (las disciplinas, la anátomo-políticas), como el poder ejercido sobre la población o la especie (p. 55).

#### e) La estética de la Existencia

Se relaciona con las prácticas del estoicismo y epicureísmo, antes de que estas fueran interpretadas por el cristianismo. “La estética de la existencia” (*El origen de la hermenéutica de sí. Conferencia de Dartmouth, 1980*), tiene inicio en estética ética de las aplicaciones técnicas yóica (subjetivas), que se centran en el “conocerse a uno mismo” y en el gobierno de sí influenciado por pensadores como Séneca, Plutarco y Epicteto.

Esto implica las formas de “habitar en uno”, el goce de la propia individualidad. Esta práctica estoica fue llamada *askesis* y consta de: 1. *Función crítica*, donde el sujeto desaprende malas costumbres. 2. *Función de lucha*, comprendiendo la vida como un *combate* permanente con aquella parte de la exterioridad que le es adversa. Y la 3. *Función curativa y terapéutica*, dirigida a sanar las enfermedades del alma (Sauquillo, J, 2017, p. 517).

### 5.3.2 Conceptos secundarios de autores varios

#### D) Paternalismo

##### Diego Gracia

Una definición sobre *paternalismo* puede encontrarse en el libro: *Fundamentos de la bioética*, escrito por Diego Gracia (2007), quien explica la interacción médico-paciente, entendiéndose desde las relaciones de dominación, basado en el código hipocrático. Es pues, el

médico quien marca un rol sociológico preponderante de “poder”.

## Diana Cohen

Otra de las posibles definiciones encontradas es de Cohen, Doctora en Filosofía de la Universidad de Buenos Aires Argentina, quien identifica algunas diferencias entre paternalismo *médico y terapéutico*: Restrictivo y Directivo, (débil, fuerte, puro e impuro). En la primera encontramos dos maneras de comprenderlo: *Restrictivo*, prohibir u obstaculizar la consumación de un acto, por ejemplo, esconder o evitarle al sufriente todo aquel instrumento con el que se pueda quitar la vida u ocasionarse algún daño. Sin embargo, el paternalismo no solo se debe comprender desde la restricción únicamente.

Y el Paternalismo Directivo, que, por el contrario, puede alentar o incluso forzar al paciente a tomar una decisión definitiva. Es decir, facilita los actos autodestructivos. La autora asevera que el paternalismo *directivo* es poco reconocido y menos discutido, pero incluso puede ser más nocivo que el primero, pues en él coexiste un uso de “manipulación circunstancial” peligrosa para él o la doliente. *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. (Cohen. 2007. p.231-233).

## E) Tanatoética

Rama disciplinaria de la filosofía encargada de la comprensión, significado y proceso de muerte con el fin de desarrollar mecanismos o herramientas para su reflexión moral, brindando así una orientación multidisciplinaria, sanitaria, personal y profesional a quienes la requieran practicar. Esta definición se desarrollará tomando en cuenta a los siguientes autores: L. Séneca, J. Donne, A. Schopenhauer, P. Batz, A. Camus.

## 6. OBJETIVOS

### Objetivo General:

Crear desde el análisis crítico del suicidio, una alternativa filosófica sobre la prevención del suicidio, según la hermenéutica de T. Szasz y M. Foucault

### Objetivos Específicos:

a) Evidenciar desde una hermenéutica crítica sobre los protocolos de la OMS cómo se han estandarizado los discursos de poder-saber en relación con el suicidio.

b) Proponer una respuesta filosófica sobre el tema del suicidio tomando en cuenta el pensamiento de Michel Foucault y Thomas Szasz

c) Demostrar que pueden desarrollarse concepciones autonómicas sobre la decisión de morir, tomando las definiciones de pensadores varios.

## 7. METODOLOGÍA

### 7.1 Pautas para el análisis protocolario

A continuación, se expondrán algunos de los temas principales propuestos por la OMS, bajo la lupa crítica de Foucault, a través de sus aportes teóricos: *discursos de verdad* como método de análisis con el fin de evidenciar “el lenguaje universal” de las demandas recomendadas por la OMS a los Estados interesados, con respecto a los protocolos preventivos del suicidio:

- “La prevención como defensa de la vida”
- Control de los factores de riesgo

- Lenguaje clínico: “Ideación suicida” y “Enfermedad mental”
- Intervención y persuasión

## 7.2 Análisis del discurso como metodología

Una vez explicadas las demandas y recomendaciones que realiza la OMS, bajo las revisiones bibliográficas pertinentes y la observación crítica de los aportes teóricos de Michael Foucault, anteriormente expuestos, se entablará un diálogo crítico desde la visión ética de Thomas Szasz y sus aportes en cuanto al mito de la enfermedad mental.

De esta manera concluido el diálogo, se demostrarán las posibles “soluciones” o “consejos” descritos en los últimos textos subjetivistas de Foucault, en cuanto a las alternativas del “cuido de sí y los otros”, entretejiendo el pensamiento de T. S. y M. F., como prácticas personales del *modus vivendi* estoicista y autonómico.

## 7.3 Método de recolección de datos e información

En este TFG se realizará una lectura y un análisis conceptual-teórico y genealógico de los principios filosóficos que vinculan el basamento protocolario de la prevención del suicidio reglamentadas en la Organización Mundial de la Salud con el fin de proponer posibles salidas alternativas, no paternalistas, no restrictivas; autoreflexivas, críticas, compasivas y filosóficas a los problemas socio-individuales del suicidio como fenómeno que involucra la dimensión existencial, epistemológica y principalmente ética. Para ello se realizará un profundo estudio bibliográfico comparado, observación de la atención o abordaje preventivos en medios de comunicación y recolección de datos informativos sobre el tema a desarrollar.

## II CAPÍTULO

### UNA APROXIMACIÓN HISTÓRICA FILOSÓFICA Y SEMÁNTICA DE LA PALABRA SUICIDIO

Con el propósito de comprender cualquier fenómeno es necesario asirse a la transformación histórica de la palabra que se describe como una forma de “materializar” el pensamiento y evidenciar los cambios culturales de la misma. Para González-Cobo (2015), en este caso la palabra “suicidio” deviene de un resultado histórico relativamente moderno. El neologismo, según coinciden los investigadores, hace su aparición en la Inglaterra del siglo XVII en el tratado de *Religio Medici* de Thomas Browne, el cual escribió: *Self-killing* traducido al español como “el asesinato de sí mismo” o “matarse así mismo” (p. 42-43).

No obstante, señala T.S (2002) que esta palabra se popularizó en poco tiempo, recogido por el *Diccionario Inglés de Oxford* en 1650. *Suicidio* continuaba conservando el sema “*cidium*”, cuyo significado comprendía el auto-homicidio (p. 23-42).

Este sentido jurídico dado no ha sido la única comprensión que da origen a la palabra. En otros momentos históricos antecede a la medicina temprana de la Grecia antigua del siglo V, pues se pensaba que el acabar voluntariamente con la vida se asociaba con algún malestar anímico.

Hipócrates llamó *Bilis negra* a este malestar que podía llevar a las personas a quitarse la vida. Sin embargo, no se debe comprender “malestar anímico” comparativamente con “enfermedad”. Entiéndase que las observaciones hipocráticas, al menos en el segundo tomo, se basan en su teoría de los *Estados Humorales*, así como los elementos meteorológicos que influyen en los estados de ánimo.

Se debe destacar que el médico no sólo observaba con atención el cuerpo del enfermo, sino que también debía observar el universo cósmico, pues este integra parte de nuestro origen, de nuestra composición.

La “enfermedad” no implicaba algo negativo como tal, sino más bien parte de nuestra naturaleza viviente, no representaba una guerra con la que había que batallar. A esta aplicación que hoy llamamos medicina holística anteriormente se le llamó *doctrina coica* o *medicina meteorológica*<sup>3</sup> por la isla de Cos, lugar en donde nació Hipócrates.

Aún los especialistas en los aforismos hipocráticos advierten de la multivariabilidad de los usos de la palabra griega relacionada a *pathos* (patología) para referirse a lo que hoy en día las ciencias de la salud llaman “enfermedad”. Sin embargo, la denominación y en definitiva las interpretaciones originarias más significativas e importantes en el C.H. son: *nasos* o *nomos* y, por lo tanto, *nosema* o *noúséma*, *páthos*, *páthema*, *arrostía* y *asthéneia*. A lo sumo, el término más frecuentemente usado por los hipocráticos para nombrar la enfermedad era *nomos*, forma jónica de *nasos* (Lain, E, 1970, p.188-189).

En el caso que corresponde a los estados humorales<sup>4</sup> cabe hacer la aclaración de que se relacionan con el clima o las estaciones del año, la dieta (*diaita*) alimenticia y otros factores no considerados directamente como *nomos*, sino como una *dýnamis asthéneia*, una potencia vital debilitada o falta de vigor. En otras palabras, la *bilis negra* interpretada también por Galeno de Pérgamo no correspondía a una enfermedad como tal. Fue hasta la Edad Media que este padecer

---

<sup>3</sup> Ver el Tratado II del *Corpus Hippocraticum* o *Corpus Hipocratycus* (C.H): *Sobre los aires, aguas y lugares, sobre los humores, sobre los flatos, predicciones I, predicciones II, predicciones de Cos.*

Estas apreciaciones sobre la salud de los individuos también fueron encontradas impresas e interpretadas por los pensadores naturalistas Empédocles y Demócrito.

<sup>4</sup> a. *Bilis amarilla*: coléricos, daños en la vesícula y el hígado-calor, seco. Fuego-primavera

a. Sangre: Afección en el corazón-calor, húmedo. Aire- verano

a. *Bilis negra*: Melancólicos/as-Bazo-frío-seco. Tierra-otoño

b. Flemático: Cerebro y pulmón-frío, húmedo. Agua-invierno



se interpretó como una *mollities animis*, una “flojedad de alma”, según Agustín de Hipona. Fue en el medievo que las interpretaciones de Galeno sobre las afecciones mentales fueron aún más consideradas.

“El frío, decía, aletarga las funciones del cerebro, mientras que el calentamiento produce desarreglos como el insomnio. El desequilibrio entre ambos genera trastornos tales como el delirio y el decaimiento, la pereza anímica y la aprehensión, enfermedades donde el humor flemático o bilioso se genera en exceso”. (González-Cobo, R, 2015, p. 179).

Galeno creía que todo este desorden se gestaba en el encéfalo y de este órgano surgía la pérdida de la razón. A diferencia de Hipócrates, Galeno de Pérgamo, pensaba que si hubiese que curar la locura debía tratarse la cabeza y no el corazón. Esta interpretación de sutil disección entre cuerpo-mente es fundamental para comprender el basamento en el cual se asienta el pensamiento moderno y los cambios gestados en el significado de las palabras a través de la historia. No obstante, las sectas órficas y pitagóricas que creían en la transmigración de las almas (pensamiento heredado a Platón mediante Sócrates) también abogaban por una clara separación mente-cuerpo. Aún más extremista: la doctrina órfica, por ejemplo, atribuía al cuerpo ser una cárcel del alma. Según, Kirk, Raven y Schofield:

Los órficos enseñaron que el cuerpo es una especie de prisión en la que está retenida el alma (σώζεται) hasta que ha purgado sus penas (Platón, Crat. 400 B - C). Proclamaron que podían purificar y liberar a los hombres y a las ciudades de sus malas acciones (Platón, Rep. 363 C - E) por medios rituales. No comían ni sacrificaban animales y enseñaban a los hombres que se abstuvieran de derramar sangre (Eurípides, Hip. 952; Aristófanes, 1032; Platón, Leyes, 782 c). Todas estas ideas y prácticas resuenan y encuentran eco en el primitivo pitagorismo (Kirk, G, *et al*, 2014, p. 296).

De alguna manera, el diálogo del Fedón nos insta a pensar, como bien apunta Cohen (2007), que Platón da su adhesión a las doctrinas órficas sobre la transmigración de las almas, previendo el suicidio como una interrupción forzada del ciclo de las reencarnaciones. A pesar de que en este diálogo Sócrates parece regocijado por darse fin terrenal, su aprendiz (Platón)

se vale del argumento moral cuando introduce a Filolao<sup>5</sup>, miembro de la hermandad pitagórica, quien llega a quitarse la vida y quien, en boca de su maestro, afirma lo incorrecto de ejercer violencia contra sí mismo:

Sócrates no alcanza a ofrecer una explicación clara de las razones de esta prohibición. Sumido en esta incertidumbre, Sócrates comienza su discurso refiriéndose a una teoría (*logos*) en su origen probablemente pitagórica que, según era costumbre al transmitir las doctrinas de la secta, le habría sido confiada en secreto. Esta teoría declara que “los hombres estamos en una especie de prisión y que uno no debe liberarse ni evadirse de ella” (Cohen, D, 2007, p. 85-86).

“La interrupción forzada del ciclo de las reencarnaciones” (*metoikesis*)<sup>6</sup> será uno de los tres argumentos gestados por el autor de los *Diálogos* en contra de toda acción que lleve al ser humano a la muerte voluntaria. El segundo, también puede encontrarse en el *Fedón o del alma*, cuando Cebes exclama:

—¡Sépalos Zeus!

—Pues sí que puede parecer —dijo Sócrates— que así es absurdo. Pero no lo es, sino que, probablemente, tiene una explicación. El dicho que sobre esto se declara en los misterios<sup>7</sup>, de que los humanos estamos en una especie de prisión y que no debe uno de liberarse a sí mismo ni escapar de ésta, me parece un aserto solemne y difícil de comprender. No obstante, me parece que, a mí al menos, Cebes, que no dice sino bien esto: que los dioses son los que cuidan de nosotros y que nosotros, los humanos somos una posesión de los dioses. ¿O no te parece a ti así?<sup>8</sup> (Platón, 1988, p. 35-36).

---

<sup>5</sup> Es importante destacar que, en este diálogo, hay un encuentro entre Equócrates y Fedón en una pequeña ciudad del Peloponeso, Corinto. Allí se introduce el tema sobre la inmortalidad de las almas:

(...) podemos inferir que Filolao fue aproximadamente contemporáneo de Sócrates (nacido en 470 a. C.). No existe ningún otro testimonio fidedigno acerca de la vida de Filolao. (Kirk, J. et al, 2014, p. 434).

<sup>6</sup> *Metoikesis*. Quiere decir, transmigración. “Usualmente interpretado como “emigración”, “transmigración”, “traslado”. (Gonzalez Cobo, 2015, p.139).

<sup>7</sup> “Esos «misterios» son, con seguridad, doctrinas órficas. De acuerdo, con ellas el cuerpo viene a ser una prisión, o incluso una tumba”. (Cohen, D, 2007, p. 85).

<sup>8</sup> *Fedón*, 36b,36e

Es decir, en este diálogo encontramos el segundo argumento, el cual indica de manera expresa que el sujeto humano pertenece a los dioses, luego, el Sócrates de Platón arguye de manera comparativa sobre la ira que desataría un esclavo al quitarse la vida, sin que éste (refiriéndose a Cebes), se lo ordenara: “¿Y si pudieras darle algún castigo, se lo aplicarías como pena?”

Finalmente, encontramos un tercer argumento platónico y su postura contra el suicidio en el libro décimo de la *República*. En él dedica un estudio bipartito: en la primera parte trata sobre la poesía y la mimesis del arte, una última, sobre el alma que narra a través del mito de Er de Armenia, en el cual Sócrates cuenta a Glaucón que Er habiendo muerto en la guerra, fue encontrado junto a unos cadáveres putrefactos, en buen estado; el enigmático personaje regresa a la vida y una vez resucitado narra lo vivido en el más allá. *Dijo que, cuando su alma había dejado el cuerpo, se puso en camino junto con muchas otras almas* (Diálogos IV-487c). En este sitio que el enigmático califica de maravilloso, logra mirar cómo las almas una vez juzgadas pasaban por una de las aberturas del cielo y de la tierra mientras por una de las otras dos, “subían desde abajo de la tierra almas llenas de suciedad y polvo, mientras las restantes descendían limpias del cielo”:

(...) si algunas eran responsables de muchas muertes, fuera por traicionar a Estados o a ejércitos, reduciéndolos a la esclavitud, o por haber sido partícipes de alguna otra maldad, recibían por cada delito un castigo diez veces mayor; por su parte, las que habían realizado actos buenos y habían sido justas y piadosas, recibían en la misma proporción su recompensa. (...) y narraba que eran mayores aún las atribuciones por la piedad e impiedad respecto de los dioses y de los padres, así como por haber cometido asesinatos con su propia mano (Platón, 1988, 488)<sup>9</sup>.

En el párrafo siguiente, Er cuenta que pregunta por el tirano Ardio el Grande, cuya respuesta retrata el tortuoso castigo recibido junto a otros tiranos. Es decir, siguiendo el hilo

---

<sup>9</sup> 615b

conductor, puede inferirse una intención interpretativa, la cual compara el suicidio y el asesinato de manera equiparada:

Ardieo había llegado a ser tirano en algún Estado de Panfilia (lugar natal de Er), mil años antes de ese momento, y había matado a su padre anciano y a su hermano mayor y, según se decía, había cometido muchos otros sacrilegios (Platón, 1988, p 488).

Por otro lado, quien reprochaba el acto de la muerte voluntaria de manera determinante fue Aristóteles, en el libro V de *La Ética Nicomaquea*, apartado XI, arguye lo siguiente:

(...) la ley no ordena matarse a sí mismo (y lo que no ordena lo prohíbe). Más aún: cuando uno causa daño contra la ley voluntariamente (no por responder a otro daño), obra injustamente -y voluntariamente lo hace el que sabe a quién y con qué-. Pero el que se degüella a sí mismo voluntariamente por ira realiza contra la recta razón aquello que no permite la ley; luego comete un delito. Ahora bien, ¿contra quién? ¿Acaso contra el Estado y no contra sí mismo? Porque él sufre voluntariamente y nadie sufre la injusticia voluntariamente; por ello el Estado impone un castigo y al que se ha quitado la vida se le aplica un cierto deshonor en la idea de que ha obrado injustamente con el Estado (Aristóteles, 2005, p 178-179)<sup>10</sup>.

Quitarse la vida para el Estagirita es quitarle un bien a la sociedad, pues a ella le pertenecemos. Si hubiese voluntad de muerte, implica irremediablemente algo injusto y para Aristóteles “lo injusto” es aquel que arremete contra la ley o la norma establecida por la organización comunitaria. Por lo tanto, quien obre injustamente, comete un delito.

Esta lógica es acogida por Agustín de Hipona, como antes se ha mencionado, cuyo pensamiento moral es la comprensión moderna sobre el suicidio entendido bajo estas dos vertientes semánticas: Auto-homicidio (αὐτοῦ φόνοϋ), visto de forma negativa a) para interpelar una connotación delictiva y de locura, b) para desacreditar la propia voluntad de muerte del sujeto que desea evadir un dolor insoportable.

---

<sup>10</sup> 1138a

No obstante, ¿de dónde se origina la palabra *muerte voluntaria*? Thomas Szasz nos lleva hasta el jurista y pensador Marco Tulio Cicerón (106-63 a. C.), lo cual indica una clara discrepancia semántica entre las épocas y culturas según los referentes estudiados. La *mors voluntaria* concreta un significado liberado, en tanto que sugiere una intención voluntaria de morir, no expresaba un ilícito en la Roma de los tiempos de Cicerón, al contrario, había una aceptación por parte de los romanos cuando estos, por supuesto, no fueran esclavos/as.

