

Suicidio

I. INTRODUCCION

HORACIO JINICH *

La sociedad humana es un sistema y, como tal, cuenta con mecanismos homeostáticos que aseguran su estabilidad. Ante toda perturbación que amenace dicha estabilidad reacciona con mecanismos de retroactivación, que le permiten recuperar los equilibrios. La justicia, la moral, la religión y la risa son algunos de los instrumentos de coerción utilizados. El suicidio, la autoaniquilación voluntaria de los miembros de la sociedad humana, es una de aquellas perturbaciones, pero no es cosa de risa. Tradicionalmente la sociedad ha tratado al suicida con escarnio, como criminal y pecador, indigno de ser enterrado en tierra santa. No

es de sorprender que la profesión médica, que al fin de cuentas es parte de esa sociedad (y uno de sus mecanismos homeostáticos), no haya actuado ante el suicida de manera diferente. Dígalo, si no, la actitud despectiva del médico ante el suicida. Quien lo dude, que se asome a las salas de urgencia de los hospitales. Alarmada ante la magnitud del problema, nuestra sociedad actual busca una forma de control más justo: la de la prevención al través de la comprensión, y es con este propósito que nos hemos reunido, en el seno de la Academia Nacional de Medicina, esta noche.

Que el problema es de primera magnitud lo revelan las estadísticas. En el vecino país del norte se calculó, hace diez años, que el número de suicidios era de 40 000 por año y, ya que aproximadamente uno de cada ocho intentos suicidas culmina con un resultado fatal, la cifra de estos últimos debía encontrarse entre los 200 000 y 350 000 anuales. Sólo los accidentes y los homicidios supe-

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 9 de junio de 1982.

* Académico titular.

ran al suicidio como causa de mortalidad en los jóvenes con edades comprendidas entre los 15 y 30 años y el número de muertes por suicidio supera, en la Unión Norteamericana, al de las muertes causadas por todas las enfermedades infecciosas juntas. Las estadísticas en nuestro país son incompletas pero más adelante se darán a conocer algunos datos a ese respecto.

Las causas del suicidio son múltiples y complejas y, en buena parte, siguen constituyendo uno de los máximos enigmas de la naturaleza humana. De ahí que haya sido problema que preocupa por igual a médicos y filósofos, a psiquiatras y sociólogos.

Pero es, al fin y al cabo, al médico militante, y no al psiquiatra ni al filósofo, a quien acude el suicida potencial clamando por ayuda; es el médico militante el primero en ser llamado a atender el cuerpo y la mente torturada de quien ya cometió el fatal acto, y el primero y a veces el único, que tiene que enfrentarse a la familia y ayudarla. Se justifica, por ello, que aquí intentemos delinear algunos aspectos esenciales de la actitud del médico ante el suicida.

II. FILOSOFÍA DEL SUICIDIO

JULIANA GONZÁLEZ-VALENZUELA

Es imposible cualquier reflexión filosófica sobre el suicidio que no remita necesariamente a los más universales y fundamentales problemas de la vida y la muerte, del destino y la libertad, del bien y del mal, de la condición propia del hombre y del sentido de su existencia. Por donde quiera que sea abordado, el tema del suicidio (como todas las grandes cuestiones humanas y morales) plantea problemas de índole tan compleja y profunda, que no puede responderse, en verdad, con soluciones rígidas, simples, unívocas y definitivas.

En la búsqueda de algunas luces que el enfoque filosófico pueda proporcionar, atenderemos precisamente aquí a tres de estas cuestiones básicas que están, por lo demás, íntimamente ligadas entre sí: en primer lugar, al problema de si el suicidio es un acto exclusivamente humano o si cabe hablar también de suicidio en el reino animal; cuál sería en todo caso la nota esencial que define al acto suicida. Cuestiones que, en efecto, inciden directamente en el segundo problema, que es posiblemente el medular: el de las fronteras entre la *enfermedad* y la *responsabilidad*, que no sólo remite a la cuestión de las causas determinantes del suicidio (externas o internas, físicas o psíquicas, individuales o sociales, morales o naturales) sino, en

definitiva, al problema último y decisivo de la libertad y la necesidad, del que dependen en esencia todas las acciones humanas. Hemos de atender, asimismo, en tercer lugar, al dato de la diversidad cualitativa de los actos suicidas, que van desde el suicidio más irreflexivo y pasional hasta los casos de aquellos que se quitan la vida por el honor, por la justicia, por la dignidad del hombre. Dato que necesariamente remite, a su vez, al difícil problema de la valoración moral del suicidio.

Respecto de la primera cuestión cabe comenzar por advertir que el suicidio efectivamente (como el homicidio y el crimen en general) parece ser un acto que, en sentido estricto, sólo es adjudicable al hombre. Es cierto que los animales se matan entre sí y que se destruyen a sí mismos, tanto individual como colectivamente, pero también es cierto que hay algo intrínseco y cualitativamente diverso entre la autodestrucción de los animales y los suicidas humanos.¹

Sin duda es infinitamente delgado el hilo que nos separa del reino animal (sobre todo cuando se trata del animal domesticado, que quiere decir humanizado por el hombre). En realidad no es un hilo ni una separación propiamente dicha. La diferencia es más bien cualitativa, aunque no por ello menos determinante de la distinción esencial entre dos órdenes de realidades: la humana y la no humana. Se trata, en última instancia, de esa posibilidad de *alternativa*, de ese carácter abierto y flexible, y no absolutamente fatal y uniforme, que tiene la existencia humana y, consecuentemente, de la facultad de *intervención libre* que tiene el hombre. Para este, en efecto, cualquier acto *puede ser de otra manera*, aun cuando esta posibilidad a veces se angoste hasta el grado en que pueda quedar totalmente cancelada: precisamente cuando esto sucede y el acto se vuelve en absoluto compulsivo e inevitable, el hombre se encuentra más allá de toda cualificación, de toda responsabilidad y de su efectiva condición humana. Se trata entonces de los casos límites y extremos de total enfermedad o de completa esclavitud, donde los actos humanos, como los del reino animal, no pueden ser cualificados ni juzgados. Nos encontramos, en efecto, ante el problema nuclear del carácter voluntario o involuntario, consciente o inconsciente, libre o no libre de los actos humanos en general y del suicidio en particular.

