

# Comprender el intento de suicidio: un ensayo sobre una dialéctica de la totalidad

---

Alejandro Arnaldo Barroso Martínez\* • Gilberto Hernández Zinzún\*\*

---

## RESUMEN

La conducta suicida es un problema mundial; cuyas dimensiones y profundidad exigen una concepción amplia y sólida. Sin embargo, su comprensión sigue siendo limitada, como resultado de la forma en que se han entrelazado discursos y prácticas políticas, económicas, culturales y disciplinarias; y cómo este proceso ha jerarquizado lo biológico sobre lo social, la razón sobre la emocionalidad, y el método “objetivo” sobre la vivencia humana. Por esto, en este artículo argumentamos la importancia de una comprensión hermenéutica del ser humano como totalidad histórica, como una vía de comprensión del intento de suicidio.

**PALABRAS CLAVE:** intento de suicidio, subjetividad, totalidad.

## Understanding the Suicide Attempt: An Essay on a Dialectic of Totality

### ABSTRACT

Suicidal behavior is a problem worldwide. However, their understanding remains limited, as the result of the historical way in which political, economic, cultural and disciplinary discourses and practices have been interwoven, and how this process has focused on biological, reason and the “objective” method, instead of understanding the emotionality and experience of people. For this reason, in this article we argue the importance of a hermeneutical understanding of the human being as a historical totality, as a way of understanding suicide attempt.

**KEYWORDS:** Suicide attempt, Subjectivity, Totality.

\* Doctor en Ciencias en Salud Colectiva por la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) Unidad Xochimilco, México. Docente en la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe, Chile. [almex2012@gmail.com](mailto:almex2012@gmail.com)

\*\* Doctor en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Profesor-Investigador de la Licenciatura de Médico Cirujano en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala en la UNAM, México. [zinzun@unam.mx](mailto:zinzun@unam.mx)

**Fecha de recepción:** 18 de octubre de 2020.

**Fecha de aceptación:** 25 de febrero de 2021

## Introducción

Cerca de un millón de personas se quitan la vida por mano propia cada año en el mundo, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2014). La tasa de estas muertes ha crecido 60% en los últimos 45 años, y la ideación, el intento, así como el suicidio consumado, constituyen dimensiones de un problema urgente de salud mental a nivel mundial: el suicidio.

A pesar de que el problema crece, sigue predominando una comprensión limitada del mismo, que reduce las posibilidades de llevar a cabo procesos de contención emocional, atención en salud, y políticas públicas oportunas (Canetto, 1992; Martínez y Barroso, 2019; Benavides, Melo y Villalobos-Galvis, 2020) ¿Por qué sucede esto?

El conocimiento que se obtiene del suicidio, y las acciones que se realizan a diferentes niveles, están orientadas fundamentalmente por la Biomedicina, y su epistemología positivista. Como resultado de esto, la prioridad está más en el control de la enfermedad y de indicadores biológicos, que en el modo de vida en salud. En consecuencia, y a pesar de reconocerse el suicidio como un fenómeno social, la comprensión misma de lo social se ha fragmentado en partes llamadas “factores de riesgo” y “factores protectores”, sin entenderse la relación entre ellos, y el proceso de su emergencia como procesos históricos (Martínez, 2016; Barroso, 2018; 2019).

Ello ocurre sin que exista necesariamente un análisis por ejemplo, de los procesos a través de los que se ha normalizado la optimización creciente de la salud mental en un mundo globalizado donde son prioritarios el rendimiento, la productividad, y la aceleración de los tiempos de vida; o la

forma en que se han construido y normalizado las relaciones interpersonales a partir del eje del poder; que tanto tienen que ver con las formas en que aprendemos a pensar y sentirnos a nosotros mismos y a otros.

Dentro de esta mirada biomédica positivista, el intento de suicidio es aquel en el que el suicidio no llega a consumarse. De hecho, es considerado por la OMS (2018) como un factor de riesgo en sí mismo. Sin embargo, trabajos como los de Widger (2015), Kim, Hyeong, y Hyun, (2016), Martínez (2016), y Barroso (2018), nos muestran que el intento de suicidio no es necesariamente una fase previa al suicidio consumado, sino un fenómeno con su propia complejidad vivencial y narrativa. Cada intento de suicidio es biográficamente único, y no todo el que atenta contra su vida por mano propia quiere morir, aunque sí expresar consciente o inconscientemente un cuestionamiento a algún aspecto de la normalidad de la realidad social en la que vive. Por esta razón, en este artículo nos centramos en la comprensión del intento de suicidio como realidad social e históricamente situada.

Estar en el mundo es un proceso necesariamente relacional (Heidegger, 1987; Merleau-Ponty, 2002), es un estar en relación con uno mismo y con otros; por eso somos seres históricos. Por eso vivir como seres sociales está relacionado esencialmente al vínculo humano, al diálogo, y a la participación. Mirar, percibir, recordar, sentir, son procesos esencialmente biográficos (Sartre, 1984; Merleau-Ponty, 2002), que sin embargo, sólo pueden ocurrir como parte de la misma reproducción social de la vida a través de discursos y prácticas multidimensionales que organizan y dan sentido a la cotidianidad (Castro, 2000; Samaja, 2004).