T. S. se expresa favorable ante la influencia romana de la modernidad, el autor lo asume como una “lucha ganada”: “Si, ayudar a morir fuera legal, sería ilegal impedirlo por la fuerza” (Szasz, T, 2002, p. 17). Bajo esta lógica, la prevención coercitiva del suicidio se consideraría un tratamiento ilegal.

El significado de la palabra suicidio posee una historia tan extensa como la existencia misma del fenómeno, con algunos índices de (im)popularidad, como se ha visto en la Inglaterra del siglo XVII. Contiene en sí misma perspectivas filosóficas que transfiguran las nociones culturales, médicas-psicológicas y desde luego, político-jurídicas. En Occidente se establece la noción disgregada cuerpo-mente desde tiempos pre-modernos registrados desde los órficos. Extendiendo, de esta manera, residuos ideológicos claves para la comprensión evolutiva de su semántica: el cuerpo para Occidente se transformó en una cáscara e incluso un “padecimiento” terrenal. El alma, por otro lado, encerrada en éste debe superar su prisión. El pensamiento dualista encalla en la necesidad productiva de pertenencia al Estado y/o a los dioses mientras esta exista (persista). El cuerpo carcelero es la envoltura ideológica convertida en una discusión ética determinante en cuanto a la observación del sujeto, el abordaje e intervención del suicidio llamado prevención, cuestionando la perspectiva crítica, el derecho a decidir (autonomía), la autodeterminación del sujeto que vive y muere. Estas reflexiones histórico-filosóficas ponen en contexto un profundo análisis sobre cómo se ha visto, comprendido y juzgado la muerte voluntaria.

### III CAPÍTULO

#### 1. PROTOCOLOS DE PREVENCIÓN: EL SABER-PODER, UNA ESTRATEGIA DEL CONTROL

En este capítulo se esclarecerán las estructuras hegemónicas que han establecido los organismos internacionales desde sus inicios y como han desarrollado y tecnificado cada *dispositivo* persuasivo planteados en los protocolos de prevención del suicidio, estadísticas, recolección de datos y definiciones generales en torno al fenómeno de la muerte voluntaria. En cuanto a los siguientes apartados se analizarán a partir del pensamiento foucaultiano y szasziano las distintas maneras por las cuales es posible identificar los *mecanismos de poder* que persisten en las estructuras jerárquicas de recomendación protocolaria.

Desde el Centro de comunicación sobre la conducta suicida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se pueden encontrar los documentos históricos relacionados con este asunto en especial, entre ellos una pequeña historiografía de los primeros textos de prevención que data de 1969 hasta la actualidad. El primer cuaderno que fue publicado (1969) tenía como objetivo llamar la atención de las autoridades sanitarias sobre la importancia y naturaleza de la prevención del suicidio, así como elaborar un plan preventivo lo antes posible.

Lo que antecede a este texto inicia con varias investigaciones en diversos países (principalmente de Europa y los Estados Unidos) sobre la prevención del suicidio a finales de 1966. Las estadísticas arrojaron que este agravio de competencia pública dio como resultado una cantidad de mil personas que llegaron a quitarse la vida diariamente, un promedio de ocho a una persona en proporción entre los intentos y los suicidios consumados;

en consecuencia, una proporción mayor de los que lo intentan y sobreviven, colocándola entre las cinco y diez causas de defunción en la mayoría de los países europeos y norteamericanos (OMS, 1969, p. 9).

Un reporte más actual de la OPS (2014) afirma que, a diferencia de hace 45 años, las causas de muerte por suicidio se encuentran entre la segunda y tercera causa de muerte a nivel mundial entre jóvenes de 15 a 29 años (p. 3).

Una de las mayores dificultades que prevalecen hasta el día de hoy son los casos notificados como suicidio los que cumplen con factores periciales particulares y hasta subjetivos con relación al diagnóstico judicial pero también social, cuya intervención familiar o personal llegan a colarse en la cifra oscura (cifra no oficial). Es decir, los reportes sobre las verdaderas circunstancias de muerte suelen ser confusas.

Dentro del marco estadístico de 1969 hasta la actualidad no han habido cambios significativos excepto por las elevadas cifras que aumentan o disminuyen. No obstante, los datos arrojados siguen cumpliendo con una regularidad, en tanto que son mayoritariamente hombres (género identificado como masculino) los que se quitan la vida y mujeres<sup>11</sup> (género identificado como femenino), quienes lo intentan. Según este registro de la OMS (1969) los jóvenes tienen mayor incidencia que los adultos mayores. Sin embargo, existe mayor riesgo particularmente elevado “del desenlace fatal” por suicidio entre personas pertenecientes a grupos de edad más avanzada (p.17).

El texto anterior evidencia la nula existencia del cuestionamiento frente al suicidio, dado que, más allá de observarse como un problema *per se*, la visión de la salud pública muestra la necesidad de responder al fenómeno de las muertes por mano propia. Aunque

---

<sup>11</sup> Según Cohen, el factor estadístico de “género” es de gran relevancia para los índices en estudios. Sin embargo, en China a diferencia de muchos países occidentales, son las mujeres quienes consuman el suicidio. dato que contradice la tendencia occidental (Cohen, D, 2007, p. 40).

se registran las causas, los métodos y las poblaciones de quienes lo llevan a cabo, puede entenderse que el principio ético parte del Derecho a la vida y su defensa. De manera adyacente, determina una finalidad cuádruple para prevenir el suicidio:

- a) El desenlace mortal de los actos suicidas
- b) La repetición de dichos actos
- c) El primer intento suicida
- d) La inclinación al suicidio

“La identificación precoz y el tratamiento adecuado”, dirá la OMS (1969), demandan a las autoridades correspondientes una vigilancia permanente. El sujeto en cuestión se convierte en paciente, se busca que se encuentre fuera de peligro y se le dé de alta. Por otro lado, se llega a la conclusión de que el “acto suicida es en muchos casos una llamada de auxilio más que una expresión del deseo de morir”.

Los textos sobre la prevención cumplen con el propósito de recomendar y organizar cursos especiales para preparar al personal profesional y voluntarios/os a que colaboren en el descubrimiento precoz de los casos de peligro y en el tratamiento y asistencia ulterior. Aconseja prestar mayor atención a las poblaciones con enfermedades depresivas y/o alcoholismo<sup>12</sup> (OMS, 1969, p. 10-11).

El enunciado: “el acto suicida es más una llamada de auxilio que la intención de quitarse la vida”, determina una acción no consciente, no tomada como decisión, o bien un “suicidio involuntario”. Es decir, un oxímoron, un absurdo semántico, diría Szasz T.

---

<sup>12</sup> La documentación sobre la prevención del suicidio puede encontrarse en todas las páginas oficiales de la OMS y OPS.



(2002) y por lo tanto un estigma donde prevalece la “insania mental” del sujeto en cuestión.

El suicidio no aparece en los glosarios o manuales psiquiátricos como el CIE-10<sup>13</sup> (Clasificación Internacional de Enfermedades) ni para el DSM-V (Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). No obstante, se previene como si esta fuera una enfermedad y una muy contagiosa. El informe sobre prevención más actual de la OPS (Organización Panamericana de la Salud, 2014) especifica las estrategias sobre la evaluación y manejo de enfermedades mentales, el cual se basa en datos científicos sobre la población en riesgo para restringir el acceso a medios utilizables para suicidarse, uso de normativas y difusión responsable e informativa.

El término usado por la OMS sobre suicidio (1969) identifica que:

(...) la expresión “acto suicida” con referencia a todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil.

Para fines de este trabajo “suicidio” significa un acto suicida con desenlace mortal e “intento de suicidio” el mismo acto cuando no causa la muerte. Por diversas razones, uno y otro se tratan por separado (OMS, 1969, p. 12).

Asimismo, el término ampliado por el informe de la OPS<sup>14</sup> (2014) designa:

Para los fines del presente informe, se entiende por suicidio el acto de matarse deliberadamente.

Para los fines del presente informe, se entiende por intento de suicidio todo comportamiento suicida que no causa la muerte y se refiere a intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales que pueden o no tener una intención o resultado mortal.

---

<sup>13</sup> Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

<sup>14</sup> La Organización Panamericana de la Salud es Organismo especializado de salud del sistema interamericano, encabezado por la Organización de los Estados Americanos (OEA), y también está afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1949.

Sin embargo, la intención suicida puede ser difícil de evaluar porque puede estar rodeada de ambivalencia o incluso encubrimiento. Además, los casos de muerte resultante de una lesión autoinfligida sin intención de quitarse la vida, o los intentos con una intención suicida inicial por parte de una persona que ya no desea morir pero cuyo estado ha pasado a ser terminal, pueden estar incluidos en los datos sobre las muertes por suicidio.

Por comportamiento suicida se entiende una diversidad de comportamientos que incluyen pensar en el suicidio (o ideación suicida), planificar el suicidio, intentar el suicidio y cometer un suicidio propiamente dicho. La inclusión de la ideación entre los comportamientos suicidas es un problema complejo acerca del cual hay un diálogo académico significativo. La decisión de incluirla en esta definición se tomó para simplificar, porque las diversas fuentes de investigación consultadas para el presente informe no coinciden en sus posiciones al respecto (OPS. 2014. p 16).

En estas dos definiciones se pueden encontrar varios puntos a destacar:

1. Que en los cuadernos de prevención de 1969 se halla una especificación sintética del “acto suicida”, “intento suicida” y “suicidio”.

En los informes de la OPS se agregan términos en la definición de “intento suicida” tales como: intoxicación autoinfligida, lesiones o autoagresiones intencionales y con resultado mortal. También, se añade que es considerado “suicidio” aun cuando la persona en cuestión se arrepienta del acto de manera tardía, e “ideación suicida” como parte del pensamiento que lleva al acto de la propia muerte, pese a las desestimaciones y discrepancias en el ámbito académico sobre si esta particularidad se implicaría dentro de tales especificaciones.

2. Que se utiliza una catalogación normativa, cuyas definiciones no se consideran “sintomáticas” necesariamente, mas sí psico-valorativas. Las “lesiones autoinfligidas” o “autoagresiones” sugieren una comprensión del sujeto en cuestión como víctima de su propia muerte o intento de muerte. La lógica de la prevención o bien los protocolos de intervención preventiva aducen la noción de “peligrosidad para uno mismo y/o para los demás”, esto plantea un concepto que se adhiere a teorías médicas y jurídicas del siglo

XVIII. La misma época en que se defendía la hospitalización psiquiátrica involuntaria, la camisa de fuerza, entre otras reprimendas (Szasz, 2002, p. 83).

3. Asumir que la persona que atente contra su vida no posee realmente una intención de morir sino de una llamada de auxilio implicaría desestimar su voluntad. Coloca al sujeto en una postura no sólo pasiva sino de completa anulabilidad.

Tanto Szasz como Cohen coinciden en que el “método del socorro” se consolida en los años de 1950, después de que Edwin Shneidman y Norman L. Farberow (padres de la Suicidología) idearon un modelo en los EE.UU que interpreta el “acto suicida” como una estrategia de comunicación, en el cual se concibe como “un llamado de socorro encubierto” que lanza la víctima en un intento de modificar su entorno social con el propósito de que se le auxilie. “Se trata de un mensaje dirigido a receptores específicos”, una especie de grito S.O.S existencial. *Shneidman considera clave el diagnóstico e identificación de los síntomas o indicios que caracterizan una conducta de riesgo, solo así, es posible una adecuada prevención del suicidio* (Cohen, D, 2007, p. 216). Para E. Shneidman los indicios que señalan un potencial suicida pueden clasificarse en cuatro grupos: verbales, de comportamiento, situacionales y aquellos que se manifiestan en conjunto de síntomas como un síndrome.

Los indicios verbales pueden ser directos o indirectos, fácilmente reconocibles: "quiero dejar de vivir", "me voy a matar", en el caso de ser directos y en caso de no serlo, pueden manifestarse en despedidas más sutiles. También los indicios de comportamiento pueden ser clasificados como directos o indirectos.

Directos: autolesiones e incluso intentos de suicidio fallidos y en el caso de los comportamientos indirectos, dirá Cohen, citando a E. Shneidman:

(...) se asocian a menudo con un súbito interés en "poner todo en orden". Un ejemplo puede ser la decisión repentina de dejar un testamento para tales y cuáles circunstancias, el hecho de comprar una parcela en un cementerio o un ataúd cuando se acaba de producir la muerte de una persona cercana, y otros comportamientos por el estilo.

Los indicios situacionales, como su nombre lo indica, dependen de las circunstancias por las que está atravesando el suicida. Ante una intervención quirúrgica riesgosa o ante la noticia de una enfermedad difícilmente curable, el paciente puede manifestar ansiedad o depresión".

Finalmente, un síndrome es un conjunto de síntomas. ¿Cuáles son entonces los síntomas del suicidio, cómo los identificamos? Es posible reconocer cuatro grupos de riesgo en donde dichos síndromes se manifiestan: los deprimidos, los desorientados, los desafiantes y los dependientes que no logran satisfacer sus deseos (p. 218).

En esta explicación la autora retrata los requerimientos de atención y vigilancia que se deben tener en el modelo shneidmaniano, en el cual se recomienda una prevención de episodios futuros que deben consistir, "sin llegar a forzar la situación en contra de la voluntad del paciente", en abordar la posibilidad de entablar un diálogo persuasivo con la potencial víctima sobre su situación.

Algunos de los pasos a seguir en cuanto a los "mecanismos disuasorios" son los siguientes:

Notificar a las personas directamente allegadas al individuo en riesgo, obtener ayuda profesional inmediatamente, advertir del riesgo a todos aquellos que tengan relación con el potencial suicida —parientes, amigos, compañeros de trabajo—, y si la crisis es inminente, trasladar a la persona en riesgo a un hospital o a una guardia psiquiátrica. (p. 218-221).

Finalmente, afirma Cohen que: "otros ven el socorro al suicida como una interferencia indebida en la intimidad y en la privacidad de nuestros semejantes".

T. S. (2002), expresa sobre el método de Shneidman que su retórica está plagada de expresiones tales como: "núcleo clínico", "historias de casos" o "autopsia psicológica".

En otras palabras, trata el suicidio semejante a una enfermedad mental y que, no todos los suicidios dañan la psique de sus allegados. “Pero que incluso si esto fuera cierto, sólo justificaría la condena moral del suicidio, no su prevención a la fuerza” (p.113).

Para la OMS (1969) y para la OPS (2014) la definición de “prevención” se da por sentada, puesto que no ofrece una explicación clara a diferencia de la palabra “suicidio”, definida en sus distintos estadios hasta su acción o intento. Sin embargo, se insiste en la necesidad imperativa de prevenir como si esta fuera “la cura” de una enfermedad mortal.

En la primera fuente citada encontramos los fundamentos preventivos en Edwin Shneidman y en Norman L. Farberow<sup>15</sup> (1897-1957). A partir del documento de 1969 cada informe de la OMS y la OPS publicados comprenden sumarios informativos y estadísticos sobre los índices de suicidio: intentos consumados, fallidos, género, método, grupo etario, estado civil, entre otras cuestiones registradas.

La definición de *prevención* citada por Szasz (2002), del *Black's Law Dictionary*, asume que se origina en verbo prevenir: *impedir, evitar, frustrar, prohibir; obstruir*, (p. 102). La crítica de T. S. obliga a reflexionar sobre la posición de autoridad profesional que posee un psiquiatra o un médico sobre sus pacientes, por lo tanto, vuelve ilegítima la voluntad del “paciente”, es por esta razón que utiliza la definición: “prevención por la fuerza”.

Quizá sea poco común la obligatoriedad de internar de manera involuntaria a una persona que haya intentado quitarse la vida, o bien que la coerción evitativa del suicidio se emplee de manera directa. No obstante, el internamiento está sujeto a la intervención

---

<sup>15</sup> No obstante, las investigaciones realizadas por la OMS (1969) también basan sus estudios preventivos en otros psiquiatras, estadísticas e informes como los de Parkin y Stengel (1965) en Inglaterra, Shneidman y Farberow en EE.UU, Bappert y Ringer (1958-1963) en Alemania, Kessel (1966) ideó un “índice de peligrosidad” para suicidas “desde el punto de vista del paciente”, entre otros.

psiquiátrica y la limitación autónoma del/a “paciente”, una vez aprobado su diagnóstico con algún condicionante de peligrosidad para sí misma/o, si éste o ésta quisiera retirarse del internado, le sería restringido.

En Costa Rica, según reza el artículo 114 del C.P. (mayo, 2014), incluido en los apartados titulados “Libro segundo de los delitos”, “Delitos contra la vida”, describe:

*Tentativa de suicidio.*

*Al que intente suicidarse se le impondrá una medida de seguridad consistente en un adecuado tratamiento psiquiátrico. (La Sala Constitucional mediante resolución N°14192-08 del 24 de septiembre del 2008 anuló este artículo). (p. 31).*

En la mayoría de los países centroamericanos encontramos marcos legales que castigan con cárcel una posible muerte por suicidio a quien instigue el hecho, por no poder castigar a quién lo perpetre. Del artículo anterior se infiere que no hace mucho tiempo se imponía una medida de seguridad consistente en un tratamiento psiquiátrico. En otros países como Honduras, Guatemala, El Salvador y también Costa Rica, sustentan la ley en *el bien máximo tutelado: la vida* y en cada una de sus constituciones políticas como en las leyes pactadas de orden internacional, por ejemplo: la Convención americana sobre derechos humanos o Pacto San José, en el cual el artículo reza lo siguiente:

*Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente (Ley N° 4534, 1969).*

La interpretación del anterior artículo arroja una contradicción expresa: Si toda persona tiene derecho a que se le respete su vida, puesto que es dueña/o de esta, determinada en el pronombre posesivo *su*, entonces ¿por qué a quién decide quitarse la vida le es obligada a desertar consumar tal hecho?

El pronombre *su* pierde cualidad posesiva, puesto que “nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”. *Nadie*, un pronombre, pero esta vez indefinido debe entenderse

como: ni siquiera yo misma/o. Es pues el oxímoron que señala Szasz, el cual infiere “una acción no consciente y no tomada como decisión”. La persona que atente contra su vida no puede encontrarse sana mentalmente. Esto, comprendido desde un paternalismo médico o terapéutico y desde la perspectiva legal, es un acto (in)directamente reprochable.

Ambas configuraciones de autoridad profesional recuerdan el legado histórico filosófico de la “no pertenencia de sí”. Es decir, reivindican el pensamiento platónico del sujeto como pertenencia de los dioses o a dios y el imperativo aristotélico (tomado en la Edad Media por Agustín de Hipona y Tomás de Aquino) de pertenencia a la *polis* (Estado).