Emil Durkheim, que es el clásico de la sociología del suicidio y todavía una fuente de primer orden sobre el tema, se empeñó en encontrar precisamente un común denominador que cubriera la diversidad real del fenómeno, a la vez que permitiera definir formalmente el suicidio distinguiéndolo de todos los actos similares de los animales o del propio hombre, que no pueden ser considerados actos suicidas.² Y según Durkheim, lo que define al suicidio propiamente dicho es la *conciencia* que el suicida tiene de que su acto ocasionará su muerte, y no el carácter intencional o voluntario que éste pueda tener, pues el mundo de las intenciones, como él lo ve es tan impenetrable e indeterminable que escapa necesariamente a la consideración científica.³

* Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional Autónoma de México.

Por eso Durkheim busca el estudio del hecho en sus manifestaciones visibles, y concluye, entonces, que las causas decisivas del suicidio no son psicológicas o psicopatológicas, ni "cósmicas" o climatológicas, ni raciales ni hereditarias, sino *sociológicas*: es la sociedad con sus propias fuerzas o tendencias colectivas la que, según él, impide o propicia el suicidio mediante su capacidad (o incapacidad) cohesiva e integradora de los individuos, dentro de la familia, el grupo religioso, profesional o político, o dentro de la sociedad en general.

El suicidio —dice Durkheim— debe depender necesariamente de causas sociales y constituir por eso un fenómeno colectivo.⁴

Y luego precisa que al suicida

su tristeza le viene de afuera... del grupo de que forma parte.⁵

Pero ¿qué tan legítimas pueden considerarse estas afirmaciones sociológicas?

En principio, cabe advertir que no sólo parece difícil determinar la intención voluntaria o involuntaria del acto suicida, reconoce Durkheim, sino que tampoco es posible, quizá, cifrar en el carácter consciente y previsor el rasgo definitorio del suicidio. La revelación freudiana, y psicoanalítica en general, ha puesto de manifiesto, por una parte, el aspecto inconsciente de los actos humanos, mostrando cómo, en una medida asombrosa, el mundo de lo accidental, lo imprevisto y fortuito, de lo aparentemente insignificante, no lo es en el fondo; el psicoanálisis tiende a descubrir el móvil oculto de las acciones, haciendo difícil descartar como actos verdaderamente suicidas muchas muertes y "accidentes" que parecerían no serlo, realizadas no sólo de manera involuntaria, sino también inconsciente, y sin prever ninguna consecuencia mortal.⁶ Y el psicoanálisis, por otra parte, ha mostrado que el inconsciente ignora la propia muerte, como dice Freud, y que en muchos casos el suicida tiene inconscientemente la fantasía de la inmortalidad y por eso se mata.

Si esto es así, la escala del suicidio abarca una diversidad y una complejidad mayores que las que concibió Durkheim;⁷ incluye tanto los actos voluntarios como los involuntarios, tanto los conscientes como los inconscientes.

Y es difícil, además, aceptar con Durkheim que las causas efectivas del suicidio sean sólo las externas al sujeto y puramente sociales. En contraste con su visión estaría, precisamente, la concepción freudiana del suicidio, según la cual este deriva de los impulsos más íntimos y subjetivos del alma: ya sea que el suicidio se explique como agresión hacia el otro, que acaba por revertir hacia el propio yo, producida en el fondo por una evolución fallida de la Libido; ya que se interprete como una expresión de las pulsiones de muerte, y no de vida, de las que también habló Freud; que el impulso suicida provenga de *Thanatos*: esa fuerza oscura y silenciosa de inercia y regresión al estado

inorgánico de la materia, de literal des-composición y des-integración que niega toda energía y todo ímpetu de vida.⁸

En todo caso, la concepción psicoanalítica pone en el sujeto y en sus íntimas pulsiones la causa decisiva del suicidio, y no en la sociedad. Otras corrientes, en cambio, harían de los factores físicos, geográficos, económicos, biológicos, "biorrítmicos", o bien axiológicos: morales o religiosos, las fuerzas determinantes del fenómeno suicida. Unas posiciones enfatizarían el factor interno, otras el externo; unas los determinismos, otras la voluntad. Pero a nuestro modo de ver, el fenómeno es más bien *relativo*, en el sentido, de que nuestros actos resultan siempre de la *relación* o correlación de múltiples factores; del encuentro o la conjunción de fuerzas diversas: sociológicas y psicológicas, biológicas y culturales, próximas y remotas, predeterminadas y azarosas, voluntarias e involuntarias. Por eso es que ante el suicidio no puede responderse ni con la intolerancia e irracionalidad de las sociedades que execraban y condenaban sin piedad a los suicidas, como si su acto obedeciera a una pura maligna voluntad; ni tampoco puede verse en él un acto indiferente nacido de la absoluta fatalidad y ajeno a toda valoración y a toda responsabilidad.