De ahí que sea tan importante seguir la articulación entre estas coordenadas de sentido, las cuales producen emergencias que implican una forma de entender y tratar lo social, como es el caso de la Biomedicina. Sin embargo, retomar el debate sobre la vida que personas consideran merece la pena ser vivida, implica pensar la salud con apoyo también de otras articulaciones emergentes entre lo político, lo económico, lo cultural y lo disciplinar; las cuales siempre expresan constricciones y oportunidades para personas y grupos humanos concretos.

Por esa razón nuestro objetivo en este artículo es argumentar críticamente, cómo las diferentes formas de articulación entre procesos económicos, políticos, culturales y disciplinares han generado históricamente una comprensión fragmentada y limitada de los intentos de acabar con la vida por mano propia. Consecuentemente, esta crítica irá entrelazada con un grupo de experiencias investigativas que por su enfoque hermenéutico, contribuyen con una comprensión más integradora y humanista de la persona que atenta contra su vida por mano propia. En este contexto insoslayable hay una pregunta comprometida con salvar vidas, y es: ¿cómo ha sido posible reducir la comprensión del ser humano como totalidad, y por ende de nuestra salud? y ¿qué consecuencias ha traído esto para la comprensión específicamente del intento de suicidio?

### **Una trayectoria de la fragmentación progresiva de la subjetividad**

Las investigaciones fundadas en las neurociencias (Damasio, 2006) han demostrado que los seres humanos somos una integración, en la que lo biológico está al servicio de la trayectoria histórica de vida. Desde la experiencia clínica psicodi-

námica, Holmes (2011) por ejemplo, ha sostenido cómo los vínculos y las relaciones de apego en los primeros años de vida median de forma relevante las relaciones interpersonales en los años posteriores.

Esa totalidad que somos aparece ante nosotros mismos a través de nuestras motivaciones, necesidades y responsabilidades. “En la relación práctico-utilitaria con las cosas, en la cual la realidad se manifiesta como un mundo de medios, fines, instrumentos, exigencias y esfuerzos para satisfacerla, el individuo ‘en situación’ se crea sus propias representaciones de las cosas, y elabora todo un sistema correlativo de conceptos con el que capta y fija el aspecto fenoménico de la realidad” (Kosik, 1967: 2).

A pesar de que nuestra totalidad se manifiesta de manera concreta y singular, no podemos perder de vista que lo que somos siempre se expresa como tal en cada una de nuestras vivencias y comportamientos, aun la que parezca más individual. Merleau-Ponty (2002) por ejemplo, ha argumentado cómo el acto de mirar y percibir está mediado biográficamente, de manera tal que, al percibir, siempre lo hacemos desde la totalidad que somos y queremos ser a futuro, hasta ese momento.

De esta forma, el problema de la totalidad humana comienza, sin embargo, cuando lo significado deja fuera, subordina, o incluso hace desaparecer al resto, no como acto circunstancial, sino como proceso instituyente de una forma de comprender y abordar al “otro”, por lo tanto, también su salud mental ¿Qué tiene que ver con este proceso el entrelazado económico, político, cultural y disciplinar donde ocurre la vida cotidiana, y por lo tanto la salud mental?

## La separación del mito como separación del ser humano respecto a sí mismo

Los ritos del chamán eran dirigidos al viento o a la lluvia. Los ritos para exorcizar y dominar lo natural apelaban a la mimesis, pero esta forma de estar como parte de la naturaleza, tenía limitaciones que generaban otra forma de estar el ser humano en el mundo. La mimesis, a partir de las diversas cualidades de la naturaleza, no permitía una clara diferenciación del yo.

Lo natural, cambiante e impredecible, generaba miedo. Con relación a este aspecto Horkheimer y Adorno explican: “El hombre tiene la ilusión de haberse liberado del temor cuando ya no queda nada desconocido (...) No debe existir ya nada afuera, puesto que la simple idea de un afuera es la fuente genuina de la angustia” (Horkheimer y Adorno, 1969: 69).

Estos procesos claves, vinculados a la misma necesidad del ser humano de reconocerse como tal, dieron lugar a lo que se ha identificado como el paso del mito al logos (Vegetti, 1981). Dominar la naturaleza se convirtió en una medida del poder del propio ser humano. Con ello se puso a un lado la preocupación por las diferencias, surgió el interés por lo previsible, por la unidad, y el culto a los números que se constata desde la obra de Platón.

Dominar y controlar la naturaleza le permitió al ser humano reconocerse en su propio pensamiento, separarse del objeto del saber para poderlo dominar, y así también desterrar el miedo. No obstante, ello se hizo a costa de separar y entronizar a la razón sobre la emocionalidad (Horkheimer y Adorno, 1969).

Este reconocimiento de sí trajo consigo la pregunta por lo que nos define como seres humanos.

Sin embargo, se respondió sobre los pilares que ya se venían construyendo para pensar lo humano. Desde Aristóteles, sólo se puede acceder a la verdad de lo que son las cosas mediante el conocimiento que devela lo dado naturalmente (Vegetti, 1981). Esto marcó un punto crucial de fusión entre la verdad y el ser, que devino problemático por la forma y las dimensiones en la que comenzó a limitarse la comprensión de su totalidad socio-histórica.