Para la OMS y la OPS, la prevención del suicidio es posible siempre y cuando haya una colaboración coordinada entre múltiples sectores de la sociedad, no exclusivamente del sector salud, sino también del sector público y privado. Estas estrategias deben de consistir en una evaluación del manejo de los trastornos mentales cuyo respaldo esté asegurado por datos científicos, según indica la OPS (2014). Por lo tanto, una de las sugerencias protocolarias de la prevención del suicidio asume como causas primeras los trastornos mentales como condiciones para un suicidio, incluso a nivel mundial. No obstante, encontramos en Costa Rica, según la investigación periodística del Semanario Universidad, realizada por Molina, L. (05 de junio del 2019) y titulada: *Los suicidios aumentan en Costa Rica ocultos entre las comunidades*, que las causas de suicidio más altas se deben a las siguientes razones:

1. Desempleo (deudas)
2. Violencia intrafamiliar
3. Relación entre vecinos
4. Escasos espacios recreativos

Sobre el cantón de Dota en Costa Rica se narra que:

*Lo que no abunda en la Zona de los Santos es el trabajo y para sobrevivir hay que ser multifacético. El último censo del INEC registró que casi la mitad de la población estaba fuera de la fuerza de trabajo (pp 22).*

En el artículo periodístico es posible leer testimonios sobre la falta de trabajo en la zona, tales como el siguiente:

*“¿Qué hubiera pasado conmigo si no salgo de Dota? Seguro ya me habría tirado en el puente Saprissa” mencionó Delgado. (pp 27)<sup>16</sup>.*

Otro ejemplo determinante para reflexionar es el caso de Honduras, según el investigador del Centro de Estudios para la Democracia (CESPAD), López, B (8 de abril, 2019) en un artículo titulado: *¿Por qué se suicida la gente en Honduras? Análisis del suicidio en un contexto de crisis social*, afirma que, más allá de las cifras, es necesario precisar las dimensiones psicosociales sobre el suicidio y no únicamente las consideraciones individuales. Asevera –sobre las motivaciones que llevan a las personas a quitarse la vida–, que estas se deben a problemas tales como: deudas, falta de trabajo, problemas amorosos, violencia, abusos sexuales, entre otros y que ello posee un fuerte contenido sociopolítico:

La procedencia juega otro rol importante. Los suicidios se desarrollan en las zonas urbanas más desiguales y excluyentes del país (Cortés, Comayagua y Tegucigalpa), espacios donde la población tiene grandes problemas para acceder a oportunidades laborales y servicios básicos para vivir una vida plena y digna. (pp 14).

López (2019) se inclina a pensar que este fenómeno en particular no corresponde a un asunto individual, sino social; según las estadísticas los suicidios más comunes los

---

<sup>16</sup> El puente del Saprissa se encuentra en la Gran área metropolitana (GAM) ubicado en el cantón de Tibás bajo el río Virilla, San José. A él acuden las personas a quitarse la vida por precipitación. Según la medición de los bomberos, dicho puente es considerado de sesenta metros de altura.



cometen las personas afectadas con “patologías mentales”, en especial “ansiedad y depresión”. Sin embargo, el abandono del gobierno, la situación económica del país, la falta de oportunidades y la desintegración social, así como la pérdida de los vínculos sociales, tienen un claro efecto multifactorial característico en varios países de Centroamérica.

Esta visión integral del suicidio, también nos muestra que la enfermedad mental no es la única causa. Sin embargo, se tiende a generalizar dando por hecho que cada persona que se quita la vida posee un diagnóstico *per se*, reduciendo así la legitimidad volitiva de la persona que toma una decisión sobre su vida.

## 2. ESTRATEGIAS DEL SABER-PODER: SOBRE LA DOBLE DIMENSIÓN DEL PATERNALISMO MÉDICO Y TERAPÉUTICO

Las interrogantes sobre: ¿Cuál sería la autoridad moral para ejercer la intervención preventiva del suicidio? ¿Hasta dónde subestimamos los criterios o causas por las cuales una persona toma la decisión de quitarse la vida? o incluso, ¿es realmente prevenible? son interrogantes que plantea la ética al respecto.

Las disciplinas relacionadas con la salud mental hablan sobre intervención en crisis, primeros auxilios emocionales, “autopsia psicológica”, entre otros. Ello determina una nomenclatura que continúa siendo médica o clínica. Una persona que intente quitarse la vida es vista como víctima de una enfermedad mental, “tal como la esclerosis coronaria”, dirá T. S. (2002), padeceres completamente diferentes. Sin embargo, el problema subyace en el debate de cómo y cuándo se controla la muerte del individuo para que no se convierta en el encarnizamiento terapéutico de quien sufre.

En un principio la atención del profesional en la salud mental consistía en la apertura de tratar al paciente, quien voluntariamente se acercaba para consultar y ser curado/a. El modelo hipocrático mencionado anteriormente enseña esta correspondencia de ejercer una conducta sobre otra persona, siempre y cuando se procure un bienestar como fin último. A este arquetipo hipocrático se le llama *paternalismo*.

La filósofa y magíster en bioética, Diana Cohen (2007) ofrece dos clarificaciones básicas para lograr diferenciar los tipos de paternalismo médico o terapéutico, señala:

- a. Restringido o directivo: manipulación circunstancial e ideológica
- b. Débil o fuerte y puro o impuro

#### A. Restringido o directivo

En la primera encontramos dos maneras de comprenderlo: *Restringido*, prohibir u obstaculizar la consumación de un acto, por ejemplo, esconder o evitarle al sufriente todo aquel instrumento con el que se pueda quitar la vida u ocasionarse algún daño. Sin embargo, el paternalismo no solo se debe comprender desde la restricción únicamente. Pues, el *Directivo*, por el contrario, puede alentar o incluso forzar al paciente a tomar una decisión definitiva. Es decir, facilita los actos autodestructivos. La autora asevera que el paternalismo *directivo* es poco reconocido y menos discutido, pero incluso puede ser más nocivo que el primero, pues en él coexiste un uso de “manipulación circunstancial” peligrosa para el o la sufriente. En todo caso, esta tipología se aleja del suicidio y si conlleva a la muerte, entonces, *debería ser considerado una forma adulterada de homicidio (...) Pero a menudo, la víctima es incapaz de resistir a estos mecanismos de presión (...) el suicidio en esos casos parece ser la única vía de escape posible y la conducta única racional por excelencia* (Cohen, 2007, p. 229).

Sin bien, la *manipulación indirecta* es más común que la *manipulación directa*, dirá Cohen, en la primera señalada suele no ser notada o invisible. Encontramos, por ejemplo, el accionar de un/a familiar negligente que no cambia las sábanas de un paciente con incontinencia urinaria, o bien, que evite procurar los cuidados necesarios del mismo, empeorando así la calidad de vida y dignidad de la persona sufriente. La segunda, *manipulación directa* puede identificarse en el empleo ideológico. Es decir, (...) *el suicidio podría ser calificado de racional si está de acuerdo con las creencias y los valores de quien lo consuma, un claro ejemplo son los suicidios en masa por líderes carismáticos o en campañas de lavado de cerebro*, infiere la autora (Cohen, 2007, p. 230).

#### B. Débil o fuerte, puro o impuro

Las acciones paternalistas, afirmará Cohen, se clasifican en dos: una *acción débil*, la cual consiste en reunir todas aquellas condiciones que justifiquen una intervención del suicidio. *Concretamente, estipula que es suficiente que el individuo sea irracional o inmaduro, carezca de información o padezca incapacidad mental*. En esta categoría se incluye a niños/as pequeños/as, comatosos, enfermos avanzados con una condición degenerativa como Parkinson o Alzheimer, entre otros padecimientos.

Por otra parte, la *acción paternalista fuerte*, para ser legitimada, *requiere que exista cierta probabilidad de daño severo e irreversible para el individuo, aun cuando se intervenga en las preferencias de una persona autónoma*. Esto puede ser motivo suficiente para autorizar la intromisión.

Recalca la autora que suele justificarse la intervención paternalista cuando, por ejemplo, una persona diagnosticada “maníaco-depresiva” atraviesa un periodo de depresión, *considerada autónoma para tomar una decisión, no lo hace y, en su lugar*

*toma decisiones no autónomas cuyas consecuencias volverían moralmente permisible la interferencia en sus actos por parte de terceros (Cohen, 2007, p. 231).*

La complejidad de carácter ético que estos casos generan sobre la persona sufre no parece legitimar por ningún motivo las decisiones de quitarse la vida, por el contrario, se trata de impedirlos: vigilancias constantes, persuasión, terapias profilácticas, intervención y hasta resucitación, son parte de los protocolos que eluden cualquier principio de autonomía.

Todas estas técnicas implican poner un límite a la libertad individual o la libertad de acción, pero con frecuencia son justificadas fundándose en razones paternalistas: impedir que otro cometa suicidio es una conducta legitimada por el supuesto básico de que la muerte no redundaría en interés de la persona. Lo que es mejor para la persona, se alega, sin excepción alguna, es continuar con vida (p. 232).

Es clave comprender que el paternalismo puede prevalecer sobre los intereses de los demás, esto quiere decir: “interceder en la libertad de un individuo por su propio bien”, descansando en la premisa del conocimiento médico o profesional sobre el “paciente”. A esto se refiere Cohen con el *paternalismo puro*.

Y cuando se habla de un *paternalismo impuro*, debe entenderse un paternalismo interesado en los otros. Es decir, no en el deseo de la persona sufre, sino, de aquellas personas que puedan sufrir su pérdida.

Sin embargo, el paternalismo al que se refiere la autora puede implicar ambas formas en un caso. Por ejemplo: una persona que no desea prolongar su enfermedad mortal (puro) y al mismo tiempo pueda ahorrarle a la familia la agonía de ésta (impuro).

La autora pretende dar a conocer “el doble filo” que el paternalismo representa y no puede ser vista desde una sola perspectiva. Fundamentar una decisión para impedir un suicidio ejemplifica un lado negativo del espectro, pero también puede facilitar los

argumentos para su consumación. Tal cuestión no pretende cuestionar si el paternalismo es “positivo o negativo”, “bueno o malo”, sino observar las paradojas o incluso contradicciones éticas que ejerce la autoridad médica o terapéutica sobre el o la “paciente”.

En la actualidad las listas de las naciones que han legalizado la muerte médica asistida y la eutanasia son: Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá, Colombia, Nueva Zelanda y recientemente España. Han logrado incluir dentro de sus constituciones que los procedimientos se lleven a cabo de manera clara, informada, completa y precisa.

Otra definición de *paternalismo* puede encontrarse en el libro: *Fundamentos de la bioética*, escrito por Diego Gracia (2007), quien explica la interacción médico-paciente, entendiéndose desde las relaciones de dominación, basado en el código hipocrático. Es pues, el médico quien marca un rol sociológico preponderante de “poder”. En su libro, ha expuesto las investigaciones del sociólogo Max Weber, en relación con la tradición médico-paciente, la cual responde a la lógica del “quien manda-obedece”. Weber en voz de Gracia, identifica tres tipos de paternalismo:

1. El paternalismo médico: “posee una mezcla de dominación y señorío, de necesidad y liberalidad”. *La dominación señorial toma un modo o estilo de talante moral.*
2. El paternalismo jurídico: relaciona la dominación violenta expresada en forma jurídica o legal.
3. Y el paternalismo sacerdotal: *implica dominación porque entre sus notas características, la elección, la segregación, el privilegio, la impunidad, está también la autoridad. A la autoridad de quien domina corresponde la obediencia del dominado* (p. 72).

En este sentido, *la dominación* adquiere un carácter moral y *la voluntad* manifiesta un mandato. En ellas coexiste una dialéctica que involucra una dirección teleológica: la «obediencia». El paternalismo jurídico comprenderá un carácter primariamente coercitivo y en el paternalismo médico, uno persuasivo o ético. Sin embargo, en cada relación de dominación habrá una justificación para legitimar esta dinámica, según amplía Weber en voz de Gracia, una de las vías correspondientes que determina al paternalismo médico es la dominación «carismática» o la *medicus gratiosus*, la cual se origina de la palabra griega *khárisma*. “El médico tiene el «poder» de gratificar al enfermo, y éste el «deber» de dejarse gratificar”. En ello encontramos el surgimiento de una tradición donde el mandato médico es legitimado de manera tradicional e histórica. Dirá Gracia:

Todo carisma acaba plasmándose en una disciplina, que a su vez hace de puente entre la dominación carismática propiamente dicha y la dominación llamada tradicional. La ética hipocrática no es sólo carisma sino objetivación del carisma, disciplina médica, que a su vez posibilita el surgimiento de una tradición y, con ello, el comienzo de una dominación de legitimidad tradicional. La disciplina convierte a los carismáticos en *kleroi* o «herederos» (p. 73).

Es pues, el o la enfermo/a quien cede su voluntad y autonomía, es incapaz de curarse asimismo/a. Por esta razón “el deber moral del paciente es el de obedecer el mandato médico”, el que posee ese conocimiento especializado.

Encontramos entonces, que desde la tradición hipocrática “la enfermedad” era adjudicada a la vida moral y costumbres de la persona enferma, la patología era constituida por el *ethos*, Por lo tanto, la única manera de sanar correspondía a la obediencia; al *regimen sanitatis* y la intromisión justificada del médico.

### 3. SOBRE EL PODER-SABER Y SU MICROFÍSICA

Foucault piensa, según *El Orden del Discurso* (1971), que ya desde el siglo XVI se ha planteado un arquetipo de racionalización para generar cuerpos productivos, justificado en la teoría de las riquezas y la producción, el sistema penal, el saber sociológico, el saber psicológico, el saber médico-psiquiátrico, autorizado y permitido en nuestras sociedades.

La observación, la vigilancia, las terapias profilácticas, la intervención en crisis no solicitada, las variaciones del paternalismo médico, la evaluación psiquiátrica, la medicalización, la persuasión moral, la terapia confesoria, la evaluación y la estadística, concentran una “verdad” institucional que clasifica una sofisticada categoría de “anormalidad”. En términos de “quien desea quitarse la vida no está en sus cabales”, tal cuestionamiento ya advertido también por Michael Foucault en *El orden del discurso* (1970), concuerda con la crítica de Szasz al encontrar en la psiquiatría (la clínica terapéutica) una especie de policía de la salud mental, “un agente” moral disciplinario que “convence” a la persona a ceder su voluntad de morir anticipadamente o, por el contrario, motivar la precipitación de la misma.

El tabú, dirá M. F., implica un ritual de la circunstancia ceremoniosa del derecho exclusivo del “sujeto que habla”. Pensamos en el profesional de la salud mental, en el agente legal, en el representante de la iglesia, como sujetos privilegiados.

Normalmente a todo aquello que se relaciona con *la sexualidad* o *el poder* se le adjudica mayor vigilancia. En este caso, la muerte voluntaria se caracteriza por ser más prohibida que la sexualidad, quitarse la vida implica arrebatarse la decisión a quien ejerce el discurso para poseerla, condicionarla y/o controlarla.

El llamado “Discurso de verdad”, conforme a Foucault (1970): “no es simplemente aquello que traduce las luchas o los sistemas de dominación, sino aquello por lo que, y por medio de lo cual se lucha, aquel poder del que quiere uno adueñarse” (p. 15). En este aspecto se interpretará no referido a la sexualidad, como lo hace el pensador, sino a la decisión propia sobre la vida-muerte.

Hablar entonces de la prohibición determina “lo excluyente”: “Uno sabe que no tiene derecho a decirlo todo en cualquier circunstancia (...)”, asevera Foucault, pero existe otro principio de exclusión, éste es “el rechazo”. Toma como ejemplo “el loco” del medievo, cuyo discurso no puede circular como el de los otros; “el sensato”, pues su palabra no tiene valor, ni credibilidad.

Un ejemplo más actual, es el que narra David Cooper en el libro: *El Lenguaje de la locura* (1979), cuando se refiere al diagnóstico de un hombre llamado John con esquizofrenia que, por padecer alucinaciones auditivas y visuales ve afectada su credibilidad, la cual se minimiza en la medida que nadie puede experimentar dichas alucinaciones. John se cree Juan Bautista y “tiene como propósito bautizar al mundo para hacer una nueva raza”.

Cooper (1979) describe que el "trastorno mental" es un término psiquiátrico para designar un discurso con asociaciones sin sentido, pero sin sentido para el psiquiatra normal y sus compañeros no creyentes (p.31)”.

Sin embargo, sacerdotes y pastores gozan de una credibilidad incuestionable en su comunión con Dios, “hacen del pan un cuerpo”, dirá Foucault. A la “loca o al loco” se le rechaza e incluso se les aislaba como a los leprosos, así lo describe el pensador en *Historia de la locura* (1964). Esta investidura que configura “el ritual de la circunstancia ceremoniosa” dotada de “verdad” detrás de la sotana, toga o bata médica escenifica un performance que atraviesa esa voluntad de la plena veracidad normada y conformada por



un sistema institucional coactivo. Según M. F. no se trata únicamente del enunciante, sino del enunciado, el discurso se hace oficial a través de la historia y por la adhesión de quien lo asume como “verdadero”, esa obediencia hacia quien posee la palabra, por ser escuchado, es en efecto, quien ejerce el poder: quien diagnostica, quien clasifica, quien interviene o quien define el proceder de la prevención y en qué momento puede o debe emplearse. El “saber” es siempre un procedimiento técnico.

Por ejemplo, según Alejandro Rocamora, psiquiatra e investigador sobre suicidio, vicepresidente de la Asociación de Investigación e Intervención del Suicidio (autor más citado de habla hispana sobre este tema) y también escritor del libro *Intervención en crisis, en las conductas suicidas* (2013), recomienda el siguiente procedimiento para evitar o impedir la concreción de la muerte voluntaria:

1. Intervención en crisis
2. Conductas suicidas
3. Estrategias terapéuticas
4. Intervención inmediata
5. Factores protectores
6. Vulnerabilidad

Normalmente, el estado de crisis se relaciona con un evento traumático. En otras palabras, se caracteriza por un suceso inesperado de manera imprevista. Rocamora las clasifica en tres niveles:

1. Nivel Cognitivo: La persona afectada se siente desbordada, le resulta difícil la resolución de los conflictos y las formas de afrontarlo.
2. Nivel Psicológico: La persona afectada presenta sensaciones tales como confusión, negación, temor, inquietud, entre otras.

3. Nivel Fisiológico: También puede generar efectos físicos como estrés, cambios del ritmo cardíaco, sudoración, entre otros síntomas (Rocamora, A, 2013, p. 7-8).

Esta observación es abordada desde la nomenclatura médica y bajo la evidencia científica, pero aislada del acontecer socio-cultural. A pesar de que Rocamora explica dos modelos para abordar la prevención del suicidio, cuya intervención en crisis debe procurarse realizarse de manera: “1. Individual: médica, terapéutica o clínica y 2. Comunitaria: multiprofesional, enfocada en el entorno de la persona afectada” (p. 8). No se evidencia la necesidad integrativa del quehacer interdisciplinario. Se entiende que la multidisciplinariedad en la práctica genera aportes desde cada uno de los estudios particulares de cada disciplina y no necesariamente un diálogo en conjunto. Siendo de esta manera liderada por profesionales en el área de salud mental, se establece así una categoría piramidal profesional. En otras palabras, “la intervención en crisis”, o los “primeros auxilios emocionales” tienen como fin último evitar la muerte del suicida, no proveer, en el caso que así lo amerite, las posibilidades autonómicas de una “vida digna”, por dar un ejemplo y tomando en cuenta una de las causas preponderantes de suicidio en Centroamérica, mencionadas anteriormente.