El problema es, en efecto, el de la libertad, y ante él no parece que puedan ya caber las respuestas absolutistas de una libertad pura y completa o de la determinación igualmente pura y total. El hombre es libre y determinado a la vez: sus determinaciones internas o externas, físicas o psíquicas, no son para él absolutamente fatales y necesarias, sino que tienen un margen de posibilidad e indeterminación donde intervienen la conciencia y la opción. Y a la inversa: la libertad no es nunca incondicionada, sino que se ejerce siempre *desde* las determinaciones y recae sobre ellas. El hombre no rompe nunca con la naturaleza y sin embargo su ser no es meramente natural: es histórico, es ético y cultural; no rompe nunca con su destino interior ni exterior, y sin embargo es un ser moral y sus actos son responsables y cualificables.⁹ En este sentido no sólo cabe decir que es casi invisible la frontera que divide lo humano de lo animal, sino también la que separa lo involuntario de lo voluntario, la locura de la cordura: el orden de la simple enfermedad (dentro del cual el hombre ya no es responsable de sus actos), y el otro orden, que cabe llamar *mixto*, donde se conjugan, en distintos grados y diversos modos, la enfermedad y la responsabilidad, la compulsión y la opción.

El gran problema de la libertad es que esta es precisamente "libre", flexible, susceptible de ejercerse o no ejercerse, de realizarse de manera positiva o negativa, de lograrse más o de lograrse menos. Básicamente, el hombre opta por optar o por no optar, por participar consciente, activa y voluntariamente en la vida; o por no enfrentar al destino, por someterse a él; la filosofía llama a esta paradójica "sumisión libre", la "mala fe".¹⁰

Desde luego, el ejercicio positivo de la libertad no derrota nunca absolutamente al destino, sólo lo encara y lo va sobrepasando cada día, en dis-

tintos grados y por distintos caminos; por esto la vida es literal "lucha" o "agonía", como se dice en griego. Freud mismo advirtió que el Yo consciente se halla entre dos fuegos: los requerimientos internos de sus pulsiones y las necesidades que vienen de afuera, de la realidad y de la sociedad. Pero en la medida en que hay un margen de "salud" y por ende de responsabilidad, este Yo encara y controla sus destinos. Más aún, también señala Freud que en el interior mismo de la pulsión, en el corazón más íntimo del psiquismo, más allá, a la vez, de las pulsiones de la muerte, está la fuerza de *Eros*, de esa energía de la vida que, según dice textualmente Freud, lucha por "formar la substancia viva dentro de unidades cada vez más grandes, para que la vida pueda ser prolongada y llevada a un desarrollo más alto".¹¹

En este sentido es cierto, como declara Eduardo Nicol,¹² que "cada acto de la vida es una victoria contra la muerte"; en realidad, el lapso íntegro que dura una vida, la presencia total de lo vivo en la Tierra, es esa victoria, momentánea quizá, pero milagrosa, sobre la muerte.

La libertad coincide así con la fuerza de *Eros* y de la vida, de modo que el suicidio no se explica sino como el quebranto o la derrota del *Eros*, que permite la victoria de *Thanatos*: la invasión de las fuerzas disolventes y destructivas que vienen no sólo de dentro del sujeto, sino también de fuera: de la sociedad, de su falta de virtud erótica integradora; porque *Thanatos* reina también en todas las formas de cultura represiva, enemiga de la vida, y el hombre puede matarse, en efecto, como veía Durkheim, por esa "tristeza que viene de afuera" y ante la cual no responde ya la libertad agónica, trágica, erótica, que no ha claudicado de sí misma. El suicidio en este orden (en tanto que el propiamente humano, cualificable y responsable) es un acto de libertad, pero de esta libertad *negativa* que consiste en la renuncia o la derrota misma de la libertad, de la capacidad de opción y de lucha creadora contra el destino en general y contra la enfermedad en particular.

Sólo que al llegar a este punto surge de inmediato la interrogante de si no cabe precisamente lo opuesto: el suicidio como un acto *positivo* de la libertad. ¿No es manifiesto que existen formas libres y heroicas de suicidio, explicables más bien en términos de *Eros* que de *Thanatos*? ¿Varían a tal grado las formas de suicidio que cabe hablar de algo así como "mal" suicidio y "buen" suicidio? ¿Cuál es la diferencia entre ambas? ¿Cuál es, en suma, el criterio para una valoración moral del suicidio?

Uno es, en efecto, el suicidio de quien, cabe decir, se mata *por dentro*; por fracaso, por derrota interior, por impotencia, por vanidad, por inercia, porque cede al poder de las pulsiones de muerte; porque es vencido por la adversidad; sobre todo por la adversidad interior, por ese enemigo íntimo thánico que somos nosotros mismos, con nuestro miedo, nuestro narcisismo, nuestra flaqueza moral. Otra, en cambio, es la muerte de aquél que muere por su propia mano pero que en su acto expresa la vida y su rechazo mismo a la muerte:

aquél que muere *vivo* por dentro. El que se suicida en verdad como *último* recurso, ante la amenaza absoluta de la enfermedad y de la muerte misma; el que se suicida por honor o por amor o por la defensa de valores; el que, cuando ha llegado la hora, va a su propia muerte, por amor a la dignidad, a los otros y a la vida misma. Uno es el *suicidio interior* en el que algunos se quitan físicamente la vida (otros siguen viviendo, muertos en vida); otro, en cambio, es el *suicidio exterior*, fáctico, que no conlleva la muerte interna, sino al contrario, que es el último acto de la vida, plenamente viva y vital, *antisuicida* en esencia. Lo más posible es que no existan actos suicidas puramente libres, sin ingredientes de suicidio interior, y que las más comunes sean, en efecto, las formas mixtas o híbridas en que se combinan factores positivos y negativos. Pero esto no significa que no predomine una u otra cualidad y que no sean radicalmente opuestas estas dos formas de morir: en vida o en muerte. Porque el ser humano puede, en verdad, morir muerto o puede morir vivo, y en eso estriba la diferencia.