Cada ser tenía una verdad que debía ser sacada a la luz, descubierta. Vegetti nos lo explica de esta forma: “La tarea de la teoría consiste entonces no en sacar las cosas a la luz, sino en eliminar los obstáculos subjetivos que nos impiden ver aquella luz que de cualquier forma centellea” (Vegetti, 1981: 75). Las intuiciones, los prejuicios, en otras palabras, lo subjetivo vino a representar un obstáculo para el mismo ejercicio de descubrir lo ya dado, a lo que no habría que agregarle ninguna interpretación.

Comenzó a producirse otro punto crítico para la comprensión de la subjetividad, una vez que el método para acceder a una verdad se convirtió en la verdad sobre un ser entendido universalmente. Un ser ya dado, esencial en su constitución visible, pero nunca en su historia ni en su sentido. El criterio de la verdad pasó del método del conocimiento a la definición de sujetos individuales y colectivos. Así también se instituyó una forma de ver al “otro” no desde él, sino desde nuestros métodos, desde nuestra verdad convertida en hegemónica.

Una de las expresiones de esta forma de entender lo humano, se produjo como parte de la división de lo masculino y lo femenino, constatado en trabajos de Aristófanes, Jenofonte, y Platón. El cuerpo femenino, significado por el dominio de

sus pasiones por la comida y el sexo, era entonces considerado una copia defectuosa de la perfección masculina, considerada más capacitada para la toma de decisiones racionales, y por lo tanto la participación en el espacio político. Así, la mujer debía ser controlada, sus pasiones puestas a disposición de la sociedad mediante el matrimonio, y la canalización de sus deseos a través del cuidado de la familia (Vegetti, 1981).

Esta clasificación, que vino a ser más una jerarquización entre cualidades deseables e indeseables de lo propiamente humano, poniendo lo defectuoso afuera, también marcó un hito en perspectiva de género. Se trata de la comprensión de lo femenino desde la imperfección y la carencia, pero también lo masculino atado a una verdad en nombre de su supremacía. Lo masculino se ató a una forma de comprenderse a sí mismo en nombre de la respuesta a la carencia y las necesidades de “otros”.

Este proceso ha devenido hegemónico por su forma de responder al *statu quo* que se teje desde la política, pasa por las disciplinas, y termina a la vez que vuelve a comenzar en la división rígida de roles en las familias. Esto es lo que ha determinado hasta hoy en día, que sea tan difícil comprender que quienes vivimos las masculinidades hegemónicas, en ocasiones también sufrimos el impacto de la cultura patriarcal.

Marcuse refiriéndose a este período histórico que hemos abordado, tiene una frase que nos ayuda a resumirlo también para los objetivos de este trabajo: “la ciencia, gracias a su propio método y sus conceptos, ha proyectado un universo en el que la dominación de la naturaleza ha permanecido ligada a la dominación del hombre” (Marcuse, 1993: 193).

En este período que abarca hasta los siglos XVI y XVII, las posturas frente a la muerte por mano propia fueron heterogéneas en su discurso, sin embargo, consistentes en la presencia del poder tanto de la Iglesia como del soberano. La importancia de los cuerpos de todos para la defensa de la ciudad y de los gobernantes, fue el criterio abiertamente político con el que Platón y Aristóteles, por ejemplo, repudiaron coincidentemente a aquel que se quitaba la vida por mano propia (Amador, 2015). El poder soberano tenía tanto peso, que sólo la enfermedad grave y las injurias cometidas contra el Estado llegaron a justificar la muerte por mano propia.

### **La hegemonía del discurso y la práctica en salud mental**

Durante los siglos XVII y XVIII, como parte de la Revolución Industrial, y la consolidación de los Estados-Nación, la administración comenzó a tener una presencia ostensible en el uso de los saberes, ahora al servicio del control de la soberanía, y el cuidado de los cuerpos. Este es el motivo por el que además del cuerpo individual, comenzó a tener interés la categoría *población* (Foucault, 2003; Luef, 2013).

La necesidad del control político de los cuerpos y las mentes, a la par de explicaciones disciplinarias, que en ocasiones sirvieron a la misma Iglesia, fueron desplazando la prioridad de las explicaciones de ésta última acerca del suicidio, ancladas en la falta de fe, y las influencias demoniacas (MacDonald, 1989). Una de las cúspides más importantes de este proceso fue la disciplinización de los saberes.

Los conocimientos de los sabios se comenzaron a impartir con apoyo de la pedagogía, y la

diversidad de saberes quedó organizada internamente según su coherencia y jerarquía. En este panorama, la matemática adquirió una relevancia crucial frente a la filosofía, porque vino a garantizar el conocimiento, el control de la natalidad y la mortalidad, así como la reducción de la incertidumbre en el ejercicio administrativo. En el contexto de este ejercicio de biopoder (Foucault, 2003) el enfoque clínico reorganizó la forma de ver y enunciar al “otro”.