M.F. estudia y cuestiona fundamentalmente cómo opera la sociedad moderna (XVIII-XIX)<sup>17</sup>, la conformación disciplinaria y sus mecanismos. Evidencia la “legitimidad del poder” analizando sus regulaciones, “su capilaridad”, cómo se estandariza y se centraliza. “El poder” no está sujeto a propiedad de nadie, el individuo no es poseedor de poderes, funcionan de manera “rizomática” (Deleuze & Guattari 1972), *El poder* atraviesa los cuerpos encauzando las fuerzas para que haya mayor productividad.

---

<sup>17</sup> M. F. entiende la época moderna de los siglos XVIII a XIX. No obstante, desde el pensamiento decolonial, la modernidad se piensa desde la colonización (XV), la cual no difiere en absoluto con la concepción foucaultiana del *poder*, en efecto el poder: coloniza, centraliza, excluye, discrimina, centraliza y jerarquiza. Pero también seduce, incita, produce.

Una productividad que no se consigue con la muerte, pues se requiere estar con vida para producir. Se necesita de un cuerpo, una anatomía social o individual, la cual responda a la demanda de la productividad. A este *corpus* social o individual, Foucault, le llama *anatomopolítica* y se relaciona directamente con *el saber*.

La microfísica, por lo tanto, interviene en relaciones de poder locales, administra el espacio, su dispositivo es vigilante y se relaciona con el ejercicio del *poder* mucho más que el ejercicio del saber. La microfísica indaga, registra, verifica. Los protocolos de prevención del suicidio funcionan como un instructivo cuya elaboración está destinada a la intervención del mismo, como se ha mencionado con anterioridad. El protocolo de 1969 sugiere una vigilancia constante en cada etapa de la crisis redoblando esfuerzos en caso de intento de suicidio, como también reafirma Rocamora. El fin último trata de salvarle la vida a quien desea quitársela, bajo el concepto de *vida* como del *máximo bien tutelado* ante la ley, la medicina y sus disciplinas heredadas: la psiquiatría y la psicología. El poder y el saber se implican uno con el otro.

#### 4. SOBRE EL PANOPTISMO Y EL BIOPODER

M. F. al estudiar la arquitectura hospitalaria de la segunda mitad del siglo XVIII, con el objeto de entender la mirada institucional médica, encontró la omnipresencia del ojo que desarrolla los mecanismos sofisticados de vigilancia, de la fábrica a todas las demás estructuras de control: hospicios, escuelas, prisiones, asilos, casas de corrección, entre otras.

En 1786 a Samuel Bentham le fue solicitado un proyecto para reformar y refrenar la insubordinación de trabajadores en la fábrica de Potemkin, Rusia. Samuel le confió a su hermano Jeremy el diseño al que nombró: *Panóptico*.

Para M. F, en el libro *Jeremy Bentham. El Panóptico. 1979*<sup>18</sup>:

El principio era: en la periferia un edificio circular; en el centro una torre; ésta aparece atravesada por amplias ventanas que se abren sobre la cara interior del círculo. El edificio periférico está dividido en celdas, cada una de las cuales ocupa todo el espesor del edificio. Estas celdas tienen dos ventanas: una abierta hacia el interior que se corresponde con las ventanas de la torre; y otra hacia el exterior que deja pasar la luz de un lado al otro de la celda. Basta pues situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un alumno<sup>19</sup>. (Foucault, M *et al*, 1979, p. 10).

Foucault constató que antes de Bentham estas preocupaciones sobre el control y regulación poblacional localizada ya existían, que uno de los primeros modelos de visibilidad aislante había sido puesto en práctica en la Escuela militar de París en 1755, que Bentham a propósito facilitó esta tecnología innovadora como estrategia para ejercer el poder, más tarde aplicada arquitectónicamente por varias instituciones y que proliferó en el siglo XIX. El pensador declara: “Bentham ha contado que fue su hermano el que visitando la Escuela militar tuvo la idea del panóptico” (p. 11).

Dicha estructura “carcelaria” representa la idea del disciplinar sobre la anatomía, como ya se ha mencionado, buscando que el cuerpo actúe como el observador deseado. “Busca enderezar conductas”, el sujeto no se entera de quién lo observa, mas sí que está siendo observado. Sin embargo, una vez definido el propósito, el origen y motivación del panóptico es necesario comprender el significado del *Panoptismo* como:

---

<sup>18</sup> Este texto es el resultado de una entrevista a M. F. realizada por los entrevistadores Jean-Pierre Barou y Michelle Perrot. Editado tiempo después por Pierre Relfond, Madrid, en 1979, traducido por Julia Varela y Fernando Alvarez-Uria.

Foucault desarrolla y analiza las tecnologías disciplinarias del panóptico y el panoptismo en su libro *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Publicado originalmente en 1975.

<sup>19</sup> Asimismo, M.F., desarrolla y analiza las tecnologías disciplinarias del panóptico y el panoptismo en su libro *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión*. Publicado originalmente en 1975.

“El éxito del poder disciplinario se debe en efecto al uso de instrumentos simples: la inspección jerárquica, la sanción normalizadora y su combinación en un procedimiento que le es propio: el examen.” (Foucault, M. 2009, p. 199).

Los *Modelos de Intervención en Crisis* clínicos también buscan el enfoque psicológico más conveniente para abordar la crisis de la persona sufriente. Estos modelos tienen como fin, según la compilación teórica de Rocamora:

“(…) un proceso para influir activamente en el funcionamiento psicológico durante un período de desequilibrio con el fin de aliviar el impacto inmediato de los eventos estresantes trastornadores y con el propósito de ayudar a reactivar las capacidades latentes y manifiestas, así como los recursos sociales, de las personas afectadas directamente por la crisis para afrontar de manera adaptativa los efectos del estrés” (Rocamora, A, 2013, pp 47).

Entre estos modelos, Rocamora recomienda: El modelo cognitivo-conductual, el modelo psicodinámico, el modelo biosocial, entre otros. Todos estos métodos se caracterizan por un procedimiento de observación, evaluación (examen), diagnóstico y práctica, según las necesidades centrales o periféricas del “cliente”, “paciente” o “usuario” (pp 49).

En el *modelo cognitivo-conductual*, por dar un ejemplo, se determina como prioridad psicológica la *intervención de primer orden*: el proporcionar apoyo, reducir la letalidad, facilitar el acceso a otros recursos de ayuda y en la *intervención de segundo orden*: objetivos, contribución a la supervivencia física, identificar y expresar sentimientos, obtener el dominio cognitivo, generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales (pp 55). Rocamora no detalla estos procedimientos. No obstante, tal dinámica de observar, determinar y priorizar ejerce una influencia en el ejercicio médico del siglo XVIII. Explica Foucault que Philippe Pinel consideraba que la “observación exacta es al mismo tiempo una condición de curación”. Es decir, “la operación terapéutica, esa transformación sobre cuya base alguien considerado como

enfermo deja de estarlo, sólo puede llevarse a cabo dentro de la distribución reglada del poder (Foucault, M, 2007. p. 17).

Aunque se haya evolucionado y tomado en cuenta la estructura biopsicosocial del sujeto, el proceder lógico de atención terapéutica continúa con un arquetipo médico de carácter disciplinario y/o de obediencia por parte del paciente.

El panoptismo es un mecanismo que no necesariamente se debe entender desde un marco arquitectónico, pues es también una técnica de vigilancia desde la observación al diagnóstico psiquiátrico o psicológico y de la obtención ineludible del dominio cognitivo de la persuasión, este es el caso de la prevención del suicidio, basta con la actuación conjunta de una red profesional y civil la cual evite la concreción de la muerte voluntaria de cualquier sujeto, ya no es necesaria la camisa de fuerza, ni el asilo, puesto que los puentes cuentan con altas mallas que persuaden momentáneamente al suicida de precipitar su muerte, prohibiendo a su vez una imagen traumática para los transeúntes, pasajeros o previniendo conductas imitativas. Las frases que arrojan un hito de esperanza, los teléfonos de auxilio son muestras de lo institucionalizada que se encuentra la prevención y los discursos psicológicos de esta índole: una dinámica colectiva cuyo fin se aboca al dominio por el poder sobre los cuerpos, sobre vida, sobre cómo y dónde se debe morir, una solución facilista para aquella noción equivocada de “lo que no se ve, no es” y de “lo que no se habla, no existe”.

Desde el discernimiento foucaultiano podría decirse que la *anatomopolítica* se manifiesta en la prevención *restrictiva* o *directiva* del sujeto que atenta contra su vida, y la *biopolítica* es posible evidenciarla en el discurso preventivo generalizado por parte de la población, sin cuestionarse de antemano si su intervención es deseada o no por el sujeto. De esa manera las personas que se acogen el discurso de la prevención del suicidio se convierten en pequeños engranajes disuasorios convencidos de estar realizando un acto

altruista. Es aquí donde otros administran la vida de la persona sufriente, donde el desarrollo del poder establece su fuerza. Sin embargo, la concreción del suicidio arrebató ese derecho a quién la administra. Es cuando ese momento decisivo se vuelve el derecho individual y privado del morir (Foucault, M. 2005, p. 167-168).

Esta *doble faz*, señalada por M. F., se interrelacionan en dos focos: 1. centrado en el cuerpo, *un cuerpo visto como máquina que provee de aumento de aptitudes, utilidad, docilidad, integración al sistema de control eficaz de las disciplinas, natalidad, proliferación, longevidad, mortalidad* (anatomopolítica) y 2. Los controles (tecnológicos) reguladores de la población que organizan, gestionan la vida: *las escuelas, las familias, la migración, la vivienda, la salud pública*, entre otras (biopolítica).

Foucault nos habla en *Historia de la Sexualidad (Voluntad de saber)* sobre un control del cuerpo, una sexualidad sin sexo, una sexualidad castrada. Pero cuando nos referimos a las formas de prevención de muerte voluntaria, se hace énfasis en las formas en las que se promueve y se prolonga la vida cuando estas personas carecen de voluntad para continuar decididamente con ella.

# IV CAPÍTULO

## 1. ALTERNATIVAS FILOSÓFICAS Y ANTIPSIQUIÁTRICAS AL SUICIDIO

Entiéndase alternativa como la posibilidad de decidir opciones distintas o diferentes que convengan según la elección personal. Una alternativa filosófica y antipsiquiátrica requiere de autoconocimiento y autonomía<sup>20</sup>. En otras palabras, implica respeto y legitimidad para las decisiones que tome cada persona sin intervención coercitiva (paternalista), medios persuasivos externos (beneficencia<sup>21</sup>), o condenas legales e institucionales<sup>22</sup> (Torres, R, 2011, p. 12-14).

Una manera de definir la autonomía según Gracia (2007), comprende una mezcla entre *paternalismo, beneficencia y poder*, que, *prima facie* pretende beneficiar a un ser humano, *pero que al menos en ciertos casos puede resultar prima facie incorrecta, ya que se niega a aceptar los deseos, opciones y acciones de esa persona* (p. 99).

La autonomía de un sujeto con voluntad decisiva de morir no suele ser interpretada como legítima, cuando ésta es diagnosticada por incompetencia cognitiva, inmadurez, trastorno, irracionalidad (entre otras valoraciones), cuyas consecuencias terminan en la prescripción de medicamentos, tratamientos terapéuticos y en el adiestramiento de las personas que convivan con el sujeto para evitar a toda costa la concreción del propósito suicida.

---

<sup>20</sup> Autonomía: Es la convicción personal guiada por unos principios (...). La capacidad para determinar el curso de acción por uno mismo (El derecho de autodeterminación). La autonomía requiere la capacidad de tomar decisiones y la habilidad de poner en práctica las elecciones hechas (p. 12).

<sup>21</sup> Beneficencia: Uno de los principios de bioética. Promover el bienestar o el mejor interés de una persona. Hacer el bien o ayudar a otro. En medicina, ayudar al paciente, favorecer, beneficiar (p. 14).

<sup>22</sup> Inexorabilidad de deuda o herencia de esta, en el caso de seguros de vida, por ejemplo.



La primera alternativa filosófica en relación con el suicidio incluye el *respeto a la libertad y el principio a la autonomía*. Sin el primer concepto no es posible comprender el segundo, pues ambas son fundamentales en la práctica ética y contraria a la heteronomía, es decir, al comportamiento obediente tanto de las normas sociales como legales sin que haya voluntad del sujeto en seguirlas. Para M.F., no hay forma de desvincularse del poder, pues es la vida el receptáculo de este (con la obvia excepción de la muerte). No obstante, y en otra perspectiva, quitarse la vida, es arrebatarse el derecho que se tiene a quien posee la legítima potestad de hacerlo. Desde la perspectiva de T. S., se aborda una defensa del derecho individual, apela a la voluntad del sujeto. La voluntad de morir debe comprenderse como ajena al control institucional, estar determinada por la libre elección, la cual es intrínseca a la condición humana como fin último de la libertad. A esto le podemos llamar autodeterminación.

Es plausible e inevitable evidenciar la influencia del pensamiento liberal humeniano en Szasz, pues remite a la reflexión sobre el suicidio, la libertad vinculada al derecho individual y al libre arbitrio como orden de la naturaleza humana concerniente a la elección. Hume (1995) dirá:

Si disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al Todopoderoso, y fuese un infringimiento del derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla. (Hume, D, 1995, p. 127).

Asimismo, este pensador escocés descubre en la falacia naturalista una diferencia entre “lo que es” (ser) y “lo que se debe” (deber). Aseverar, por ejemplo, que quien opta por darle fin a su vida va en contra de la naturaleza, (apelando al impulso vital de la condición de supervivencia de la especie) incurriría en una falacia de índole naturalista. Pues, aunque de primera mano parezca absurda: *lo que se llama una razón para vivir es, al mismo tiempo, una excelente razón para morir* (Camus A, 2020, p 16).

## 2. UNA ALTERNATIVA FILOSÓFICA: CONÓCETE A TI MISMO/A, EL ARS VITAE

En la tradición filosófica griega descrita por Aristocles (Platón), narra que en el templo dedicado al dios Apolo, conocido como el Oráculo de Delfos presentaba en su entrada una inscripción para todo el que le visitara: “Conócete a ti mismo”, la razón de ello se debía al resultado de una cultura donde podía apreciarse el autoconocimiento, entendiendo que no hay nada “afuera” que no se pudiese encontrar dentro de sí mismos. M. F., ha generado una interpretación sobre “conócete a ti mismo”, *gnothi seauton* el cual reúne la incitación socrática del autoexamen y desde luego, la comprensión plasmada en la filosofía del estoicismo que persigue virtud en el dominio de sí ante el cuidado de sí, *epimeleia heautou*.

En su libro *En el origen de la hermenéutica de sí: Conferencias de Dartmouth, 1980*, Foucault aborda con detenimiento algunas estrategias a las que ha recurrido el ser humano para orientarse hacia el descubrimiento de la verdad sobre sí mismo/a. Al cual M. F., llamó *gnothi seauton* y sus formas estratégicas para iniciarse en este camino, por decirlo de algún modo, les llamó *técnicas* o, *tecnologías del yo*: La práctica de la confesión oral o escrita, el autoexamen nocturno, la parresia, son algunos ejercicios estoicos que podrían fungir como una recomendación alternativa del autocuidado (Foucault, M, 2017, p.45).

“El arte de vivir” es la esencia de la Filosofía heredada por los estoicos cuyo legado transmitió Sócrates por medio de Platón y Jenofonte, entre varios de sus diálogos, el Alcibiades; los medios son las *técnicas de sí* y sus fines, *el dominio de sí*. Este texto nos da un muestreo sobre el quehacer interpretativo del estoicismo antiguo<sup>23</sup> (socrático), la maestría en ocasiones

---

<sup>23</sup> Podría decirse que el estoicismo se divide en tres épocas distintas desde su fundación por Zenón de Citio (336-264 a. C), conocido como el estoicismo helenístico, un segundo estoicismo representado por Crisipo o el estoicismo medio (alrededor de 280 a 205) y un tercero, el grecorromano liderado por figuras como Séneca, Epicteto, Musonio Rufo, Marco Aurelio, entre otros (V y IV d. C).

también fungía como una preparación formativa para los futuros políticos con el objetivo de gobernar la ciudadanía. En este caso, conocerse y dominarse integra un fin mayor: *el cuidado de sí*. Pero ¿qué rol juega este arte? Uno cuya praxis se convierta en un hábito de moderación para alcanzar la felicidad, un ejercicio moral que establezca un trato compasivo y justo consigo mismo hasta alcanzar el autodomínio.

Según Foucault (2017), en la época helenística-estoica, uno de los ejercicios prácticos del "conocimiento de sí", para "el cuidado de sí", comprendía determinados preceptos filosóficos en los cuales los sujetos se conducían ante las diferentes circunstancias de la vida con el propósito de no perderse a sí mismos, "ni la calma, ni la paz del espíritu" (p.25-26).

En un principio el discípulo necesitaba de la guía del maestro hasta no requerirle en absoluto. La escucha atenta del maestro y la confesión oral significaban un ritual íntimo donde el maestro explicaba un código universal para toda su vida.

No obstante, esta confesión oral, (aunque también la había escrita, como Sereno a Séneca, por ejemplo) toma distancia de lo que hoy se entiende por la confesión oral del cristianismo transformado y heredado desde la Edad Media.

M. F., señala, (...) una transformación que se produjo al comienzo de la era cristiana, cuando la obligación de conocerse a sí mismo se convirtió en el precepto monástico: "confiesa a tu guía espiritual cada uno de tus pensamientos" (Foucault, M, 2017, p. 46). Es esta transformación lo que Foucault llama "hermenéutica de sí". Es decir, la confesión no poseía la importancia interpretativa en la antigüedad como sí existe en el cristianismo actual, luego extrapolada a la medicina, a la psicología/psiquiatría y con mayor fuerza a las leyes, procurando así técnicas de control desde el saber-poder explicadas con anterioridad.

Las tecnologías modernas del poder a diferencia de las del "cuidado de sí" (en la antigüedad) se imponen desde la jerarquía espiritual (un sacerdote o pastor), pues la confesión

parte desde la obediencia (piénsese en la penitencia como acción posterior de la confesión), construyendo de esa forma lazos de demanda y obediencia<sup>24</sup>.

Contrariamente, lo considerado en la antigüedad estoica como “confesión oral o escrita” intentaba proveer herramientas morales y emocionales (con ayuda de un amigo o maestro) que pudiesen ayudar a afrontar una prueba, una pérdida, el exilio, entre otros embates. Menciona Foucault, que “la dirección antigua aspiraba a la autonomía del dirigido”, no al poder ejercido por el guía (p. 48). Incluso las formas en las que se dirigía al maestro (y a sí mismo) se relacionaban con un lenguaje administrativo, no jurídico, por lo que, M. F., toma como ejemplo al estoico romano Séneca:

En relación consigo mismo, no es un juez que debe castigar: es más bien un administrador, que una vez realizado el trabajo o terminados los negocios del año, hace las cuentas, establece el balance y ve si todo se ha hecho en forma correcta. Séneca es un permanente administrador de sí mismo más que un juez de su propio pasado (Foucault, M, 2016, p.30).