En un caso, así, se trata del *suicidio en sentido estricto*, el que se produce ahí donde se quebranta el equilibrio, la lucha y la tensión de la vida y vence *Thanatos* a *Eros*, triunfa la *Ananke*, la necesidad, sobre la libertad. En el otro, por el contrario, es más bien un suicidio "antisuicida" —del que muere vivo y por razones de vida— y al que sólo por extensión, atendiendo al hecho externo, y en *sentido amplio* cabe llamar también suicidio. Éste es, en efecto, el suicidio "libre" del que han hablado algunos filósofos; en la antigüedad los epicúreos y estoicos que defendían el acto suicida en tanto que permite liberar al hombre de todo sometimiento a la indignidad o a la necesidad.¹³ Y en la filosofía moderna y contemporánea,

Hume por ejemplo declara que

el suicidio está de acuerdo con nuestro interés y con el deber hacia nosotros mismos; esto no puede ponerlo en duda el que reconoce que la edad, la enfermedad y la desgracia pueden hacer de la vida un peso insoportable y hacerla peor que el aniquilamiento.¹⁴

Y por su parte, Fichte expresa:

En comparación con el hombre virtuoso el suicida es un cobarde; en relación con el miserable que se somete a la vergüenza y a la esclavitud para prolongar el sentimiento mezquino de su existencia, es un héroe.¹⁵

O bien se trata de "la muerte libre" de la que habla el *Zaratustra* de Nietzsche cuando dice:

Muchos mueren demasiado tarde, y algunos mueren demasiado temprano...

Yo alabo mi muerte, la muerte libre, que viene a mí porque yo quiero. ¿Y cuándo querré? El que tiene una meta y un heredero quiere la muerte en la hora justa, por la meta y por el heredero.¹⁶

En todos estos casos, se alude de un modo u otro al suicidio vital (con "meta" y con "heredero") en el que precisamente prevalece la afirmación de la vida. Estos filósofos expresan sin duda una concepción del suicidio que contrasta con esa otra que es propia de la idea religiosa del mundo y de la vida y que se caracteriza por la condena del acto suicida, fundada sobre todo en la convicción de un destino trascendente del alma.

El suicidio ha sido proscrito, ciertamente, por la mayor parte de las concepciones religiosas y, en gran medida, como advirtió también Durkheim, las religiones han sido un factor esencial para inhibir las tendencias o las reacciones suicidas de los seres humanos. A pesar de que con frecuencia muchas religiones conllevan de algún modo un desprecio por el cuerpo y por esta vida, no por ello favorecen el suicidio, sino al contrario. Así por ejemplo, en la tradición occidental, desde el orfismo y el pitagorismo, aún cuando se considere que el cuerpo es "la tumba del alma" y que los fines últimos se cifran en liberarse de esta vida y de este mundo, se prohíbe sin embargo toda determinación suicida: la vida es tomada como un tránsito de prueba y no puede ser destruida por nuestra propia voluntad.¹⁷ Y lo mismo sucede, desde luego, dentro de la religión cristiana para la cual, precisamente la *persona* adquiere un carácter esencial y la vida es vista como el don sagrado otorgado por Dios y de la cual, por tanto, ningún hombre puede disponer. En estas concepciones, la vida y la muerte tienen, en efecto, un sentido y una razón de ser que las trasciende y que los seres humanos tienen que acatar.

Cuando por el contrario, se pierde la fe religiosa y se proclama, según la expresión de Nietzsche "la muerte de Dios", puede ocurrir no sólo que el suicidio quede plenamente legitimado (al menos en sus modalidades libres, como en los casos aludidos), sino también que, por el contrario, la salida suicida se invalide. Al perderse el horizonte trascendente que da la razón de ser a la vida y a la muerte, suele sobrevenir, en efecto, la pérdida de todo sentido de la existencia y la invalidación de cualquier empeño vital. Circunscrita en su propia immanencia, y condenada a su radical finitud la vida, como han creído sobre todo los pensadores existencialistas, se torna absurda, sin un porqué ni un para qué: es un simple acontecer gratuito, fugaz y sin ninguna finalidad.

"Si Dios no existe, todo está permitido", había dicho Dostoyevski;¹⁸ y si todo está permitido, si todo es igualmente posible y válido (esto o lo otro, vivir o morir, matar o matarse), nada tiene valor ni sentido. Y es precisamente en este contexto del absurdo, donde el acto suicida parece cobrar la importancia del único acto congruente, adecuado a la conciencia radicalmente desesperada que se tiene de la vida.