Los avances de la Biología, la Bacteriología, y la Patología, por un lado, y el prestigio adquirido por los modelos de conocimiento de la Mecánica, la Matemática y la Física, como herederos y exponentes de la noción clásica de Aristóteles de descubrir lo ya dado por la naturaleza, ofrecieron un marco válido desde el punto de vista científico para la construcción del modelo clínico.

Lo que se buscaba era la enfermedad, mediante la identificación de los síntomas que eran expresión de ella. La historia de vida de la persona quedaba fuera de un esquema donde lo que interesaba era nombrar la enfermedad. Refiriéndose a esta etapa Foucault explica “(...) lo que está presente es la enfermedad misma, en el cuerpo que le es propio, y que no es el del enfermo, sino el de su verdad (...). El enfermo es el accidente de su enfermedad, el objeto transitorio del cual esta se ha apropiado” (Foucault, 2003: 92).

El “otro” quedó reducido a la mirada sobre los significantes, pero de la enfermedad. Esta mirada del clínico, obligada a describir y constatar el conocimiento enciclopédico acumulado y organizado por la ciencia, no sucede sino es a través de un proceso ahora institucionalizado e institucionalizante de la propia forma de ver y enunciar del ser humano que practica la clínica. En la medida en que sólo es necesario constatar, desaparece la

necesidad de interpretar, y en la medida en que sólo se busca la enfermedad, esta práctica médica se legitima más a sí misma porque deviene poder para tratar a un “otro” sin historia.

Desde finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, la Psiquiatría adquirió y fortaleció su estatus médico. Los aportes franceses resultaron cruciales, y fueron compartidos a través de otros países como Italia (Brancaccio, 2013), España (Domingo y Novella, 2015) y más tarde América Latina.

Por una parte, los psiquiatras comenzaron a hacerse cargo de fenómenos que escaparon al control de la Iglesia, como el caso de las convulsiones. Por otra, la ola de movimientos políticos en Europa incrementó la preocupación administrativa por el control de los pensamientos y los comportamientos.

El esquema de causalidad apoyado en lo individual y lo biológico, ha ido ganando en organización y legitimidad como parte de varios procesos que siguen entretejiendo lo disciplinar con lo político, lo económico y lo cultural. Este esquema epistemológico anclado en el positivismo, y la preocupación por lo observable, lo comprobable y lo medible ha sido y continúa siendo hegemónico en la comprensión de la salud mental, y por lo tanto también del intento de suicidio.

Tal y como muestran las recomendaciones de la OPS y la OMS (2014), el suicidio es un acto individual por el que la persona intenta acabar de forma intencional con su propia vida. Por lo tanto, lo que se recomienda es tanto controlar los factores de riesgo, como estimular los factores protectores. En ambos casos, el papel determinante principal lo tienen factores de tipo genético y biológico, como son los casos de padecer esquizofrenia, trastornos de pánico, trastorno bipolar, demencia,

el consumo problemático de sustancias (OMS, 2014), o padecer desórdenes en el funcionamiento del neurotransmisor serotonina (Mann, 2003).

Este paradigma en salud mental produce un tipo específico de concepción del clínico sobre sí mismo, acerca de la “otredad”, e incluso acerca de la sociedad como un todo. Cuando la problematización del tema comienza por definir etimológicamente el suicidio, como derivado latín *sui*, que significa *a sí mismo* y *caedere* que significa matar, es decir, matarse a sí mismo, sin profundizarse en su complejidad como un fenómeno vivido a través de historias singulares de vida, comenzamos a ser herederos acríticos de la tradición entretrejida clínica y políticamente que necesitaba dar cuenta de un sujeto universal, y regido por las leyes del orden.

La forma de ver y abordar nuestra totalidad como seres humanos ha estado y continúa en crisis, y eso nos está costando vidas. Para el enfoque positivista en salud mental, la epidemiología positivista o clásica ha sido uno de sus ejes de desarrollo (Filho, 2000). Dentro de ésta uno de los conceptos más empleados para intentar explicar el intento de suicidio es el de *factor de riesgo*.

Este concepto ha heredado la preocupación fundante de la clínica por la enfermedad más que por la salud, y por lo tanto se intenta más identificarlos para predecirlos y controlarlos, que potenciar la vida. La preocupación epidemiológica por los factores de riesgo, también implica que el problema del intento de suicidio solo sea el problema de quienes entran en crisis o piden ayuda, dejándose de lado la pregunta por los modos de vida dignos y saludables para la salud mental. Siguiendo el trabajo crítico de Filho (2000), bajo esta lógica, la mirada disciplinaria sobre la persona, así como de ella sobre sí misma, queda fragmentada en partes problemáticas inexplicables.

La comprensión de lo social también queda dividida en partes, todas amenazantes, contingentes, sin historia. Estas reducciones alienan a la persona del contacto consigo misma, y limitan la posibilidad de comprender las trayectorias de vida como espacios donde se entretujan motivaciones, deseos y necesidades, con procesos políticos, económicos y culturales en momentos históricos concretos.

Para la epidemiología positivista, por ejemplo, los intentos previos son considerados factores de riesgo *a priori* (OMS, 2014). Sin embargo, desde miradas hermenéuticas sabemos que aprender a vivir con los estigmas de haber intentado acabar con la vida por mano propia, tiene un significado diferente para las vivencias de la feminidad y la masculinidad hegemónicas, por ejemplo.