La confesión estoica trata de recordar lo que se ha olvidado del comportamiento ejemplificante y adecuado con el fin de reactivar principios filosóficos fundamentales, se busca “el bien por el bien”, no para memorizar en cuáles pecados se ha incurrido y evitar reincidir en ellos.

El examen de conciencia (*speculator sui*) se caracteriza por:

1. Recordar la verdad olvidada, nada se relaciona con descubrir la verdad oculta del sujeto.

---

<sup>24</sup> Respecto a la penitencia, no debe considerarse un acto en relación con el pecado, Foucault lo estudia y describe como un “estatus general de la existencia adecuada a la manifestación de verdad”. La penitencia es una reconciliación con Dios, un acto de humildad, en el que el pecador muestra el cuerpo que ha pecado y renuncia a ello por una vida espiritual en la eternidad.

M. F (2017), señala: Durante los primeros siglos del cristianismo la penitencia fungía como un modelo de vida la cual se manifestaba en todo momento a través de una obligación de mostrarse, “exactamente eso es la *exomologesis*” (*publicatio sui*), una palabra de origen griego que como diría Foucault, los padres latinos no se molestaron en traducir (p. 76-77).

2. El principio reglamentario comportamental parte del sujeto sin olvidarse de sí mismo, no como cuestión supranatural, sino como convicción.

3. Recordar los errores de manera compasiva, no con el fin de atormentarse o sentir culpa, sino como técnica del deber ser.

4. La rememoración de los errores cometidos durante la jornada sirve para medir la distancia que separa lo que se ha hecho de lo que se habría debido hacer.

5. En el sujeto hay un punto de intersección de un conjunto de recuerdos que deben traerse al presente y actos que deben regularse

- En la inspección de sí mismo se había recomendado, en primera instancia, leer continuamente el manual de preceptos, el cual viene a configurar un diario personal.

- En la mañana (para el futuro): se repasan las tareas por llevar a cabo.

- En la noche (para evaluar el pasado): Rememorar lo hecho durante el día y lo que pudo haberse cambiado para bien. (p. 51).

Asimismo, en la literatura médica se registra la importancia de la práctica confesoria como registro de la salud, M, F., menciona algunos ejemplos descritos, como el tratado *Sobre la diagnosis y curación de las afecciones del alma* de Galeno, pues con anterioridad en asuntos de salud las afecciones se consideraban padeceres tanto del alma como del cuerpo dignos de tratarse con el mismo rigor, también se había indagado ya sobre el tratamiento hipocrático bajo éste mismo método de *confeso*. No obstante, la transformación medieval-occidental y por supuesto, moderna de la confesión en el cristianismo se ha adherido al abordaje clínico (jurídico) del siglo XIX: la psiquiatría y el psicoanálisis freudiano. A pesar de que Foucault asevera con honestidad el no estar convencido de que tales prácticas se deban a éstas genealogías tecnológicas de sí, originadas en la hermenéutica cristiana del siglo de Casiano a San Agustín, es plausible comprender un hilo conductor del saber-poder regente, constituido por una institucionalidad de la vigilancia y la confesión, en muchas ocasiones sutilmente

impuesta, en otras más visibles, tal como lo describe Foucault al narrar la anécdota del psiquiatra francés Leuret (1840), quién había obligado a su paciente a declararse “loco”; si éste lo negaba o se retractaba, Leuret lo bañaba con agua helada hasta que el atormentado paciente le obedeciera y diera la razón, solo así, reconociéndose y confesándose podía “curarle” (p.40). Nada de estas prácticas implican *el hacer de la vida un arte*, nada que aleje al sujeto humano del conocimiento de sí, de la autonomía, de la autodeterminación y libre elección, (cualidades que conforman la *estética vitae*) se relacionan con la *hermenéutica de sí*, pues aquí encontramos las diferencias entre las *técnicas del yo*, grecorromanas (Epicteto, Séneca, Marco Aurelio) y la *hermenéutica de sí*, moderna (Casiano, San Ambrosio, San Paciano, Juan Crisóstomo, San Agustín).

En el caso de la Filosofía de Epicuro de Samos (341 a. C. – 270 a. C.), la autarquía o la auto-suficiencia, radica en alejar los placeres que guían hacia la perturbación del alma, la felicidad de acuerdo a la ética es lo que M.F., toma como referencia en cuanto a la constitución del sujeto para ocuparse del alma sin distinción etaria. Así lo redacta Epicuro en la carta dirigida a Meneceo, según Foucault en el libro EEH (1999):

“Nunca es demasiado pronto ni demasiado tarde para ocuparse de la propia alma. Se debe, pues, filosofar cuando se es joven y cuando se es viejo”: la filosofía se equipara al cuidado del alma (el término es precisamente médico: *hygiainein*), y este cuidado es una tarea que se ha de proseguir a lo largo de toda la vida (p. 276).

La felicidad a la que refiere este filósofo griego no atiende a un hedonismo ortodoxo, ni mucho menos a la connotación que podría dársele en la actualidad obtenida de excesos, consumo, validación externa, entre otros. Por el contrario, lo que enseñaba en *El Jardín* para llegar a *la felicidad*, era vivir la vida con sencillez, sin ostentación. Pues, la felicidad es un fin en sí mismo, guiada de la mano de la serenidad, la *ataraxia*.

En muchos aspectos, podría decirse, que Epicuro es un padre legítimo de la Psicología, en tanto que en sus clases asistían heteras, esclavos y amigos, enseñaba sobre percepción sensible,

razonamiento, consciencia, comportamiento y “locura”. Esto según el Libro X de Diógenes Laercio, en su célebre texto: *Vidas de los Filósofos Ilustres* (Laercio, D, 2007, p. 524-525).

Por otro lado, comprendía de la muerte, su nada, recordando al interlocutor/a que la muerte no es, porque quien la experimenta ya no es, no está y quién la piense sólo puede prolongar la angustia, una antinomia ante la serenidad que encauza la verdadera felicidad. Sin embargo, para quien busca refugio en la muerte, revela su resquemor a la vida, asevera Epicuro en *Carta a Meneceo*: “*Nada hay que cause temor en la vida para quien está convencido de que el no vivir no guarda tampoco nada temible*”. Continúa diciendo que a pesar de ello, una gran parte de las personas rehúyen la muerte viéndola como el mayor de los males, y al contrario, hay otras, quienes al procurarla o al “acogerla” como remedio se quitan la vida, pero estas personas no accionan con sabiduría, pues el sabio “*ni rehúsa la vida ni teme el no vivir*” porque no ve la vida ni la muerte como males. Finalmente, sentencia, “*el arte de vivir y de morir bien son una misma cosa*”, quien haya meditado su final y convencido, piense:

“Bueno es no haber nacido, o bien una vez nacido traspasar cuanto antes las puertas de Hades”, (...) ¿cómo no se aparta de la vida? Pues eso está a su alcance, si es que ya lo ha deliberado seriamente. Si lo dice chanceándose<sup>25</sup>, es frívolo en lo que no lo admite (Laercio, D, 2007, p. 561).

En este aspecto encontramos un Epicuro cuya lucidez remite a un serio razonamiento sobre la propia muerte si la vida no es deseada, pero al mismo tiempo genera una reflexión instructiva a la autosuficiencia, al camino a la felicidad sin excesos. El placer es una búsqueda natural en el ser humano para el filósofo ateniense. El éxito y la fortuna son un engaño sin *autarquía* y *ataraxia*.

---

<sup>25</sup> “Chanceándose” quiere decir “de broma”.

## V CAPÍTULO

### RESPUESTAS FILOSÓFICAS SOBRE LA AUTONOMÍA DE MUERTE, AUTORES VARIOS

La muerte en toda su condición natural ha sido desde los albores de la humanidad un fenómeno reflexionado, estudiado y analizado desde muchas expresiones visual-lingüísticas, la muerte voluntaria, por consecuencia y como se ha observado no ha pasado desapercibida en ninguna cultura, época o región en la historia. Asimismo, el pensamiento socrático y helénico parte del principio de aprender a vivir. En varias cosmovisiones del mundo, la dieta, el conocimiento de sí, el cuidado de sí, entre otras cuestiones, han comprendido la práctica del “buen vivir” por un principio teleológico del “buen morir”. Por esta razón se mencionan algunos pensadores que aportan a la ética de la muerte (tanato-ética) como rama disciplinaria de la Filosofía encargada de la comprensión, significado y proceso de muerte con el fin de desarrollar mecanismos o herramientas para su reflexión moral, brindando así una orientación multidisciplinaria, sanitaria, personal y profesional a quienes la requieran practicar. Por otra parte, este apartado no busca identificar apologetas de la muerte voluntaria, sino, generar respuestas de cómo comprender y canalizar un *impasse* existencial en el transcurrir vital de las personas.



## 1. Lucio Anneo Séneca (4 a. C - 65 d. C).

Nacido en Corduba y muerto por suicidio en Roma. Maestro del emperador Nerón creía “en el mundo como un todo material y racional”, dedicándose a los problemas de la ética-moral, cuya resolución lleva a la *ataraxia*, entendida cómo la impasibilidad del espíritu. Escritor de tragedias, epístolas o cartas, diálogos morales, entre ellos: *De la ira*, *De la tranquilidad del espíritu* y el más importante, al cual se dará prioridad en este apartado: *Epístolas Morales a Lucilio* (*Epistulae Morales ad Lucilium*), su remitente, un amigo procurador de Sicilia. El texto se compone de 124 cartas de las cuales se hará referencia al libro VIII, epístola 70.

En *Cartas a Lucilio*, se abordan diferentes temáticas del estoicismo romano, algunas de ellas relacionadas con la cotidianidad, la valentía del ser sabio, al trabajo correspondiente a la virtud, la sabiduría, la justicia o igualdad de bienes, la vida, el buen vivir, la muerte y la muerte voluntaria. Además, cabe destacar que estas epístolas marcan la última etapa vital del autor, es decir, poco antes de darse muerte bajo el mandato ejecutivo de Nerón.

Sin duda, Séneca es un apologeta practicante de la muerte voluntaria como lo es de la vida bien vivida. Al igual que Epicuro, el pensador romano entiende que no se debe temer a aquello que todavía no ha ocurrido, llama a la serenidad, a ocupar el tiempo efectivamente, a cuidar del ánimo e incluso a renunciar a la riqueza material si es necesario para conciliar la *ataraxia*, pues, ésta máxima contempla como fin último la salud del sujeto humano. Sin embargo, “la vida” para Séneca, “no debe conservarse por encima de todo”, tomando en cuenta que no siempre es un “bien”, pues “el bien” es vivir con rectitud. Por lo que dirá, “En consecuencia, el sabio vivirá mientras deba, no mientras pueda”.

Los paralelismos con Sócrates son muchísimos, uno de ellos, la forma en la cual en vida se prepara para la muerte, la denominación asertiva del buen vivir para el buen morir prepara el camino de la tanatoética desde la antigüedad, como una rama que comparten muchas disciplinas, junto a la bioética.

Sus cartas permiten cierta cercanía del sentido pragmático de su filosofía: “Piensa siempre en la calidad de la vida, no en su duración”, afirma el cordobés a Lucilio (Libro VIII, epístola 70:6. p. 397). Vivir está determinado bajo criterios valorativos y las formas en las cuales se abordan tales vicisitudes dependen del sujeto. El argumento tanatoético senequiano es atemporal porque no importa si la muerte es pronta o demora en llegar, el haber logrado una muerte digna y evitar “vivir mal” es el único objetivo, después de todo, hasta donde se sabe, el nacimiento no se elige, la muerte sí: “Ninguna solución mejor ha encontrado la ley eterna que la de habernos otorgado una sola entrada en la vida y muchas salidas” (p. 400)<sup>26</sup>.

Pese a no existir una clara definición de voluntades de muerte entre el suicidio y eutanasia, podría decirse sobre la segunda opción que el “morir bien” está determinado, según señala el autor por la siguiente condición:

Si se nos da opción entre una muerte dolorosa y otra sencilla y apacible, ¿por qué no escoger esta última? Del mismo modo que elegiré la nave en que navegar y la casa en que habitar, así también la muerte con que salir de la vida<sup>27</sup>. (Séneca, 1986, p. 399).

La muerte reflexionada y minuciosamente decidida cumple cabalmente con la idea de libertad en el pensamiento senequiano, la rectitud también es pensada desde la *praxis* del desapego, por ello, el cordobés demanda: “¿Quieres mantenerte libre frente a ese tu cuerpo? Habita en él como quien tiene que cambiar de residencia” (p. 400). Para Séneca la muerte es un deber, como vivir una obligación que también debe ejercerse con entereza, en todo caso, el sujeto no muere por enfermedad, sino por el hecho de estar vivo, tomando en cuenta que incluso la muerte le llega al sano (p. 466).

---

<sup>26</sup> VIII, 70:14

<sup>27</sup> VIII, 70: 11

## 2. John Donne (1572-1631)

Donne fue un clérigo y poeta inglés isabelino, escritor de *Biathanatos*, un tratado póstumo escrito en 1608, publicado por primera vez en 1647. Una obra pionera en hablar sobre muerte voluntaria en occidente en contraposición al pensamiento de la iglesia anglicana. Según Borges para Donne, “así como no todo homicida es asesino para los canónicos, no todo suicida es precisamente pecador por haberse quitado la vida”.

Jorge Luis Borge en sus *Otras inquisiciones* (1974) escribe sobre *Biathanatos*:

Este tratado fue compuesto a principios del siglo XVII por el gran poeta John Donne, que dejó el manuscrito a Sir Robert Carr, sin otra prohibición que la de darlo "a la prensa o al fuego". Donne murió en 1631; en 1642 estalló la guerra civil; en 1644, el hijo primogénito del poeta dio el viejo manuscrito a la prensa, "para defenderle del fuego" (p. 700).

El contexto en la Inglaterra del siglo XVI y XVII gobernada por el reinado de Isabel la I. Según describe el historiador González Cobo (2010), tanto los católicos como protestantes satanizaban la muerte voluntaria, se le vinculaba con tentaciones demoníacas, se creía que las personas suicidas sucumbían a la *deseperatio* y la *tristitia diabólica* (p. 221). Quitarse la vida era considerado un acto afeminado, no les brindaban honras fúnebres, ni se les enterraba en camposanto, en general se cometía injusticias deshonrosas en contra de las familias que habían perdido a una persona cercana por estas circunstancias, sin mencionar mayores atrocidades. No es en absoluto extraño que la nobleza de Donne haya protestado contra estas formas de violencia desde su privilegio, incluso aun no siendo clérigo.

La tesis de Donne se compone de una pequeña declaración, la cual indica “que la autodestrucción no es tan por naturaleza pecado, que nunca podrá ser otra cosa” (p. 176). Luego del índice, un comentario de Saresberiensis, tres cartas, un prefacio, tres partes dedicadas al *derecho y la naturaleza, la ley de la razón y la ley de Dios*, una conclusión y finalmente algunos agregados pertinentes de la edición e investigación del texto.

El prólogo, escrito por Thomas Quincey, inicia aclarando que Donne no aprobaba el suicidio, se hace una exculpación en su nombre aseverando que escribe el *Biathanatos* antes de su incorporación a la iglesia. A pesar de no ser posible garantizar tal aseveración, al menos es comprensible que su tesis estuviera motivada por la necesidad de enseñar sobre la compasión que tanta falta hacía aún posterior a la inquisición y la continua censura existente que incluso amenazaba al autor. Sin embargo, este es un enclave para leer el texto de por sí críptico, o en palabras del mismo Donne “blasfematorio”.

Cuando el poeta narra el caso del suicidio de Beza<sup>28</sup>, al mismo tiempo responde: “sabes de la caída de este hombre, pero no conoces su lucha, que tal vez fuera tal que su caída casi la justifica Dios y la acepta” (p. 29). El argumento teológico increpa reiterativamente en el discernimiento de que sólo Dios puede juzgar, además agrega, se “hizo como nosotros, para poder ser misericordiosos” (p. 31). Asimismo, Donne acusa a los intérpretes de proyectar criterios comunes sobre el suicidio y es que, con regularidad reflejan sus pecados en los pecados de otros y castigan como creen deben castigarse a sí mismos. Es decir, no se disculpan, ni tienen piedad, suelen adoptar una actitud de martirio.

El prejuicio que recae sobre la muerte voluntaria también es denunciado por el autor, inquiere sobre el origen de ese supuesto pecado: “nuestro juicio pueda acercarse más a lo categórico, y nuestra caridad despertarse y suavizarse para entender que este acto puede estar libre, no sólo de esos enormes grados de pecado, sino de todos” (p. 40). Con total lucidez señala algunos criterios falsos y comunes sobre el suicidio, tales como el creer que toda persona que se quita la vida está en una condición desesperada, o que consumar el hecho imposibilite regresar a Dios, o que no hay tal posibilidad de arrepentimiento (en caso de sobrevivir el intento).

---

<sup>28</sup> Beza fue un hombre, cuya vergüenza por padecer de una seborrea excesiva y no poder esconderla, llega a precipitarse del Puente de los Molineros en París.

La sugerencia “blasfematoria” por la cual el poeta decide recurrir a sus amigos, principalmente a Sir Robert Ker (solicitando que el libro se firme con “Jack Donne y no por el doctor Donne”), proponía cuestionar dos valientes asuntos ya puestas en discusión y bajo tela de juicio por los casuistas:

1. Si Jesús hecho hombre sabía su cometido en la tierra, al sacrificar su vida para limpiar los pecados de la humanidad ¿Por qué no considerarlo un suicida?

2. Si los mártires siguieron su ejemplo de amor y sacrificio ¿Por qué no se ha de tener piedad con aquellos quienes deciden sobre su muerte por mano propia?

Ciertamente, esta observación del mártir/suicida cambia la perspectiva interpretativa de la biblia, ya que no sería Judas el primer suicida de esa historia, sino Jesús, una razón más por la cual “apiadarse” de la figura de Iscariote<sup>29</sup> (Mateo 27:5) y aplacar el repudio contra las decisiones de muerte voluntaria que lleva al prejuicio, aislamiento, o al destierro material y moral cometidos desde el siglo XVI.

En relación con la segunda cavilación, Donne declara que: “el buen pastor da su vida por sus ovejas” (p. 194). A lo que Borges en sus *Obras completas* (1974) agregaría:

Se limita a invocar dos lugares de la Escritura: la frase «doy mi vida por las ovejas» (Juan, 10:15) y la curiosa locución «dio el espíritu», que usan los cuatro evangelistas para decir «murió». De esos lugares, que confirma el versículo «Nadie me quita la vida, yo la doy» (Juan, 10: 18), infiere que el suplicio de la cruz no mató a Jesucristo y que éste, en verdad, se dio muerte con una prodigiosa y voluntaria emisión de su alma. Donne escribió esa conjetura en 1608; en 1631 la incluyó en un sermón que predicó, casi agonizante, en la capilla del palacio de Whitehall.

El declarado fin del Biathanatos es paliar el suicidio; es fundamental, indicar que Cristo se suicidó (Borges, 1974, p. 702).