Así, uno de los escritores existencialistas que se centró precisamente en la idea del absurdo y la gratuidad de la existencia, Albert Camus, escribe una "filosofía del suicidio" (subtítulo de su ensayo sobre *El mito de Sísifo*).¹⁹ Pero justamente en esta obra Camus descarta el suicidio por razones

inversas a las razones religiosas o filosóficas basadas en la apelación a un orden trascendente. Para Camus, la muerte es en verdad definitiva, y no hay nada que la trascienda; ni hay Dios ni hay una vida posterior que justifique y dé sentido a la existencia, que legitime o prohíba los actos humanos. El absurdo y la desesperanza son para Camus la verdad radical que el hombre auténtico y verdadero tiene que asumir sin evadirse en ningún subterfugio. La vida mortal no tiene sentido y el hombre, como Sísifo, realiza la empresa absurda de subir su roca para que vuelva a caer y volverla a subir sin ningún fin ni esperanza que justifique el sinsentido de la acción. Sin embargo, también advierte Camus que es en este empeño desesperado y desinteresado, y en definitiva en esta lucha gratuita, sin término ni solución en donde el hombre que no se evada encuentra paradójicamente su propia razón para vivir, su dignidad de hombre, su destino, e incluso descubre ahí su verdadera felicidad. Pero entonces, el suicidio no puede ser una solución al absurdo, según Camus, sino al contrario, pues de lo que se trata es de no ser dominado por el sinsentido de la muerte; la autenticidad se cifra en vivir en el absurdo mismo, sin apelaciones y sin fugas, reconociendo con Píndaro —a quien cita Camus— que no se trata de aspirar a la vida inmortal, sino de "agotar el campo de lo posible", o con Nietzsche, que "lo que importa no es la vida eterna sino la eterna vitalidad".

Pero ya antes que Camus, Sócrates buscó vivir la vida aquí y ahora, auténtica y conscientemente, también *sin apelaciones*.²⁰ Sólo que, a diferencia de los nihilismos contemporáneos, Sócrates había encontrado que la vida humana concebida precisamente como vida ética sí tiene un sentido. La diferencia básica está en que Sócrates comienza por aceptar y asumir plenamente *la ignorancia* respecto de lo que es la muerte y de lo que pueda haber más allá; Sócrates realiza esa humildad radical que consiste en admitir que *no se sabe*, en reconocer el misterio último como tal *misterio*, como el punto límite sobre el cual no podemos pronunciarnos, ni en un sentido ni en otro: ni a favor de la trascendencia ni tampoco en contra.

La muerte, dice Sócrates, puede ser una de estas tres cosas: o un sueño eterno, o un tránsito a otra vida, o bien, la absoluta aniquilación. Pero no tenemos forma para saber con absoluta certidumbre cuál de estas tres posibilidades es la real. Y como éste es un problema infranqueable, la indagación fecunda de la sabiduría es desplazada entonces hacia la vida. No se sabe si la muerte es un bien o un mal, pero sí se sabe, en cambio, qué es lo bueno y lo malo del vivir. El sentido de la vida es la búsqueda del bien. La vida humana tiene en ella misma una especie de "sobre-vida" o de peculiar "vitalidad" que consiste en su autoconciencia y su libertad. La vida en la sabiduría, en la justicia y en la bondad, vale por sí misma como un fin, de tal modo que *sobre la base* —y sólo sobre la base— de la vida buena la muerte resulta en cualquier caso un bien; el sabio puede morir en paz porque se sabe cumplido y porque ha puesto su plenitud

no en la cualidad moral de su vida. El sabio puede incluso, como ocurre con Sócrates, no descartar la esperanza y morir contando con la presencia misma de la vida.

¿Cómo explicar entonces el "suicidio" de Sócrates? En el año 399 a.C. Sócrates fue juzgado y condenado a sufrir uno de estos tres castigos: pagar una multa, o salir al exilio, o beber por su propia mano la cicuta. Cuando Sócrates conoce el veredicto se pronuncia diciendo que, en vista de que tiene que acatar las leyes de la *polis*, él opta por la multa, pero que, ni con la ayuda de sus amigos puede pagarla. El exilio, en cambio, lo rechaza porque no acepta vivir fuera de Atenas y menos permanecer en silencio sin ejercer la misión de su vida que es el vivir en la búsqueda de sí mismo y de los demás. Por tales razones "la única opción" que le queda es, entonces, la muerte. Entre la alternativa de conservar la vida sin la búsqueda de la sabiduría o mantener la plenitud de esta hasta el último instante de la vida, Sócrates opta por morir.

Sócrates, en efecto, expresa modelica y excepcionalmente lo que puede implicar esa forma de suicidio libre que se realiza por los valores o por la libertad misma: cuando la justicia, la verdad, las convicciones y los ideales, la propia dignidad y la plenitud vital están por encima de la vida. Y es que, como se ha dicho, la vida humana tiene esa peculiar virtud de sobrepasarse a sí misma en sus propios valores. Aunque hablando con más precisión, es el individuo el que se sobrepasa a sí mismo, el que sacrifica su vida en aras de una vida universal y de la vitalidad misma, que es, sobre todo, la vida consciente y dueña de sí, capaz de crecer y reproducirse, no sólo en el orden biológico, sino en el moral, en el histórico y en el cultural, como vio Platón.

Pero la muerte de Sócrates expresa también cómo el suicidio en cuanto tal no es elegido por sí mismo entre otras alternativas igualmente factibles; más bien es una opción forzosa, la única posible, la última que cabe.