### **La hegemonía sobre la totalidad de la vida social: un reto hermenéutico**

¿Cuáles son los procesos que hoy entretujan la respuesta a los problemas en salud mental, y por lo tanto también a los intentos de suicidio? Tal y como desde el siglo XVIII, la respuesta clínica y disciplinar a la salud mental, y específicamente a los intentos de suicidio, sigue estando entretrejida con procesos económicos, políticos, culturales y disciplinares. Problematizarlos nos permitirá conocer los procesos y valores a través de los que se materializan los modos de vida, su impacto en la salud mental, y encontrar alternativas de solución desde la integralidad del ser humano.

Desde el momento en que la satisfacción a las necesidades biológicas se convirtió en un límite para la producción, las motivaciones y deseos comenzaron a ocupar el interés de los ideólogos de los sistemas sociales. Cuando el orden social se hizo necesario para el cuidado de la propiedad,

se expandió la defensa del productivismo mediante la conquista de la mente y el cuerpo en todos los espacios sociales.

La problematización pionera de Marx (1959) sobre el modo de producción del capital, sugiere algunas pistas fundamentales sobre la pérdida de contacto del ser humano consigo mismo como totalidad. Marx (1959) explica que si bien el trabajo es parte inherente de la propia existencia del ser humano, y expresa sus cualidades tanto físicas como subjetivas, en la medida en que el valor de las mercancías es cuantificado, y las energías del ser humano son convertidas en trabajo abstracto, el obrero como ser humano comienza a ser tratado como fuerza de trabajo. Una fuerza de trabajo que sólo necesita los recursos para reproducirse como tal.

En la medida en que la organización del trabajo y los valores organizan todo el funcionamiento de la sociedad, el poder político y económico intenta conquistar la totalidad del ser humano. Así ha ocurrido en sociedades donde el sistema se legitima mediante el consumo y la diferenciación clasista (Horkheimer y Adorno, 1969; Marcuse, 1993). Un ejemplo son las construcciones recíprocas y hegemónicas sobre la feminidad y la masculinidad. Estas se sostienen en relaciones de poder que distribuyen diferencialmente oportunidades, roles, expectativas y valores sobre el cuerpo, el trabajo, y la sexualidad por ejemplo, las cuales median la forma en que aprendemos a valorarnos, pensarnos y sentirnos como seres humanos. De ahí que las construcciones hegemónicas de género constituyan una de las expresiones de las formas históricas particulares de articularse lo económico, lo político, lo cultural y lo disciplinar, y que más estrechamente expliquen los intentos de suicidio.

La construcción hegemónica de la masculinidad está anclada entre otros pilares, en las expectativas sobre el rol proveedor fundamental del hombre hacia la familia, lo cual se ha constituido en parte fundante de la misma identidad masculina hegemónica (Bourdieu, 1999). De esta forma, la imposibilidad de proveer a la familia, de mantener las relaciones de poder en ésta como parte de este mismo rol, y la crisis de identidad consustancial a esto, en el contexto de crecientes incertidumbres laborales, como lo está siendo por ejemplo la inestabilidad del mercado laboral ante la pandemia por la COVID-19, se ha convertido y puede seguir siendo uno de los procesos más significativos para explicar la muerte por mano propia en poblaciones masculinas construidas hegemónicamente (Imberton-Deneke, 2014).

Estos procesos de construcción de género se normalizan y reproducen cotidianamente a través de prácticas y narrativas que argumentan valores y expectativas religiosas, y disciplinares positivistas, como las que acontecen en relaciones laborales y familiares, llegándose a aceptar de esta manera, incluso por quienes sufren violencia doméstica, o se sienten mal emocionalmente con aquellos comportamientos y formas de sentir que le han sido enseñados como parte de su propia identidad (Widger, 2015; Martínez y Barroso 2019). La investigación de Barroso (2018) es un ejemplo de cómo la propia familia puede reproducir el malestar de miembros, ya sea ejerciendo presión sobre el comportamiento de acuerdo a expectativas hegemónicas sobre las responsabilidades de “hombres” o “mujeres”, o retomando criterios clínicos positivistas a partir de los cuales ciertos malestares se permiten ser vistos o no en las relaciones familiares de ayuda y contención emocional.

Desde esta perspectiva podemos comprender el intento de suicidio como una expresión de un malestar emocional respuesta a una normalidad. Esta normalidad puede ser funcional a la productividad y la reproducción heterónoma de la fuerza de trabajo, pero insoportable desde el punto de vista de una emocionalidad integradora y plena.

La perspectiva económica del llamado *homo economicus*, surgida desde el siglo XVII, llega a la vida cotidiana para orientar los intercambios en función de la optimización de ventajas, y lo hace a través de los procesos de división del trabajo, pero también mediante la creación de una moralidad basada en el exitismo y el individualismo. El individualismo, a la misma vez que nos hace sentir “libres” para elegir, nos responsabiliza también individualmente de nuestros propios males ante un “otro” también aislado (Byung-Chul, 2013, 2014). De esta forma, valores y formas de organización del sistema económico contradicen la esencia misma del ser humano entendido como totalidad, anclada en el vínculo y el sentimiento de pertenencia.