---

<sup>29</sup> Difícilmente podría abordarse en este trabajo con riguroso detalle histórico y filosófico estas nociones sobre la figura de Judas Iscariote. Sin embargo, Jorge Luis Borges profundiza sobre los estudios y teorías de Nils Runeberg en su obra *Tres versiones de Judas* (1956), en él desdeña la idea de que Judas sea un traidor y con total lucidez evidencia cómo astutamente Iscariote intuye los planes de su maestro logrando así, ayudarle con su propósito.

Las paradojas en Donne son una característica personal de su literatura, desde la poesía hasta su tratado, el *Biathanatos*. En esta obra en particular, el concepto del libre albedrío como doctrina filosófica juega un rol importante, porque si la libre elección es obsequiada por Dios al ser humano, quiere decir que la voluntad de muerte no es un pecado en tanto hay voluntad. Así como Donne lo argumenta y señala que el origen del pecado fue permitido por Dios y goza por lo tanto de carácter natural.

### 3. Arthur Schopenhauer (1788-1860)

Schopenhauer es considerado el padre del pesimismo occidental, por su interpretación en la transversal influencia de las filosofías milenarias orientales, las cuales deliberaron en el reconocimiento del sentido de la existencia a través del dolor. “La desdicha es la norma”, dirá el autor de *El mundo como voluntad y representación* (1818-1819), su obra más importante y *Meditaciones sobre el dolor del mundo, el suicidio y la voluntad de vivir*, cuyo pesimismo transgrede al optimismo humanista y contradice la noción alemana de su época al comparar al suicida con un demente o un homicida. Éste último libro se tomará como referencia en este apartado.

A. Schopenhauer., es uno de los poquísimos pensadores del siglo XIX que ha reconocido la importancia de las filosofías de India, China y Japón desde una mirada occidental<sup>30</sup>. De ellas integra algunas máximas tales como la comprensión del *apego*, pues el apego del sujeto humano garantiza el sufrimiento en vida; también el dolor como un hecho inevitable del cual al mundo

---

<sup>30</sup> Según Roca (2014) uno de los estudiosos de la filosofía de Schopenhauer más especializados, afirma que el autor nunca aprendió sánscrito para profundizar en los estudios hinduistas, apunta que su búsqueda era una necesidad de confirmación poético-filosófica de sus ideas (p.85).

Además, es sabido que Schopenhauer nunca fue un practicante budista, ni un asceta como tal. Los preceptos filosóficos del vedanta y budismo parten de la renuncia a la violencia, herirse a sí mismo o herir a otros/as por lo que este autor le imprime una noción personalísima y occidental. Cabe destacar que ni el hinduismo, ni el budismo poseen concepciones pesimistas.

sensible no escapa y cuya vivencia es experimentada como una “realidad” encubierta. “Para este autor, el ser humano escapa del sufrimiento anulando la voluntad de vivir por medio de la negación y la huida de esta realidad” (*kármica*). (Roca, J, 2014, p.85).

De manera operativa, el pensamiento schopenhaueriano tiende a una dirección más kantiana que de los vedantas hinduistas o del budismo, en tanto se adhiere a la subjetividad del primero, ya que para Kant “el sujeto” es quien construye el mundo, quien lo ordena. A grandes rasgos, son sus juicios los que constituyen el conocimiento. El sujeto en el hinduismo y el budismo, incluso en la actualidad, se encuentra difuminado porque “el yo” se disipa en el no apego, no ego.

Según Schopenhauer (2004) el dolor es determinado por un obstáculo que se sobrepone a la voluntad. Es decir, la dolencia surge cuando entra en contradicción con la voluntad del sujeto y se sobrepone al sentido del bienestar, como por ejemplo las renunciaciones ascéticas (ayuno, voto de castidad, entre otros). El dolor sostiene un carácter positivo, pues el bienestar no se mide por la cantidad de experiencias satisfactorias o alegres, sino por la ausencia de penas y dolores. Entre mayor placer, mayor necesidad de satisfacción, “la necesidad”, según apunta el autor, ha provocado que la vida nómada del pasado haya llevado a la humanidad a migrar, luego, nos ha movilizado el tedio. Es decir, una vez resueltas las necesidades que nos ha hecho asentarnos como sociedades han surgido otras carencias motivadas por el aburrimiento.

En este aspecto la necesidad genera inconformidad hasta satisfacerla, se debe reconocer una unión tripartita existencial en Schopenhauer: el dolor, la voluntad y el conocimiento. La voluntad consiste en el impedimento o la frustración de la misma, también la forma en la que se muestra la voluntad se reconoce únicamente en el presente. Asimismo, el conocimiento es requisito para la obstaculización, “así como el dolor físico condiciona los nervios y la conexión con el cerebro”, “el dolor espiritual está condicionado por el conocimiento” (p. 32-33).

Schopenhauer recuerda a sus lectores, que la vida es esencialmente un estado de precariedad, de constante aflicción donde cada persona deberá luchar por su existencia. Lejos de negar la voluntad, quitarse la vida reafirma tal condición volitiva, el verdadero problema resulta de necesitar saciar los placeres que son sólo una ilusión creando fuentes de esperanza y expectativa. Para él, la voluntad de muerte no es “la más grande de las cobardías”, como habían pensado sus contemporáneos o religiosos, que además “ni en el nuevo, ni en el antiguo testamento está dicho que sea prohibido”, apunta el autor, tampoco debería considerarse condición propicia para acusarle de locura o inculpar al suicida como un criminal. Dirá (2004):

“Manifiesto que nada hay en el mundo sobre lo cual tenga cada uno un *derecho* tan indiscutible como sobre su propia persona y vida. Hasta se ha llegado, como he dicho, al extremo de contar entre los crímenes al suicidio, al que suele deparársele, y en especial en la vulgarmente mojigata Inglaterra, un ignominioso entierro y la confiscación de los bienes del difunto; de ahí que los tribunales emitan casi siempre a este propósito un verídico de demencia” (Schopenhauer, 2004, p. 52).

Ante este fenómeno, Schopenhauer llama a la compasión, se pregunta si debemos pensar en aquellos seres queridos, los cuales se han quitado la vida, con aversión, *Nego ac pergo*, afirma, “Una y mil veces lo niego”. Lanza una aguda crítica a los sacerdotes que desde sus púlpitos solicitan juzgar de crimen el suicidio sin ningún argumento que puedan referir de la biblia. Luego, exclama brindar sagrada sepultura a aquellos que se quitaron la vida por propia voluntad. También se remite a los pensadores clásicos y su tanatoética sobre acudir a la muerte digna, hace mención a Plinio, quien escribió en *Historia naturalis*, libro. XXVIII, señalando:

“(…) no hay que amar la vida hasta el extremo de seguir arrastrándose a cualquier precio (…) ninguno es más excelso que el poder elegir la muerte a tiempo: lo sublime de esta forma de morir es que cualquiera de nosotros puede optar por ella” (Schopenhauer, 2004, p. 53).

El padre del pesimismo hace una reflexión de la vida de San Francisco de Asís y Buda Sakyamuni, reconociendo en ellos una vida heroica de pasar a tenerlo todo y aun así renunciar



al *espíritu del mundo*. Para Schopenhauer, una vida feliz es irrealizable, para él, “Todo lo más que puede conseguir un hombre es vivir una vida heroica” (p.88), pues, quien tolera el tedio y las grandes dificultades del mundo termina triunfando, a pesar de que no siempre haya recompensa. Vivir de manera soportable para Schopenhauer, es la meta, pero el medio para llegar a ella no puede superarla.

#### 4. Philip Batz (1841-1856)

Batz es también conocido como Mainländer, seudónimo proveniente de Main, una región en Alemania cercano dicho río, cuya traducción al español quiere decir Río Meno.

El contexto legal-religioso al cual se enfrentaban las personas que se quitaban la vida en Europa, no era muy diferente a la crítica realizada por Schopenhauer, no cabe duda de que el padre intelectual de Batz fue el mismo padre del pesimismo occidental, el cual leyó ávidamente e influyó su *Filosofía de la redención* (1876), obra capital donde asienta su idea sobre el origen del mundo a través no de la creación divina, sino del agotamiento de su voluntad, explicado más adelante. Justo al tiempo de terminar el último tomo de su libro, Según Baquedano (2011), Mainländer se quita la vida, no sin antes haber intentado morir como soldado y fracasado en su empeño, pero esto no era ajeno a la práctica familiar, pues su madre presentaba síntomas de melancolía y tres de seis hermanos, al igual que Batz llegan a quitarse la vida (p. 17).

Mainländer integra la poesía y la reflexión para crear su propia cosmovisión. Expone Baquedano (2011)<sup>31</sup>, que Batz antecede la muerte de Dios previo a Nietzsche. Este Dios es una unidad saturada de sí, la cual al mismo tiempo se desintegra. El Origen del universo es causado

---

<sup>31</sup> Sandra Baquedano Jer (Valparaíso, 1980) es Doctora en Filosofía (Universität Leipzig 2007) y catedrática en la Universidad de Chile, integra el cuerpo de investigadoras/es en el departamento de esta misma universidad. Especialista en el pensamiento de Mainländer, metafísica y de Ecoética aplicada. Baquedano tradujo *Die Philosophie der Erlösung (Filosofía de la Redención)*, prologó y antologó los textos más importantes de la obra capital del autor.

por éste “superser” o “unidad simple” que después de originar todo lo que conocemos se disuelve por la ley del debilitamiento de la fuerza, tal como la teoría del Big Bang expuesta por Lemaître en su libro *La hipótesis del átomo primigenio* de 1946 (*L'hypothèse de l'atome primitif*). Más o menos siete décadas antes el filósofo había arribado a una conclusión similar. Es decir, este Dios, no es asesinado por la humanidad, tal como lo señala Nietzsche en *La Gaya Ciencia* (aforismos 108, 343), sino éste es quien se suicida, en torno a una transformación inmanente (su propio principio) porque crea su “gran obra” y al mismo tiempo desaparece “en su avidez de nada”. “Esta simple unidad que ha sido, ya no existe más. Ella se ha transformado en su esencia absoluta con el universo y su multiplicidad. Dios ha muerto y su muerte fue la vida del universo” (p. 49). Para el filósofo, Dios es inconcebible y sólo se puede percibir su obra, la cual está en este campo inmanente, pero es visible.

Este Dios mainländeriano se inclina por la voluntad de muerte para que los seres vivan, es pues, la vida una consecuencia, una causa del superser que por efecto ha concretado su eliminación. En este sentido, la voluntad es aquello cuyo móvil es generado por la necesidad. Para Batz: “el motivo es siempre el eslabón de una cadena causal, que controla la necesidad” (p. 117).

En los estudios preliminares realizados por Baquedano (2011), sobre Batz indica lo siguiente, “La redención puede comenzar en vida al reconocerse que lo esencial ya no es aquella voluntad que tiene como fin la vida, sino aquella que sirve como medio para la muerte” (p. 31). A diferencia de Dios, si el ser humano se quitara la vida acabaría con todo lo que conoce, no crearía nada, no posee esa omnipotencia divina.

Anteriormente se había mencionado que para Schopenhauer la vida que vale la pena vivir ha de experimentarse de manera heroica, tal como Buda y Francisco de Asís. En palabras de Baquedano, para Batz, lo que se aproxima a la redención es la toma de consciencia de la decadencia profetizada en el mundo. La degeneración posee un *quantum* vital trascendental en

dar vida y ese es su fin. Asimismo, la llamada ley del debilitamiento de las fuerzas o “filosofía de la descomposición” puede entenderse desde allí: todo lo orgánico e inorgánico está subordinado al debilitamiento hasta desaparecer. Sin embargo, Batz se cuestiona: “¿Cuál es pues la fuerza que se devela en nuestro núcleo interno? Es la voluntad de vivir” (p. 115). “Siempre queremos existir”, nos reitera el filósofo del río Main y para convencer al lector/a de ello sugiere exponer a un hombre a un peligro real, entonces, su voluntad de vivir se develará. “La mayoría sólo desea la muerte, pero en verdad no la quiere” (p. 116).

Tanto para Schopenhauer como para Philip Batz, quién opta por la voluntad de muerte desea la vida, sólo no acepta las condiciones desagradables o inhumanas que se le presentan, esta idea es igualmente abordada por Albert Camus en el Mito de Sísifo (1942).

## 5. Albert Camus (1913-1960)

El filósofo del absurdísimo nace en Argelia (Mondovi), un país africano de colonia francesa, huérfano de padre desde su primer año de nacido, amante del fútbol y del baile, actor, periodista, escritor y filósofo. Camus ingresa al Partido comunista de Francia junto a Sartre, aunque Camus ya era un joven activista en su país natal antes de ser exiliado a Francia, con mayor recelo y crítica escribe en contra del comunismo, totalitarismo, fascismo y las dictaduras incipientes de Europa. Ganador del nobel de literatura en 1957. Muere debido a un accidente de tránsito al sur de Francia en 1960 (Moreira, J, 1997).

El contexto político de Europa y las condiciones de conflicto desencadenadas en las colonias europeas instaron al filósofo a escribir sobre temas relacionados con la condición humana: la libertad, la consecuencia del individualismo, el significado de la vida, entre otros. Su producción artística fue prolífera y dedicada en toda expresión al arte, literatura y filosofía.

*El extranjero* (1942), *La Peste* (1947), *El hombre rebelde* (1951), han sido algunas de las obras dedicadas a la orfandad sentida como sujetos humanos, al abandono existencial, el

absurdo, la injusticia, la necesidad de rebelarse contra los dogmas, la tragedia del totalitarismo y demás. Son textos que permiten describir un momento histórico evidenciado en el ser y acontecer de las personas que experimentaban esta Europa ensombrecida por la violencia. Asimismo, resultaría imposible abarcar cada obra sobre el existencialismo<sup>32</sup> camusiano, por lo cual, éste apartado se limitará al ensayo de *El mito de Sísifo* (1942), el cual hace referencia a un personaje mítico del escritor clásico Homero (*La odisea*), es quizá la obra más importante relacionada con el valor de la vida y la voluntad de muerte, la cual relata por medio de una alegoría griega el castigo adjudicado por los dioses al rey de Éfira (Sísifo); castigado a empujar una roca sobre una colina cuesta arriba, provocando que ésta decline y ruede de regreso al punto de partida hasta el infinito.

*El mito de Sísifo* (2020) apertura el ensayo con un epígrafe del poeta Píndaro que canta: “Oh, alma mía, no aspire a la vida inmortal, pero agota el campo de lo posible.” Y Camus imprime un recordatorio con este verso, la vida es efímera, por lo que no debemos obsesionarnos con su eternidad. Sin embargo, la vida debe vivirse como si no hubiera otra oportunidad. Incluso, si una verdad llevase a un sujeto hasta la muerte, lo más lógico que suceda es que éste se redima a pesar de decir verdad por el hecho de mantenerse con vida, por esto el filósofo argelino menciona a Galileo Galilei cuando se vio obligado a abjurar sobre el sistema heliocéntrico ante la iglesia inquisitiva. No obstante, eso que tan apasionadamente movía a Galilei a observar la bóveda celeste y comprobar sus observaciones, le llenaba de vitalidad y al mismo tiempo de latente amenaza. Es decir, aquello que revitaliza, puede ser al mismo tiempo una causa para morir. Esta paradoja existencial es a lo que Camus llama “el absurdo”.

---

<sup>32</sup> Existencialismo (o filosofía de la existencia): Corriente filosófica que surge en el siglo XX, cuya reacción se opone al racionalismo e idealismo alemán. El romanticismo (XIX) prepara el camino para la “*existenz*”, esta corriente filosófica fija al ser humano en su acontecer concreto, a pensarse a sí mismo, su individualidad, su carácter volitivo.

Es posible encontrar muchas perspectivas filosóficas desde Kierkegaard, hasta los/as pensadores contemporáneos/as.

La sociología y las disciplinas de la salud mental han abordado el suicidio como un fenómeno social. Camus reivindica la importancia individual de este “por qué”, aunque el suicida no lo tenga claro (“porque las pulsiones más negativas hacen pensar y accionar consecuencias que el alma misma ignora”), existe un pensamiento constante que coloca al sujeto en el centro de sus confesiones, “comenzar a pensar es estar minado”, también dirá, “el gusano se halla en el corazón del hombre y en él hay que buscarlo” (p. 19), es la razón por la cual, este autor posiciona el suicidio como un tema filosófico realmente serio.

Afirma que aquella persona que se quita la vida es sobrepasada por esta o no la comprende y se ha perdido ya sea de la profundidad de las experiencias vividas, cansancio, costumbre o un inútil sufrimiento. Son los suicidas entonces, quienes suelen estar seguros del sentido de la vida que al mismo tiempo la han perdido. Asimismo, cuando el sujeto empieza a ser consciente de la cotidianidad mecánica, el hastío o el aburrimiento al final de cada día, también inicia el cuestionamiento sobre el sentido de la vida, “el despertar” o “la consecuencia del pensar” resuelve dos posibilidades: “suicidio o restablecimiento” (p.28), Camus insiste en que estos asuntos en los cuales hace hincapié no son originales, pero “la inquietud” es fundamental como principio y desencadenante de este desenlace.

Otra de las maestrías enseñadas por el filósofo argelino también representado en su pensamiento sobre la estética de la vida, parte del aprender el mundo a través de sí, experimentar la vida bajo las propias concepciones subjetivas, porque aunque la ciencia nos enseñe a comprender el universo desde su metodología segregativa, necesaria y pragmática, no nos enseña a vivir desde el plano del saber y el sentir autoexplicativo “no hay felicidad si no puedo saber”, “Todo lo que se puede decir es que este mundo, en sí mismo, no es razonable” (p. 30)<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Sin embargo, la ciencia suele ser razonable, diagnóstica, receta, medica y genera un *modus vivendi* acorde a ser civiles funcionales.

La lógica, a su vez, brinda métodos para explicar el comportamiento o eventos fenoménicos sobre ciertas complejidades: ¿Qué consuelo ofrecen al ser humano desgarrado? El absurdo persiste, es esencial, el sujeto experimenta una “realidad” distinta, “sólo experimentamos lo que hemos vivido y asimilado conscientemente”.

El absurdo es primordial y es la ausencia de esperanza, pero no arriba a la desesperación, tiene que ver con el rechazo, pero no con la renuncia, el ser humano trata de encontrar sentido donde no lo hay. Se elige estar vivo para entender que el absurdo es el límite, porque hay algo que no se comprende, también socava el límite de la razón. Empero, una persona sin esperanza y siendo consciente de no tenerla “ya no pertenece al porvenir” (p. 49), tampoco aquella quien opta por quitarse la vida y espera otra vida después de la muerte. Ahora es sabido que para el autor la existencia no tiene ningún sentido, por el contrario, se experimenta como un pesar, cuya cura es la muerte y no puede ser otra cosa que un incentivo, no el final, “Comenzar a pensar es estar minado”.

Camus invita a la muerte, pero rechaza el suicidio. Insta a la rebeldía como parte del coraje con el cual se puede confrontar el mundo.