Con todo lo cual cabe concluir entonces que afirmar la vida y rechazar la muerte es, en efecto, un imperativo moral, como lo es también la "eterna vitalidad": la intensidad y la cualidad con que la vida es vivida. Ya sea dentro de los marcos de la trascendencia, o bien en los de la immanencia, la vida humana tiene un valor que la trasciende; posee en todo caso una cualidad específica que impide, como veía Kant, que la vida del hombre sea tomada como *medio* y no como *fin* en sí misma. Tanto para la conciencia religiosa como para la humanista en general, la vida humana, con sus facultades de conciencia y de creatividad, tiene un último reducto inexplicable y milagroso: revela una incógnita final donde lo sabio es, en efecto, la conciencia viva y reverente del misterio, la *docta ignorantia* socrática que no resuelve el problema de la muerte, pero tampoco invalida la esperanza. Qué nos impele en todo caso a volver la vista hacia la vida y poner en ella el empeño de la eterna vitalidad, de luchar contra la muerte en pos, incluso, de esa civilización "utópica" de la que ha-

bla Herbert Marcuse, opuesta a la sociedad suicida y generadora de suicidas; esa nueva civilización erótica en la que, en verdad, la ciencia, la técnica, la cultura se ponen al servicio de la vida y rechazan la muerte en todas sus manifestaciones, internas y externas; esa futura sociedad no represiva en la que verdaderamente el hombre logra la meta elemental de morir de "muerte natural", "decentemente en mi cama", como lo expresó García Lorca, sin agonía ni sufrimiento; sin indignidad, sin angustia y sin violencia; de morir interiormente *vivo*, sin suicidio; de morir, en última instancia, cuando quiera y como quiera: la muerte libre y cualitativa.

Pues es cierto, en efecto que, como escribió Marcuse:

No aquellos que mueren, sino aquellos que mueren antes de lo que deben y quieren morir; aquellos que mueren en agonía y dolor son la gran acusación contra la civilización... El hombre puede morir sin angustia —dice también Marcuse— si sabe que lo que ama está protegido de miseria y olvido. Después de una vida plena puede aceptar el morir —en un momento elegido por él mismo—. ²¹

NOTAS

¹ Cf. K. Lorenz: *Sobre la agresión: el pretendido mal*. Siglo XXI Editores, México, 1971, y E. Fromm: *Anatomía de la destructividad humana*. Siglo XXI Editores, México, 1975.

² E. Durkheim: *El suicidio*, trad. M. Ruiz Fulnes. Ed. Reus, Madrid, 1928.

"...se llama suicidio —dice Durkheim— todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado".

Y luego añade:

"Esta investigación basta para excluir de nuestra investigación todo lo concerniente a los suicidios de animales. Los conocimientos que tenemos de la inteligencia animal no nos permiten atribuir a las bestias una representación aproximada de su muerte ni de los medios capaces de producirla". *Op. cit.*, p. 3.

³ Así, se pregunta Durkheim:

"...sólo se mata aquel que ha querido matarse y el suicidio es un homicidio intencional de la víctima misma? ¿Cómo saber [tempero]...: cuál es el móvil que ha determinado el agente, y si al tomar su resolución era la misma muerte lo que deseaba o se proponía otro fin? (*Ibidem*, p. 4). La intención es una cosa demasiado íntima para que pueda ser apreciada desde fuera... Se sustrae hasta a la misma observación interior. ¿Cuántas veces erramos sobre las verdaderas razones que nos mueven a obrar...!

⁴ *Ibidem*, p. 131.

⁵ *Ibidem*, p. 360.

⁶ Cf. S. Freud: *La interpretación de los sueños y La psicopatología de la vida cotidiana*, principalmente.

⁷ Así Durkheim clasifica en tres grupos las formas principales del suicidio: a) el suicidio "egoísta" que se lleva a cabo sobre todo por la desvinculación del individuo respecto al grupo o la sociedad; b) el suicidio "altruista" en el que, por el contrario, según Durkheim, el hombre se quita la vida por estar demasiado fundido con la sociedad y no tener propiamente estima personal ni verdadera individualidad; y c) el llamado por Durkheim suicidio "anómalo" que se produce como reacción ante una brusca ruptura o cambio en el orden de la vida; cuando se quebranta el *nomos*: la normalidad, el equilibrio en que se solía vivir; así por ejemplo, los cambios drásticos económicos, sociales, amorosos o profesionales.

⁸ Cf. S. Freud: *Más allá del principio del placer*.

⁹ Cf. E. Nicol: *Metafísica de la expresión*, Fondo de Cultura Económica, México, 1974; y *Los principios de la ciencia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1965.

¹⁰ Vid. J. P. Sartre: *L'Être et le néant*, Gallimard, París, 1943; *El existencialismo es un humanismo*, Ed. Sur, Buenos Aires, 1960; S. de Beauvoir: *Para una moral de la ambigüedad*, Ed. Schapire, Buenos Aires, 1956.

¹¹ Cf. S. Freud: *Op. cit.*; *El yo y el ello: Esquema del psicoanálisis*.

¹² E. Nicol: *Historicismo y existencialismo*, Ed. Tecnos, Madrid, 1960.

¹³ Cf. Oates: *The Stoic and Epicurean Philosophers*, Nueva York, 1940.

¹⁴ Vid. D. Hume: *On suicide*, Essays.

¹⁵ Vid. J. G. Fichte: *Sistema de la doctrina moral*.

¹⁶ Vid. F. Nietzsche: *Así habló Zaratustra; De la muerte feliz*.

¹⁷ Cf. Filolao, B10, 14, 44. Cf. Platón: *Fedón*, 61-62.

¹⁸ F. Dostoyevski: *Los hermanos Karamazov*.

¹⁹ A. Camus: *El mito de Sísifo. Obras*, Biblioteca Premios Nobel, Aguilar, Madrid, 1968, vol. I.

²⁰ Platón: *Apología*, Cf. J. González Valenzuela: *Sócrates y la praxis interior. Teoría I. Anuario de Filosofía*, UNAM, México, 1981.

²¹ H. Marcuse: *Eros y civilización*, J. Mortiz, México, 1965.