Esta contradicción es tan crucial, que implica otra mirada acerca del intento de suicidio. Resulta que lo que en la Biomedicina puede ser asociado a una enfermedad mental y a un intento de morir, puede que sea la expresión de quien se aferra a una vida que puede ser cambiada para sí mismo como ser humano, pero también para quienes lo necesitan, pero tienen miedo vivirse de otras formas, o han aprendido a vivir en un malestar que se naturaliza culturalmente a través de discursos y prácticas instituyentes de valores, identidades, y oportunidades en otros sentidos.

Cuando el éxito individual se convierte en un medio simbólico de presentación de la persona ante los otros en la vida cotidiana, y se legitima

de manera clasista y excluyente, la autoestima de la persona queda sujeta a una manera particular de ser visible ante los “otros”, y quienes no pueden ostentar estos sellos simbólicos, son deslegitimados, ignorados, descalificados incluso como persona total. Una vez más, formas de relación humanas mediadas económicamente, pueden aislar en nombre del clasismo, el individualismo, y la competencia

El intento de suicidio puede aparecer como una expresión del malestar que surge en la soledad y la falta de integración social, y que como parte de su propia cualidad no puede ser ni siquiera narrada. En este mismo sentido, y utilizando el contraste, con apoyo de la tesis doctoral de Barroso (2018) podemos apreciar cómo diferentes formas de articulación del lazo social a diferentes niveles como son los casos de relaciones vecinales y casas de los abuelos, en Cuba, fortalecen el sentido de pertenencia, actúan como procesos protectores de la vida significativa, y previenen intentos de suicidio sobre todo en la tercera edad.

La articulación de la red política, económica, cultural y disciplinar produce otro entramado particular, cuyas implicaciones son decisivas para comprender y responder a la salud mental, y por lo tanto a los intentos de suicidio. Se trata de *la profesionalización en salud mental*, como otra forma de expresión histórica de la disciplinarización de saberes, pero esta vez dentro del campo de la clínica y las ciencias de la salud.

La formación positivista, tal y como en el siglo XVIII, sigue fundada sobre la enfermedad como el pilar organizador de la enseñanza y la práctica clínica. Este proceso instituyente de la mirada y las emociones de la persona se sostiene mediante un proceso de enseñanza que exige la actualización constante, la práctica mediante pruebas

estandarizadas, en apego a la “evidencia”, y la posibilidad de que la profesionalización misma devenga en una posición social con prestigio, y alta remuneración económica en la sociedad de consumo. Una forma de pensar y sentir habituada en el tránsito de la profesionalización a la identidad personal (Sepúlveda, 2012; Stolkiner, 2013).

Esta profesionalización en salud mental invalida la mirada de la que se reduce a aplicar una mirada sobre el “otro” prefijado. Un ejemplo de la articulación de este proceso con lo económico, es la racionalidad organizativa que ha impuesto el sistema persona sobre sí misma, tanto de quien padece un malestar como del propio profesional neoliberal a la práctica clínica aún estatal, basada en criterios de eficiencia y eficacia, o en otras palabras, la mayor cantidad de personas atendidas en el menor tiempo posible, y con la menor cantidad posible de recursos (Sepúlveda, 2012).

Esta lógica incluye tanto el sistema estatal, como el sector privado, regulado por precios de mercado, e impagable por la gran mayoría de la población. En este sentido, observamos cómo la relación Estado-Mercado ha producido una lógica de atención en salud mental que puede llegar tarde, o ser inalcanzable para un sector amplio de la población ¿Cómo puede el especialista en salud mental comprender a quien atenta contra su vida por mano propia cuando está alienado respecto a su propia emocionalidad, y esto es reforzado por una lógica de la atención bajo criterios de eficiencia?

Un segundo ejemplo de cómo se articula esta profesionalización con procesos económicos, políticos, culturales y disciplinares, es la medicalización creciente de la vida social. Siguiendo a Stolkiner (2013), entendemos por medicalización de la vida la incursión del discurso y la práctica clínica en problemas de la vida cotidiana. Esta medicaliza-

ción trae consecuencias claves en la forma en entendernos como seres humanos totales.

La investigación de Fischer et al. (2009) por ejemplo, muestra una mirada diferente sobre el sentido de la vida y el malestar subjetivo entre personas de la tercera edad y médicos, pues mientras los primeros buscaban suicidio asistido argumentando razones vinculadas a dolor emocional y el sentido de la vida, los segundos se aferraban a la necesidad de encontrar explicaciones en limitaciones físicas y problemas mentales.

La misma Stolkiner (2013) cita el ejemplo de cómo estudiantes de psicología solían interpretar los malestares emocionales o sufrimientos psíquicos resultantes de las adversidades de la vida cotidiana, utilizando categorías diagnósticas de los manuales aceptados. “Tal traducción entrañaba un movimiento en el cual se constataba en acto un producto de la cultura moderna occidental: la transformación de una vivencia dolorosa en categoría psicopatológica” (Stolkiner, 2013: 3) El discurso y la práctica clínica tradicional no está listo para comprender el malestar subjetivo con las formas de vida.