La virtud, el arte, la danza, la música e incluso la razón, “son motivos suficientes y por lo que vale la pena vivir”. Esto transfigura al sujeto absurdo. Asimismo, el autor, ejemplifica varios de los personajes que él considera absurdos: Don Juan Tenorio es uno de estos, representado por ser un mujeriego empedernido<sup>34</sup>. El filósofo inicia este capítulo afirmando: “Si bastara con amar, las cosas serían demasiado sencillas. Cuanto más se ama más se consolida el absurdo” (p. 95). No obstante, es un error pensar en Don Juan como un hombre al cual le falta o le sobra amor, “pues amar no es cosa de vanidad”, dirá el autor, al contrario, la frustración de un deseo es un peso impotente del goce y el protagonista no está dispuesto a perderse de los pocos goces de la vida, “Lo propio del hombre absurdo es no creer en el sentido

---

<sup>34</sup> La obra es una dramaturgia española escrita por José Zorrilla en el siglo XVIII, ambientada en 1545.

profundo de las cosas” (p. 96) y aquí es donde se evidencia la búsqueda de la eficacia en cuanto a cantidad y no a calidad, según Camus. El protagonista comprende que todo es pasajero, incluso el amor. A diferencia de otro personaje de la literatura romántica, el joven Werther (1774)<sup>35</sup>, quien contrasta con Don Juan, Werther en un “todo o nada” se quita la vida por el rechazo de su amada, es un hombre delirante y comprometido con esta representación del amor. El absurdo de uno es distinto al absurdo del otro, Don Juan opta por la vida, Werther por la muerte, aunque existan muchas formas de suicidarse, el primer personaje es consciente de la suya, pese a agotar la fuente misma de su vitalidad.

Ahora bien, retomando *el mito de Sísifo* de Homero, resignificado por Camus, el escritor adjudica al personaje el título del “héroe absurdo” por antonomasia. Sísifo considerado el más astuto de los hombres por engañar a los dioses varias veces y siendo castigado por ellos, es obligado a empujar una roca hasta las cumbres de una montaña. Al héroe le bastó con odiar a los dioses, incluido Tánatos, deidad de la muerte, a quién encadenó evitando que nadie muriera durante su detención, hasta ser liberado por Ares. La muerte, símbolo determinante, facilita comprender por qué Sísifo no le rehúye a su condena infinita. Sin percatarse del tiempo transcurrido u objetivo alguno, Sísifo posee una única ventaja, la pausa permitida por la piedra cuando ésta rueda en declive le aguarda en su punto inicial, en esa pausa descansa su lucha, entonces reflexiona. El más audaz de los hombres recobra la consciencia y con ella recupera el poder sobre su vida: "Sísifo es superior a su destino. Es más fuerte que la roca", señala Camus (p.153).

El autor compara al héroe con la vida del obrero, realiza las mismas tareas diarias, el mismo destino que parece ser eterno. La tragedia está determinada por la conciencia, no por el castigo *per se*, esto puede causar dolor y a su vez placer como la sensación del protagonista y

---

<sup>35</sup> *Las penas del joven Werther*. También traducido al español como *Las cuitas del joven Werther*. Por primera vez publicado en el año 1774. Novela epistolar escrita por Johann Wolfgang von Goethe.

el resultado emocional de esta paradoja al sentirse libre por lo que dure su descanso. No es el castigo provisto por los dioses, el destino, el desamor o cualquier otra inconmensurable aflicción. La pena denota la rebeldía del deseo de vivir a pesar de ella.



# VI CAPÍTULO

## CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES

En el presente apartado se establecerá una breve historiografía de los principios epistemológicos o formas del conocimiento humano que han absorbido corrientes y enfoques en el abordaje de atención del suicidio como fenómeno psiquiatrizado y patologizado en distintas épocas hasta la actualidad, resumiendo con ello algunas de las propuestas autonómicas o tanatoéticas ya expuestas a partir del pensamiento filosófico. Posteriormente se realizarán algunas recomendaciones que se podrían desarrollar y derivarse del tema del suicidio y/o de la muerte voluntaria desde dos enfoques distintos.

Ahora bien, la composición epistemológica encargada del estudio de la salud no se disgrega de la filosofía, al contrario, se nutre de ella. Es observable como, por ejemplo, la medicina hipocrática se valía de la dieta, la ataraxia (calma o equilibrio), el cuidado de sí tras el conocimiento de sí y los otros, que incluso se extendió por la antigüedad muchísimo tiempo después sembrando formas del “buen vivir” cuyo pensamiento se encuentra en la historiografía de cada pueblo. De igual manera las prácticas o los procesos de atención han variado en el transcurrir del desarrollo teórico generando tanto traspiés como avances, otro ejemplo de un traspié retomando la medicina *coica* (hipocrática) ha sido la implicación paternalista proporcionada en las dinámicas de atención al sujeto doliente, aquí la autonomía se repliega ante el ejercicio del control sustentado por un racionalismo hipocrático que ha perdurado hasta la actualidad.

Desde el siglo XVII las leyes de la termodinámica (*thermo* «calor» y *dynamis* «potencia») han contribuido al modelo médico ya que “ubica la eficacia de la energía como base de la salud”

(Chessel, P. 2010. p. 70). Además, el buen funcionamiento del cuerpo-máquina marca un punto de partida en la moral correctiva: cómo “enderezar conductas” (Foucault. 2016. p. 199). Para el siglo XVIII en *El Discurso del Método* (1637), René Descartes reconoce que el cuerpo pertenece al estudio de la física, la *res extensa*, figura y movimiento que difiere de la *res cogitans*, el estudio del alma que puede existir prescindiendo del cuerpo, según el padre del pensamiento moderno.

Para el siglo XVIII la consigna del cuerpo dinámico, vigoroso y saludable se intensificó de la mano de la revolución industrial, así lo ejemplificaba Charlie Chaplin en el largometraje *Tiempos modernos* (1936) satirizando desde la estética minimalista la alienación obrera, su explotación y su lucha. Toda persona disfuncional, no productiva era aislada. Para entonces los hospicios o casas de detención gozaban de popularidad en toda Europa, la psiquiatría como rama de la ciencia médica fue tornándose cada vez más presente. El control era la ingeniería de lo eficaz por antonomasia, el modelo del panóptico benthamiano gozaba de popularidad en los recintos de congregación y aislamiento social llamados confinamientos. Desde ese momento los Estados se habían percatado de la necesidad de estandarizar la medicina y la concepción de enfermedad. Por otro lado, Jean Etienne Esquirol (1772-1840) junto a Philippe Pinel (1745-1826) iniciaron un plan de patologización con el fin de paliar la persecución de personas psiquiatrizadas y sobrevivientes de suicidio ya condenadas, recrudesciendo su encierro en asilos (Szasz, T. 2010. p.44-45).

Por otro lado, el pensamiento liberal, según Combot A, Gautier A, Guéguen, G. (2010), abrió de cierta forma la consciencia compasiva sobre la voluntad de muerte, en la revolución francesa, por ejemplo, el suicidio podía aceptarse si éste era por honor (héroes y heroínas de guerra). Sin lugar a duda este siglo fue un proceso de secularización en relación con las políticas de atención médica. Los sobrevivientes del suicidio condenados podían apelar a la locura antes de ser tratados como criminales en algunas naciones (p. 164). Para ese entonces la llamada

ilustración había preparado el terreno de una nueva era, el siglo XIX. Aunque no demasiado lejana de la “sociedad disciplinaria”, ni tan libre de las camisas de fuerza o de las condenas a muerte por intento de suicidio, aún en Inglaterra era castigado con la horca hasta ser abolida en 1961 (Szasz, 2002, p 45).

En oposición a la psiquiatrización se introdujo una disciplina pseudocientífica, novedosa pero burguesa, adaptada al sistema económico industrial y nacida en el seno heterogéneo del estudio de la filosofía del inconsciente, la sexualidad y la constitución psíquica-cultural: el psicoanálisis se estrenó proponiendo las complejidades de las dinámicas del “aparato psíquico” y posicionándose en un lugar intelectual privilegiado de Viena para el resto de Europa, no sin antes ser duramente criticado entre la discrepancia de los científicos positivistas por un lado y por el movimiento antipsiquiátrico de otro, el cual, como su palabra lo indica, se autodenominaba férreamente contra la psiquiatría convencional protagonizada por el modelo disciplinario y el etiquetamiento psicoanalítico. A la postre la mayoría de las corrientes médicas y/o psicológicas emergentes y establecidas buscaban amalgamar el espíritu materialista vinculado al progreso económico de su tiempo y de alguna manera posicionarse sobre el modelo hegemónico de la medicina positivista que llega a universalizar el concepto de “enfermedad” y “salud” vistas desde el mecanicismo heredado de siglos anteriores donde la enfermedad era vista como “desviación” y el síntoma que debía eliminarse (Pelcastre-Villafuente, 2003, p. 35). La visión dicotómica o dualista imperaba no sólo en el modelo médico, la verticalidad entre docente-alumno, médico-paciente/psicoanalista-paciente, burgués-obrero se asentaba en el endurecimiento del imperativo moral correctivo y vigilante, tal como ha sido expuesto en los apartados anteriores desde la perspectiva del pensamiento crítico de Thomas Szasz y Michel Foucault.

En el proceso del siglo XIX al XX el modelo médico hegemónico había establecido una estandarización de atención generalizada desde la dicotomía médico-paciente. Sin embargo, el

método de la “visita médica” a las casas de usuarios fue menos común ante la construcción de hospitales y centralización (gentrificación) urbano-hospitalaria, causando migraciones de zonas rurales a ciudades en todo Europa. Émile Durkheim (1858-1917) había estudiado el fenómeno de la gentrificación como una posible explicación etiológica de los suicidios, no siendo la única. La falta de integración social o bien, el exceso de ella podía direccionar a las personas a quitarse la vida. No sin antes evidenciar su postura anti-individualista, viéndose en la imperiosa necesidad de darle un giro de causa socio-psicológica a dicho fenómeno. Durkheim escribe *El suicidio* (1897) creando rupturas con relación a como se venía estudiando el tema. Abrió con ello una metodología crítica y sociológica al respecto, no sin hacer ver sus simientes positivistas proyectando una interpretación calificativa de los grupos sociales a los que pertenecían cada uno de los suicidas (egoísta, altruista, anómico).

A pesar de la perspectiva sociológica, los *dispositivos* de atención ante la muerte voluntaria utilizados se fueron tecnificando, la “clasificación”, el “examen”, “diagnóstico” o “test” se popularizaron aún más en este siglo con el fin de “recetar” o “prescribir” con el objetivo de eliminar el síntoma, desaparecer la enfermedad intrusa.

En el campo de la psiquiatría Emil Kraepelin (1856-1926) para principios de siglo inventó el primer sistema de clasificación psiquiátrica “aportó razones adicionales a la creencia de que los pacientes mentales son peligrosos para sí mismos o para los demás” (Szasz, 2002. p. 45). La necesidad existente de “clasificar” o “etiquetar” tiene incluso en la actualidad una funcionalidad biopolítica, ya criticadas por el movimiento antipsiquiátrico:

- a. Constituir y entablar un mismo lenguaje entre profesionales (en medicina, docencia, leyes, entre otros)
- b. Facilitar la evaluación del sujeto-objeto para ser diagnosticado
- c. Y elaborar los procedimientos protocolarios una vez se halle la etiología del malestar.

Con el aporte de Kraepelin pocas décadas después se publica el primer manual psiquiátrico DMS-I que incluía criterios y recolección de datos de pacientes con síntomas en común, homogeneizando así, una lista de “síndromes” patológicos, el cual fue criticado hasta detallar con mayor rigor la ciencia de la evaluación, diagnóstico y el tratamiento. No fue sino hasta 1980 (en la segunda edición del DSM-III) que se logran suprimir del manual “conductas desviadas” tales como la homosexualidad, esto gracias a los movimientos civiles e intelectuales de la época.

Mientras tanto en Estados Unidos (1968), Edwin Shneidman y Norman L. Farberow, ambos fundadores de la Asociación Estadounidense de Suicidología lanzaban un modelo psicológico que podía predecir las conductas suicidas a través del reconocimiento “sintomático” típico de riesgo, estrenando de esta manera un nuevo campo del conocimiento: La suicidología, vista no sólo como un fenómeno psico-social, sino como un padecimiento el cual se debe sanar y prevenir con los métodos persuasivos indicados. Es decir, bajo control y vigilancia de los pacientes e incluso internándose si el riesgo era inminente.

El advenimiento de la Segunda Guerra Mundial llevó a grandes avances médico-tecnológicos, así como también se llegó a transformar la interpretación y significado de la palabra “enfermedad”. Para entonces había dejado de entenderse como una “desviación” sufrida por el cuerpo-máquina, ahora implicaba un enemigo al cual eliminar, una perspectiva que evidencia una sociedad traumatizada (Sontag, S. *sf.* p 31).

Entre 1851 y 1902 se llevaron a cabo varias reuniones por parte de la Conferencia Sanitaria Internacional con el propósito de estandarizar la atención médica y promover una agenda internacional específicamente contra la viruela, la cual, posteriormente escaló a la prevención de otras epidemias. Tras la fundación de las Sociedades Unidas (después retitulada Organización de las Naciones Unidas) se unificaron algunos países europeos (y EE. UU) hasta crearse La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948. Finalmente, la planificación de

la agenda de salud internacional se consolida en la posguerra y con ella el desarrollo imparable de la comercialización de fármacos. Para 1970 la OMS contaba con planes de planificación familiar y programas de vacunación en todos los continentes. Según los estudios hechos por Chessel (2010), en “1952 la utilización de la clorpromazina inaugura la clínica del medicamento y comienza la reabsorción de la psiquiatría en la medicina”, Chessel revela que “el sistema de salud comienza a someterse a la lógica financiera y de resultados” (p. 74). Ya en los 90’s se había radicalizado la medicación: viagra para la disfunción eréctil, antidepresivos, antipsicóticos, etcétera. Muchas de estas prescripciones son motivadas por la integración de “nuevos trastornos mentales” agregados a los manuales psiquiátricos y psicológicos (DSM-IV) como el *desorden de bipolaridad no especificado* y la *ciclotimia*. Esto aunado a las fuertes campañas a favor de la compra y consumo de psicoestimulantes recomendados con el fin domar (dopar) las conductas “incontrolables” de los y las niñas diagnosticados/as con *Trastorno del Déficit de Atención e Hiperactividad* (mixta o no mixta)”. Es de esta manera como la industria farmacéutica y la colaboración de la OMS ha generado un cultivo fértil en los procesos de capitalización, medicando radicalmente y generando nichos de consumos para sus productos (Iriart, C. 2008. p.1621).

Todas estas evidencias anteriormente mencionadas se alían con una sociedad abocada a la obligatoriedad normalizadora de los sujetos: a la sociedad disciplinaria de la que habla Michel Foucault o de la psicopolicia analizada por Thomas Szasz y los antipsiquiatras, develando de esta manera “los mitos de la salud mental”, nombre acuñado, dicho sea de paso en el siglo XX para disimular la nueva psiquiatrización del siglo anterior. Tal como lo diría Miller en voz de Chessel (2010) “El único criterio de salud mental es que hay que adaptarse” (Bardón, *et al* 2010, p. 77).

Los planes dentro de la agenda internacional, los protocolos, las convenciones siempre organizadas por los mismos países nos acercan a comprender la necesidad de los Estados en

obtener el control de los cuerpos, en la regulación sutil comportamental de las personas tanto del plano psíquico, físico como textual (manuales, protocolos, etcétera). Agregado a esto, el efecto culpabilizador que genera el etiquetamiento de las personas creando necesidades de consumo y valía socio-individual, las consecuencias de la medicalización abusiva, prescrita, de libre acceso o prohibidas sin respeto a la autonomía o autodeterminación de los sujetos, son retrocesos que encontramos en los modelos convencionales del pasado y el presente.

Es observable cómo los protocolos de prevención del suicidio han absorbido y se han adherido a las formas en las que se aborda la atención interventiva sobre la acción de quitarse la vida, vinculadas a diferentes corrientes psicológicas y psiquiátricas. Las campañas de prevención del suicidio recomendadas por el cuerpo de salud mental, la OMS, la OPS, asociaciones civiles o religiosas, buscan evitar un evento traumático para estas personas y sus seres queridos, disminuir las posibilidades de acceso a objetos o a condiciones que puedan usar para llevar a cabo su cometido. Dentro del marco preventivo encontramos algunas de las recomendaciones tales como la promoción de la salud mental, restricción a medios letales, atención a personas de riesgo, por mencionar unas cuantas. No obstante, el hecho resulta una intromisión directa del acto mismo de quitarse la vida, una aplicación *paternalista restrictiva*, como lo explica Cohen (2007. p. 229).

La intromisión paternalista puede evidenciarse desde las prácticas prevencionistas más *puras*, como, por ejemplo, recordarle a la persona que intencione quitarse la vida lo “positiva” que podría resultar la suya, señalando sus posibilidades de surgir, virtudes o atributos, generando anclajes afectivos desde la persuasión, por ejemplo: “Nos sentiríamos muy tristes si no estuvieras”, aunque esto signifique una acción bien intencionada, puede resultar manipuladora. Es importante tomarse el tiempo para reflexionar desde qué lugar o posicionamiento se asume el abordaje de atención al sujeto doliente.

No obstante, las restricciones físicas o impedimentos materiales preventivos se deben de problematizar, incluso en términos de efectividad, mallas altas en puentes, sensores en trenes, cámaras, entre otros mecanismos *micropolíticos* localizados, puesto que con ellos se previene momentáneamente las muertes precipitadas, ocasionando que éstas se lleven a cabo en ámbitos privados en lugar de los públicos, por lo que no resultaría del todo efectivas, sino postergatorias, invisibles ante los ojos de los medios de comunicación, transeúntes, en fin, lejos de la reputación internacional.

La primera trasgresión ante la efectividad *biopolítica* es la duda, colocar los criterios bajo la observación direccionada hacia los cuerpos (físicos, textuales, sociales o simbólicos) determina la incapacidad homogénea del *poder* (E, Castro. 2011. p. 55).

1. Corpóreas o físicas individuales: La persuasión, intromisión, vigilancia, manipulación circunstancial e individual del sujeto psiquiatrizado o delincuente (es un estigma, una carga para las personas que han sobrevivido al suicidio en el transcurso de la historia).
2. Textual: Recomendaciones, reglamentos, leyes, protocolos de organizaciones, instituciones, asociaciones, etcétera.
3. Simbólicas: Tensiones no visibles dentro de la automatización social como la obligatoriedad de ser felices, dichosos, afortunados o sentir culpa al no estarlo.
4. Sociales: Actuación acrítica socio-moral que obedece a la complicidad estructural (protocolos, recomendaciones, reglas, entre otros).