III. EL MÉDICO Y EL SUICIDIO

HORACIO JINICH

El fenómeno de la acción intencionada, autodestructiva, realizada con el propósito específico de terminar con la vida del sujeto, puede ser consi-

derado como un problema médico-quirúrgico que reclama, del profesionalista, una serie de acciones urgentes, organizadas y sistemáticas, encaminadas a diagnosticar la naturaleza y magnitud de las lesiones infringidas y su causa, y a aplicar las medidas terapéuticas indicadas, con el objeto de salvar la vida y contrarrestar, nulificar o atenuar el daño cometido. No trataremos estos temas. Lo que nos interesa ahora es tratar de contestar la siguiente serie de preguntas:¹⁻²

1. Cómo diagnosticar con oportunidad, cómo descubrir a tiempo, las intenciones suicidas del sujeto.

2. Una vez descubiertas dichas intenciones, qué hacer para tratar de contrarrestarlas, frustrarlas, eliminarlas.

3. Frente al superviviente del intento suicida, cómo aproximarse a él, cómo establecer ese primer contacto, cómo ayudarlo.

4. Ante el hecho, consumado o no, cómo ayudar a la familia.

El diagnóstico de la potencialidad suicida

La persona que va a suicidarse no suele guardar en secreto su intención. La revela porque presenta síntomas de un estado depresivo, y la revela además, con frecuencia, al través de mensajes, verbales unos, conductuales otros, directos o indirectos ambos, que, para el médico alerta y sensible, deben funcionar como señales de alarma y deben impulsarlo a la acción, sin retrasos.

Los síntomas y signos de depresión son bien conocidos y sólo me limitaré a enumerarlos:

1. Alteraciones del talante: sentimientos de tristeza, soledad y abandono; apatía.

2. Pérdida de la autoestima: infravaloración, culpabilidad, reproche.

3. Actitudes negativas: pesimismo, desaliento, desesperanza.

4. Alejamiento de la sociedad y la familia.

5. Alteraciones vegetativas: pérdida del apetito y la libido, trastornos del sueño, cefalea, constipación, cansancio.

6. Alteraciones psicomotoras: retardo en los movimientos, el lenguaje y las funciones mentales, o agitación.

Todo paciente deprimido significa riesgo suicida. Es un error creer que lo tienen solamente aquellos que sufren una depresión profunda; de hecho, a menudo llevan al cabo el suicidio cuando empiezan a mejorar de la depresión. Hay algunos datos que deben hacer sonar la alarma con particular intensidad: edad mayor, sexo masculino (las mujeres hacen más intentos suicidas pero los hombres las aventajan en letalidad); existencia de un plan suicida meditado y detallado; factores "estresantes" graves e irreversibles; presencia de síntomas psicóticos (desconexión con la realidad, presencia de alucinaciones y delirios); ausencia de apoyos emocionales (familiares, amistades, institu-

ciones); antecedentes de inestabilidad emocional, presencia de conflictos múltiples; antecedentes de intentos suicidas previos; ausencia de comunicación entre el paciente y sus familiares y amigos cercanos; existencia de una enfermedad orgánica grave, incurable, dolorosa, fatal.

Es un error creer que la mayoría de los suicidios son el resultado de un impulso súbito, ayuno de signos premonitorios y, por ende, imposible de prevenir. Esto ocurre raras veces y, si bien es verdad que el acto mismo se ejecuta de manera impulsiva, como reacción a una pérdida de objeto psíquico súbita y catastrófica, la decisión de quitarse la vida suele haber madurado gradualmente. Quien lo va a hacer lanza mensajes pidiendo auxilio, aparente paradoja que no lo es si se recuerda que toda persona, por decidida que parezca a cometer el acto fatal, no deja nunca de ser ambivalente: al mismo tiempo que se corta la garganta, la usa para lanzar el grito que pide socorro. La mente humana son muchas mentes. La persona que desea matarse acaricia, al mismo tiempo, fantasmas de rescate; hasta en el acto suicida mismo está presente el instinto de la vida.

Por eso decíamos antes que la persona que va a suicidarse envía un conjunto de mensajes verbales y conductuales, directos e indirectos. El mensaje verbal directo es claro: el paciente nos dice, sea espontáneamente, sea en respuesta a nuestra pregunta (cuyo planteamiento no hay que temer), que intenta o considera la posibilidad de quitarse la vida. Urge tomar muy en serio esa afirmación. Es verdad que son pocos los que, habiéndola hecho, llevan al cabo el acto suicida; pero también es verdad, y conviene no olvidarlo, que cuatro de cada cinco personas muertas por suicidio habían manifestado previamente su intención.

Los mensajes verbales indirectos no son menos ominosos: "esta es la última vez que nos veremos... ya no nos volveremos a ver... ya basta... ya tuve bastante... adiós, gracias por sus buenas intenciones...". Frases como estas deben despertar intensa inquietud en el médico alerta y sensible.

Los mensajes conductuales son todo gesto suicida, por diminuto que parezca. Ante dicha acción el médico no debe pensar: "sólo fue una treta, un gesto para llamar la atención, para chantajear, para asustar, para manipular". Todo gesto es un aviso serio, que exige una acción apropiada.

Algunos pacientes deprimidos no comunican al médico sus ideas suicidas, a menos que se les lance la pregunta directa: "Me doy cuenta de lo mal que se está sintiendo, de lo desesperado que se encuentra. ¿Ha pensado alguna vez en terminar con todo, en hacer algo que le ponga fin?" Los expertos nos aseguran que no hay motivo para temer que este tipo de preguntas siembren o refuercen la idea del suicidio, o que pongan al paciente en posición embarazosa. No ocurre así: el suicida potencial tiene necesidad desesperada de comunicar sus sentimientos y la oportunidad de hacerlo con un médico cuya autoridad respeta y cuya comprensión agradece, puede constituir el primer paso en la terapéutica. Si el paciente reconoce que abriga

ideas suicidas, es importante que el médico profundice en ellas, con objeto de enterarse de la seriedad, inminencia y detalles prácticos de dicha amenaza.