Los ideales de productivismo económico, devenido exigencia corporal y emocional sin límites, son funcionales al medicamento como solución rápida e individual. Por su parte, el ideal de la belleza y la juventud occidental, también ha sido funcional a la medicalización del cuerpo femenino a través del ejercicio físico, los medicamentos y las cirugías, que tantas ganancias representan para las empresas farmacéuticas (Stolkiner, 2013). De esta forma, la autoestima puede quedar sujeta al modo de producción neoliberal, donde la clave es el consumo de una forma de sentirnos a nosotros mismos. Tal y como muestran estudios antropológicos como el de UNICEF (2012), esto

puede desplazar el marco estético de referencia de los ancestros, a la comparación con modelos occidentales de belleza, sobre todo en mujeres, con implicaciones en el proceso de significación de sus intentos de suicidio.

Este tejido entre procesos disciplinares, culturales, económicos y políticos, que en este caso tienen como base un enfoque de *homo economicus*, aparece nuevamente en el plano de las políticas públicas en salud mental, con un impacto evidente para la comprensión del “otro” que atenta contra su vida por mano propia. La forma tradicional de hacer políticas públicas ha estado centrada en un modelo administrativo de hombre racional, y por lo tanto su enfoque ha tendido a estar centrado en la maximización de la eficiencia, aumentando ganancias y reduciendo costos (Fuenmayor, 2014). Con estos antecedentes, y en el contexto de la actual relación neoliberal Estado-Mercado, la salud mental es tratada como un bien en lugar de como un derecho (Acosta y Useche, 2016; Muñoz, 2016).

Como resultado, a la soledad, la imposibilidad de la persona de comprender su propio malestar, reservado a la experticia de la Biomedicina y la clínica que habla a través del clínico y los medicamentos, se integra un abordaje administrativo que puede ser deshumanizado en el plano de las políticas públicas. Este proceso necesita seguir siendo cuestionado, justamente porque la salud va más allá de lo biológico, y por ende de las instituciones tradicionales en salud, para relacionarse estrechamente con las condiciones y los modos de vida.

### **A modo de conclusiones**

La vida humana depende de la integración entre biología y cultura, pero en última instancia de-

pende de aquello que la hace significativa para la persona, y ello radica en los vínculos, en la participación y la pertenencia que articulan nuestro pasado, nuestro presente y futuro. De ahí que toda comprensión de cualquier fenómeno humano dependa de tener en cuenta cómo se articulan históricamente los procesos económicos, políticos, disciplinares y culturales que orientan y dan sentido a la forma en que nos pensamos, sentimos y actuamos como seres humanos en constante devenir. La salud entonces radica en el modo en que se vive, significado dentro de este escenario articulador entre el individuo y la sociedad, la biología y la cultura.

Esta articulación de nuestra totalidad social no ocurre de modo completamente espontáneo, sino como necesidad de los principios y valores que rigen la reproducción y sostenibilidad económica y política, que se insertan a varios niveles que van desde las relaciones laborales hasta las formas de sentir nuestro propio cuerpo. Estas articulaciones han generado históricamente procesos emergentes que permiten comprender la forma en que se significa el fenómeno del intento de suicidio.

En este caso se encuentran *los discursos y prácticas instituidas e instituyentes de la Biomedicina*, cuya epistemología positivista cree sostener todo lo que debe ser sabido de modo determinista sobre los intentos de suicidio. La Biomedicina sustituye la preocupación por la salud, y la atención multidimensional a los modos de vida, por el énfasis en el riesgo, y la atención “especializada”. Esto sucede fundamentalmente para quienes pueden pagar o deciden pedir ayuda, sin tener en cuenta que precisamente el entramado económico y disciplinar contemporáneo, con su énfasis productivista e individualista niega la palabra, y más aún el permitirse ser ayudado. Por esta razón tenemos un desafío prometedor para la protección

de la vida, en el fortalecimiento de las relaciones comunitarias, y las redes de apoyo social a diferentes niveles, las que deben incorporar hoy en día la realidad digital.

La Biomedicina también sustituye la narrativa de la propia persona acerca de *sus* intentos de suicidio por la constatación de indicadores biológicos, en lo que constituye en sí mismo, una negación a la esencia vinculadora y comunicativa del ser humano, ya sea el “paciente” o el profesional mismo. Esta práctica trasciende la negación, e instituye una forma de sentirse la persona a sí misma, menos empática, y más tendiente a comprenderse a sí misma utilizando los discursos clínicos y socialmente prestigiosos que esta propone. Esta es la razón por la que hay un reto importante en lograr una profesionalización médica más narrativa y humanista.

Este entramado multidimensional necesita y produce *emergencias axiológicas*. El exitismo y el individualismo aíslan progresivamente a las personas unas de otras, pueden destruir el tejido social, y atraparnos en una lógica productivista en la que la autoestima depende de lo efímero y el distanciamiento simbólico de los otros. Se reproduce así un ciclo contradictorio, en el que justamente en nombre del bienestar podemos quedar atrapados en la soledad y la presencia inexistente para otros.