Pensar en el panóptico como un ojo limitado es mucho más consecuente con la “realidad” del vigilado que con la supuesta ilimitación totalizadora del “vigilante”. El ojo no tiene un alcance total, en su dispositivo más tecnológico: la mirada focalizada localiza, engloba y segrega las periferias cuando centraliza. Siempre “hay una resistencia” dirá Foucault, un punto de fuga, una ranura donde se escape toda posibilidad de control, (“es allí donde Sísifo corre



liberado tras la roca”), donde en su más profunda intimidad el ser humano se atreve a ser(se) honesto. Si el *saber* potencia el *poder* y éste legitima el *saber* nutriéndose mutuamente, el *poder* tendrá el límite que el *saber* le otorgue. Si aseveramos, tal como lo ha hecho M. F., “La libertad es la máxima condición ontológica” (2017, p.276), entonces, debemos afirmar que la decisión de morir es el límite de la libertad óntica (del sujeto que muere). Por tanto, *sabemos* cómo morir, pero habría que aprehender cómo vivir sin la necesidad de que el fin no supere su medio, como diría Schopenhauer, buscando en vida las condiciones óptimas de nuestro bienestar particular. “Nunca es demasiado pronto ni demasiado tarde para ocuparse de la propia alma” (p.400), espeta Epicuro. Sólo tenemos “una única entrada en la vida”, señala Séneca, “y muchas salidas” concluye, instando a la reflexión en el ejercer vital y en la adecuada elección del “buen morir”.

Si retomamos el mito de Sísifo, abstraemos de él la osadía de rebelarse contra los dioses a pesar de llevar a cabo el mandato infinitamente. En su rebeldía se rehúsa a no ser desdichado, aunque en el fondo no hay más cometido que su sufrimiento. Pensemos en el castigo al cual es sometido, en la intervención que median los dioses “si éste vuelve a escapar o se atreve a engañarles”, este es el resquicio donde huye del control sistemático, la alternativa, su resistencia tras correr liberado tras la roca.

La rebeldía o la desobediencia como acto autodeterminante subvierte el propósito de lo establecido, a Sísifo no se le permite descansar, pero se sale con la suya, en este sentido la autodeterminación es el resultado del autoconocimiento, al mismo tiempo éste deviene el autocuidado y luego el dominio compasivo de sí. Como sabemos, el dejarse morir y el morir por voluntad en términos activos o por asistencia, no sólo confiesa, también reta el control establecido. El suicida les confiesa a los preventivistas, al mundo, al cuerpo médico y de salud mental que no puede crear pastilla alguna para evitar arrebatarse el derecho a disponer de su vida, “no hay medias tintas”, pues confiesa “me voy”, desde el amor “Déjame ir” o, por el contrario, “Me voy, jódanse”. Por donde se observe, el suicida confiesa.

A esto respondemos, finalmente la pregunta que ha dado origen a esta investigación, ¿es el suicidio realmente prevenible?: No si el abordaje de atención a la persona que idee, desee o vaya a concretar su decisión de morir por mano propia se le direcciona bajo nuestros criterios paternalistas, se le vigile, controle o restrinja. La intervención no es una cura, ni el suicidio como acción una enfermedad o un producto de ella estrictamente.

No obstante, existen medios y prácticas del “buen vivir” para el “buen morir”, nunca lejanas al auto(re)conocimiento de la mano de la reflexión profunda y activa.

Según datos actualizados de La Dirección de Vigilancia de la Salud del Ministerio de Salud los índices de suicidio del 2022 aumentaron en un 34%, específicamente en personas entre los 10 y 24 años de edad. Siendo las más afectadas mujeres por causa de “Trastornos del ánimo” (depresión), mostrando una mayor incidencia de intento de suicidio en comparación con los hombres: “Por cada 100.000 mujeres, 75,8 intentaron matarse en 2022, frente a 35,5 por cada 100.000 hombres” (Solís, A, 2023. pp 7). Lo cual quiere decir que las cifras de quienes concretan el suicidio son personas identificadas como “masculinos”, además de ser éstos quienes se quitan la vida de una manera más violenta. Tal disparidad cuantificada no ha variado en Costa Rica en un aproximado de 10 años, las razones o posible análisis multifactoriales de los desencadenantes, intentos fallidos o mecanismos por los cuales se llevan a cabo estas muertes, deben ser estudiadas con rigor por Estudios del Género (filosofías del género), brindando así algunas luces y conocimientos apropiados en cuanto al abordaje integral de este fenómeno.

Otra de las recomendaciones poco visibilizadas y de mayor reto profesional en la disciplina del quehacer filosófico pragmático apunta a las consultorías de énfasis existencialista, cuya investigación ha sido escasa en Costa Rica. Las escuelas helénicas plantean un punto de partida desarrolladas en la época grecorromana a las cuales se pueden acudir ante la necesidad de un

grito de ayuda: la pérdida de sentido del sujeto, la autoconstrucción “de regresar a sí mismos” en casos de pérdida del sentido vital es fundamental en torno a la superación y el cambio autoconsciente de perspectiva, el acompañamiento seguro en el ejercicio de la escucha efectiva, afectiva y empática no intervencionistas, también en el acompañamiento por duelo; la importancia de comprendernos seres *para la muerte* como lo ha manifestado anteriormente éstos pensadores asiste la responsabilidad que nos significa vivir. Así, estas consultorías no solo ofrecen orientación en tiempos difíciles, sino que también nos invitan a contemplar la esencia misma de la existencia y la importancia de encontrar significado en nuestras vidas.

# BIBLIOGRAFÍA

- Aristóteles. (2005). *Ética a Nicómaco*. (Calvo, L, Trad.) Madrid, España: Alianza Editorial.
- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.)*. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno.
- Baeta, M. (2015). *Cultura y modelo biomédico: reflexiones en el proceso de salud-enfermedad. Comunidad y Salud, Comunidad y Salud. Comunidad y Salud vol.13 no.2*, 81-83.
- Bardón, C. y Puig, M. (2010). *Suicidio, Medicamentos y Orden Público*. Madrid: Gredos S.A.
- Barou J, Perrot, M y Foucault, M. (1980). *Bentham, Jeremías: "El Panóptico"* (Valera, J y Álvarez, F. Trad.). DDOOSS, Recuperado de: <https://ddooss.org/textos/entrevistas/entrevista-a-michel-foucault-2>.
- Barrantes, R. (2014). *Investigación: Un camino al conocimiento. Un enfoque cualitativo, cuantitativo y mixto*. San José: Costa Rica. EUNED.
- Batz, P. (2011). *Filosofía de la Redención. Antología*. (Baquedano J, S, Trad.) Santiago: Chile. Fondo de Cultura Económico.
- Benavides G. (2018.). *Homenaje a los 150 años de El Capital de Carlos Marx: Marx, Nietzsche y Freud, los "Maestros de la sospecha" Desde una mirada sociológica y psicoanalítica*. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/457059937/Benavides-German-Marx-Nietzsche-y-Freud-los-maestros-de-la-sospecha>
- Borges, J. L. (1974). *Obras completas*. Buenos Aires, Argentina: Emecé Editores. Recuperado de [www.pdfdrive.com](http://www.pdfdrive.com).
- Brugger, W. (2005). *Diccionario de Filosofía*. (Vélez, J.M y Bazá, M.). Barcelona: España. Herder Editorial.

- Camus, A. (1981). *El Mito de Sísifo*. (Echeverri, L, Trad.). Buenos Aires: Argentina: Editorial Losada.
- Camus, A. (2020). *El Mito de Sísifo*. (Echeverri, L, Trad.). Madrid: España. Alianza Editorial.
- Castro, E. (2011). *Diccionario de Foucault. Temas, conceptos y autores*. Buenos Aires: Argentina. Siglo XXI.
- Código Penal de Costa Rica. Art. 114. mayo, 2014. p. 31. San José: Costa Rica.
- Cohen, D. (2007). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*. Buenos Aires: Argentina. Fondo de Cultura Económica.
- Convención Americana Sobre Derechos Humanos. (Pacto San José, Costa Rica). 1969. Ley N° 4534, Derechos a la vida. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/17229a.pdf>
- Cooper, D. (1979). *El Lenguaje de la Locura* (Ramón, A, Trad). Barcelona: España: Ariel Editorial.
- Deleuze, G. (2010). *Rizoma*. (Vázquez P, J, Larraceleta, U, Trad.). Madrid: España. Pre-textos.
- Donne, J. (2007). *Biathanatos*. (Rivero, A y Taravillo J, Trad.) Barcelona: España. Elcobre ediciones.
- Durkheim, É. (2015). *El suicidio. Un estudio de Sociología*. (Chaparro M, Trad.). Madrid: España. AKAL S. A.
- Foucault, M, Bentham J, Miranda, M J. (1979). *El Panóptico*. Las Ediciones de la Piquetas. Recuperado de: [https://sociologiac.net/sociology/wp-content/uploads/2022/11/Bentham-Jeremy\\_El-Panoptico-Michel-Foucault-entrevista-ojo-del-poder.pdf](https://sociologiac.net/sociology/wp-content/uploads/2022/11/Bentham-Jeremy_El-Panoptico-Michel-Foucault-entrevista-ojo-del-poder.pdf)
- Foucault M. (1999). *Ética, Estética y Hermenéutica. Vol II*. (Gabilondo, A, Trad.) Barcelona: España. Paidós Ibérica.
- Foucault, M. (1999). *El Orden del Discurso*. (González, A, Trad.) Barcelona: Tusquets Editores.

Foucault, M. (2005). *La orden del discurso*. (González, A, Trad.). Barcelona: España. Siglo XXI S.A.

Foucault, M. (2005). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. (Guiñazú, U, Trad.). Madrid: España: Siglo XXI.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la Política: curso del Colledge France* (Pons, H. Trad.). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económico.

Foucault, M. (2007). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France 1973-1974*. (Pons, H. Trad.). Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económico.

Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. (Guiñazú, U, Trad.). Madrid: España: Siglo XXI.

Foucault. (2009). *Historia de la locura en la época clásica*. (Utrilla, J J, Trad.) D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2011). *Arqueología del Saber*. (Garzón, A. Trad.) Madrid: España. Siglo XXI.

Foucault, M. (2016). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. (Garzón del Camino, A, Trad.) Siglo XXI.

Foucault, M. (2017). *El Origen de la Hermenéutica de sí: Conferencias de Dartmouth* (Pons, H. Trad.). D.F.: México. Siglo XXI.

Freud, S. (2007). *Obras Completas* (Ballesteros L y De Torres, Trad.). Madrid: España: Biblioteca Nueva.

Frolov, I. (1984). *Diccionario de Filosofía*. (Razinov, O, Trad.). *Séneca*. Moscú: Editorial Proceso Moscú. (2a ed.)

García, C. (1986). *Tratados Hipocráticos II. Sobre los aires, aguas y lugares, sobre los humores, sobre los flatos, predicciones I, predicciones II, predicciones de Cos*. Madrid: Gredos S. A.

Gargiulo, T. (2019). *Fundamentos Epistemológicos De La Doctrina Galénica De Las Enfermedades Del Alma*. *ALPHA*, p. 215-228. Recuperado de: <https://www.scielo.cl/pdf/alpha/n48/0718-2201-alpha-48-215.pdf>.

Goethe, J. W. (1998). *Las penas del joven Werther*. San José: Costa Rica. EDUCA.

González-Cobo, R. A. (2010). *Semper dolens. Historia del Suicidio en Occidente*. Barcelona: España. Editorial Acantilado.

Gracia, D. (2007). *Los Fundamentos de la Bioética*. Madrid: España. Eudema.

Hirschberger, J. (1997). *Historia de la Filosofía. Tomo I. De la antigüedad, Edad Media, Renacimiento*. Barcelona: España. Herder, S. A.

Hume, D. (1994). *Sobre el suicidio y Otros Ensayos*. (Mellizo, C, Trad.) Madrid: España: Alianza Editorial.

Horkheimer, M. (1969). *Crítica de la razón instrumental*. (Maurena, H y Vogelmann D.J, Trad.) Buenos Aires: Argentina. Editorial Sur.

Homero. (1993). *La Odisea*. (Fernández, M, Trad). Madrid: España. Editorial Gredos S.A.

Iriart, C. (12 de marzo de 2008). *Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (5), pp. 1619-1626. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013522>

Kirk, G, Raven, J y Schofield, M. (2014). *Los Filósofos presocráticos. Historia crítica con selección de textos Parte I*. (Trad. García, J). Barcelona: España. Gredos S. A.

Kristeva, J. (1991). *Sol negro. Depresión y melancolía* (Sanchez, M, Trad.). Caracas: Venezuela: Monte Ávila Editores Latinoamericana.

Laercio, D. (2007). *Vidas de los Filósofos Ilustres. Libro X Carta a Meneceo* (García, C, Trad.). Madrid: España. Alianza Editorial. Recuperado de <https://www.pdfdrive.com/vidas-y-opiniones-de-los-filosofos-ilustres-e157940070.html>.

Lain, P. (1970). *La medicina Hipocrática*. *Revista de Occidente*, S. A, Vol. 12, p.19-21 y 43-101. Madrid: España. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor>.

Laing, R. (1975). *El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. (González, F, Trad.). D.F.: México: Fondo de Cultura Económico.

López, D. (2021). *Epicuro: los caminos para la felicidad*. *ENFOQUES*, Vol 33, (1). p.87-96  
Recuperado de <http://publicaciones.uap.edu.ar/index.php/revistaenfoques/issue/view/146>.

López, B. (8 de abril, 2019) *¿Por qué se suicida la gente en honduras? Análisis del suicidio en un contexto de crisis social*. Centro de Estudios de la Democracia (CESPAD). Recuperado de  
Molina, L. (05 de junio de 2019)). *Los suicidios aumentan en Costa Rica ocultos entre las comunidades*. *Semanario Universidad*. <https://semanariouniversidad.com/especiales/suicidios-aumentan-en-costa-rica/>

Moreira, J. (Producción-Dirección) 1997. *Albert Camus: The Madness of Sincerity*. [Albert Camus: *La locura de la sinceridad*, traducida al español es un documental que trata sobre la vida y muerte del autor A. Camus]. Brasil: Boockmark.

Nietzsche, F. (1995). *La gaya ciencia* (Díaz, L, Trad.). Madrid: España. M. E editores.

OMS. (1969). Cuaderno de Salud Pública N° 35. Prevención del suicidio. En *Cuadernos de salud pública*. Ginebra. <https://www.fsme.es/centro-de-documentaci%C3%B3n-sobre-conducta-suicida/documentaci%C3%B3n-oms-sobre-conducta-suicida/>

OPS. (2014). *Prevención del suicidio un imperativo global*. Washinton, D C.

OPS/OMS. (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Washinton D.C.

OPS/OMS (2014) *Mortalidad Por Suicidio En Las Américas. Informe Regional Oficina Del subdirector (Ad) Unidad De Salud Mental Y Uso De Sustancias*. Unidad De Información Y Análisis De Salud. Washington D.C.

Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>



OMS/OPS. (2018). *Indicadores De Salud: Aspectos Conceptuales Y Operativos*. En *Indicadores De Salud: Aspectos Conceptuales Y Operativos*. Recuperado de: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=14401:health-](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14401:health-)

Pelcastre-Villafuerte. (2003). *Los modelos de la salud pública a lo largo de un siglo*. Higiene, 5 (1), p.34-41. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/>

Platón. (1988). *Diálogos IV (Fedón)*. (Lan, E, Trad.). Barcelona: España. Gredos S.A.

Platón. (1988). *Diálogos*. (García, C y Martínez, E, Trad.) Barcelona: España. Gredos S.A.

Platón. (1992). *Diálogos VII* (Zaragoza J y Gómez, P. Trad.). Barcelona: España. Gredos S.A.

Roca, L. (28 de marzo, 2014). *La herencia de Schopenhauer en los estudios orientales*. *Enrahonar. Quaderns de Filosofia*, Vol 1 (55) p.83-95. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/enrahonar.668>.

Rocamora, A. (2013). *Intervención en crisis, en las conductas suicidas*. Euskera: Bilbao. Biblioteca de Psicología y Desclee de Brouwer. Recuperado de: [https://www.academia.edu/44324168/2013\\_Intervenci%C3%B3n\\_En\\_Crisis\\_En\\_Las\\_Conductas\\_Suicidas\\_Alejandro\\_Rocamora](https://www.academia.edu/44324168/2013_Intervenci%C3%B3n_En_Crisis_En_Las_Conductas_Suicidas_Alejandro_Rocamora)

Sauquillo, J. (2017). *Poder, saber y subjetividad*. Madrid: España. Alianza Editorial.

Savater, F. (2015). *El valor de elegir*. Barcelona: España. Editorial Ariel.

Schopenhauer, A. (2004). *Meditaciones sobre el dolor del mundo, el suicidio y la voluntad de vivir*. (Trad. García, C). Madrid: España. Tecno.

Schopenhauer, A. (2014). *El mundo como voluntad y representación: Sobre la voluntad de la naturaleza. Vol. II* (Díaz, J y Armas, M, M). Madrid: España. Editorial Gredos S.A.

Séneca, L. (1965). *De la brevedad de la vida*. (River, L, Trad.). Buenos Aires: Argentina. Editorial Aguilar.

Séneca, L. (1986). *Epístolas Morales a Lucilio* (Roca, I, Trad.). Madrid, España: Editorial Gredos.

Séneca, L. (s.f). *De la tranquilidad del ánimo (Cartas a Sereno)*. Freeditorial. Recuperado de <https://web.seducoahuila.gob.mx/biblioweb/upload/De%20la%20Tranquilidad%20del%20Ánimo%20Lucio%20Anneo%20Seneca.pdf>.

Singer, P. (2004). *Compendio de Ética*. (Vigil, J y Vigil, M., Trad.) Madrid: España. Alianza Editorial.

Sistema de Información Documental de la Universidad Nacional de Costa Rica (SIDUNA). Introducción al Manual de la Asociación de Americana de Psicología (APA) Sexta Edición. 2020. *Citas bibliográficas* [presentación de PowerPoint]. Recuperado de <https://www.siduna.una.ac.cr/images/manuales/apa6.pdf>

Sontag, S (s.f) *La enfermedad y sus metáforas*. (Muchnik, M. Trad.). Taurus Pensamiento Editorial. Recuperado de [https://dixitciencia.com/wp-content/uploads/Sontag\\_Susan-La\\_enfermedad\\_y\\_sus\\_metaforas\\_El\\_Sida\\_y\\_sus\\_metaforas.pdf](https://dixitciencia.com/wp-content/uploads/Sontag_Susan-La_enfermedad_y_sus_metaforas_El_Sida_y_sus_metaforas.pdf)

Solano, A. (2018). *Estrategias de prevención del suicidio para la población adolescente y adulta, implementadas en los niveles de atención primaria de los sistemas de salud del año 2016 al 2017: revisión bibliográfica*. San José, C.R: [Tesis para optar por el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. UCR].

Solis, A. (26 de marzo de 2023). Intentos de suicidio aumentaron un 34% en el 2022; jóvenes de 10 a 24 años registraron mayor incidencia. AR. Recuperado de <https://ameliarueda.com/nota/intentos-suicidio-aumentaron-2022-jovenes-incidencia-noticias-costarica>

Soto, D. (2015). *En carne propia religión y (bio)poder: Una lectura de Michel Foucault*. San José: Costa Rica. Editorial Arlekin.

Szasz, T. (2002). *Libertad Fatal. Ética y Política del Suicidio* (Beltrán, F, Trad.). Barcelona: España. Ediciones Paidós Ibérica.

Torres, R. (2011). *Glosario de Bioética*. La Habana: Cuba. Editorial de Ciencias Médicas (ECIMED). Recuperado de [http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo\\_files/Glosario\\_bioetica.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/Glosario_bioetica.pdf)