El tratamiento del suicida potencial

El enfrentamiento con el paciente en quien se descubren signos incontrovertibles de intención suicida constituye, para el médico que no es psiquiatra, una experiencia especial, diferente, perturbadora en grado extremo, ante la cual a menudo carece de la preparación intelectual y emocional. Es una experiencia capaz de desencadenar sentimientos negativos, hostiles, que pugnan por brotar y manifestarse, ante la persona que parece decidida a violar las metas a las que el médico consagra su vida y que, frente a todo lo que este hace para tratar de protegerlo, no muestra señales de gratitud ni de aprecio. Sobra insistir en que el médico no debe dejarse llevar por su reacción hostil, no debe decirse: "¿Si quiere matarse, por qué no dejarlo?" Tampoco es el momento de obedecer en forma estricta las normas de secreto profesional que rigen el comportamiento habitual del médico. Se trata de una emergencia; se trata de salvar una vida humana y, por lo tanto, está permitido hacer todo, o casi todo. Con anterioridad enumeramos los datos que permiten valorar la seriedad de la intención suicida. Si el paciente ha alcanzado la etapa de planeación práctica de su suicidio, existe una auténtica emergencia, por lo que deberá ser hospitalizado y referido al psiquiatra o, si ella existe, a la agencia dedicada específicamente a la prevención del suicidio. La hospitalización podrá llevarse al cabo en un establecimiento no psiquiátrico, siempre y cuando se tomen precauciones para eliminar todo objeto que pudiese ser empleado como arma suicida. En todo caso, el médico no deberá permanecer inactivo y deberá solicitar toda ayuda posible: del amigo, la novia, la familia, el sacerdote y desde luego, el psiquiatra. Estudios recientes han revelado la elevada frecuencia de casos de suicidio en los que el médico, enterado de las ideas e intenciones de su paciente, cometió el error de buscar la explicación de la depresión, en lugar de diagnosticarla y tratarla.

El espacio no permite discutir ahora el tratamiento médico de la depresión, que con frecuencia tiene que ser administrado por el médico y no el psiquiatra. No debe menospreciarse la capacidad terapéutica de aquél, sea al través de la modificación de los factores ambientales negativos, sea mediante la utilización de medicamentos anti-depresivos. La terapia electroconvulsiva, ésta sí en manos del experto, puede ser sumamente efectiva para tratar al paciente profundamente deprimido y al suicida inminente.

El tratamiento del suicida superviviente

La persona que intentó suicidarse es, en la mayoría de los casos, un ser humano que ha sufrido la

grave pérdida de un objeto psíquico, ya sea este una persona amada, una relación afectiva, una parte física de su cuerpo o una posición social o económica. Es un ser humano embargado por un enorme sentimiento de frustración y de ira que se siente fracasado y humillado y que se encuentra solo, sin amparo y sin esperanza. En estas condiciones, decidió llevar al cabo un acto dramático y trascendental; sin duda el más serio y significativo de toda su existencia. Si su intento fracasó y, como médicos, nos acercamos a él, no hay lugar para el trato indiferente y rutinario, y menos aún para la hostilidad y el desprecio. El médico de guardia en el servicio de urgencias, fatigado y habituado a atender, uno tras otro, casos semejantes, debe hacer un esfuerzo considerable para no olvidar todo aquello y para hacer sentir al superviviente que percibe la enormidad de su acción y del sufrimiento que debe existir detrás de ella, y que tiene la intención total e incondicional de tratar de comprenderlo y de ayudarlo. La acción del superviviente fue dramática y habrá que responderle con dramatismo. Habrá que hacerle sentir que el médico, en verdad y muy en serio, lo ayudará a encontrar el camino de la recuperación y el bienestar; los detalles no interesan en ese momento, lo que importa es abrir la puerta de la esperanza, combatir el aislamiento y el desamparo, movilizar el amor a la vida y respetar la dignidad del paciente. De esta manera será más fácil para él, que acepte la indispensable ayuda psiquiátrica.

El tratamiento de la familia

Si, por desgracia, el acto suicida tuvo éxito, la lectura de la carta que dejó el suicida, la autopsia y el certificado de defunción no son el final del drama. Quedan los deudos. Se encuentran embargados por una mezcla compleja de emociones: al duelo de la pérdida se añaden la vergüenza, el descontento, la perplejidad y los sentimientos de culpa. La obsesión de la muerte los perseguirá por largo tiempo. Con razón se ha dicho que el suicida deja su esqueleto en la alacena psicológica de sus deudos. Todos ellos necesitan ayuda. Las estadísticas nos enseñan que, durante el año que sigue al trágico suceso, se eleva notablemente, entre los deudos del suicida, el número de padecimientos físicos y psíquicos, disfunciones, enfermedades y muertes. El apoyo emocional del médico y la psicoterapia especializada, administrados a la mayor brevedad posible, pueden ayudar a prevenir todo esto.

REFERENCIAS

1. Murphy, G. E.: *The physician's responsibility for suicide. II. Errors of omission.* Ann. Int. Med. 82:305, 1975.
2. Ruben, H. L.: *Managing suicidal behavior.* JAMA 241: 282, 1979.