## Referencias bibliográficas

- Acosta, J. y Useche, A. (2016). “Subjetividad, salud mental y neoliberalismo en las políticas públicas de salud en Colombia”, *Athenea Digital*, vol.16, Núm. 2: 139-168.
- Amador, G. (2015). “Suicidio: consideraciones históricas”, *Revista Médica La Paz*, vol. 21, Núm. 2: 91-98.

Otra de estas articulaciones emergentes entre lo político, lo económico, lo disciplinar y lo cultural son las *políticas públicas*. Estas son un foco prioritario para poder comprender la salud mental del ser humano como una totalidad, que sin embargo han sido establecidas fundamentalmente desde una lógica racional de costo-beneficio, dejando de lado lo que representan las oportunidades, el empoderamiento, y el pensar la salud como un derecho humano fundamental que cuando no se puede pagar cobra vidas.

En este escenario histórico, el intento de suicidio aparece como una realidad cultural y singular que aun así, puede expresar la inconformidad de la persona con una normalización histórica que puede abarcar formas de pensar y sentirse tanto a sí mismo como a los otros. Sea que la persona desea morir o no con su intento, hay una realidad innegable que necesita ser abordada mediante otras formas de organización social más humanistas, y el diálogo con otros saberes: *el intento de suicidio puede ser una expresión de aquellos a quienes se les ha negado la voz, de aquellos que se la han negado a sí mismos como resultado de la vivencia de identidades construidas hegemónicamente, o de quienes desean consciente o inconscientemente mejorar la vida social a la que se aferran, pero cuyo cambio no depende exclusivamente de su voluntad individual.*

- Barroso, A. (2018). *La significación del intento de suicidio como expresión de los procesos de construcción social del género: un análisis hermenéutico en el caso cubano*. Tesis doctoral en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana. México.

- Barroso, A. (2019). “Comprender el suicidio desde una perspectiva de género: una revisión crítica bibliográfica”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 39, Núm. 135: 51-66.
- Benavides, V., Melo, N. y Villalobos-Galvis, F. (2020). “Conducta suicida en Colombia: Una revisión sistemática”, *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, vol. 24, Núm. 3: 181-195.
- Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Brancaccio, M. (2013). “The Fatal Tendency of Civilized Society: Enrico Morselli’s Suicide, Moral Statistics, and Positivism in Italy”, *Journal of Social History*, vol. 46, Núm. 3: 700-715.
- Byung-Chul, H. (2013). *La sociedad de la transparencia*. Barcelona: Herder
- Byung-Chul, H. (2014). *Psicopolítica: Neoliberalismo y nuevas técnicas de poder*. Barcelona: Herder.
- Canetto, S. (1992). “Gender and Suicide in The Elderly”, *Suicide Life Threat Behav*, vol. 22, Núm. 1: 80-98.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: El significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. México: UNAM.
- Damasio, A. (2006). *El error de Descartes*. Madrid: Crítica.
- Domingo, J. y Novella, E. (2015). “Suicidio y crítica cultural en la medicina española del siglo XIX”, *Dynamis*, vol. 35, Núm. 1: 57-81.
- Fischer, S., Huber, C., Furter, M., Lorenz, I., Romy, M., Schwanzenegger, Ch., Ziegler, S., y Bosshard, G. (2009). “Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: The view of patients and physicians”, *Swiss WKLY*, Núm. 139: 333-338.
- Filho, A. (2000). *La ciencia tímida: ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Foucault, M. (2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Fuenmayor, J. (2014). “Política pública en América Latina en un contexto neoliberal: Una revisión crítica de sus enfoques, teorías y modelos”, *Cinta Moebio*, vol. 50: 39-52. <https://www.moebio.uchile.cl/50/fuenmayor.html> (consulta 2 de febrero de 2018).
- Heidegger, M. (1987). *De camino al habla*. Barcelona: Ediciones del Serbal-Guitard.
- Holmes, J. (2011). *Teoría del apego y psicoterapia. En busca de la base segura*. Madrid: Editorial Desclee de Brouwer.
- Horkheimer, M. y Adorno, Th. (1969). *Dialéctica del Iluminismo*. H.A. Murena (Trad.). Buenos Aires: Editorial Suramericana.
- Imberton-Deneke, G. (2014). “Vulnerabilidad suicida en localidades rurales de Chiapas: una aproximación etnográfica”, *Estudios Sociales y Humanísticos*, vol. XII: 81-96.
- Kim, G., Hyeong, A., Hyun, K. (2016). “Type of sexual intercourse experience and suicidal ideation, plans, and attempts among youths: a cross-sectional study in South Korea”, *BMC Public Health*, vol. 16, Núm. 1: 1-11.
- Kosik, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Luef, E. (2013). “Low Morals at High Latitude? Suicide in Nineteenth-century Scandinavia”, *Journal of Social History*, vol. 46, Núm. 3: 668-683.
- MacDonald, M. (1989). “The Medicalization of Suicide in England: Laymen, Physicians, and Cultural Change, 1500-1870”, *The Milbank Quarterly*, vol. 67: 69-91.
- Mann, J. (2003). “Neurobiology of Suicidal Behavior”, *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 4, Núm. 10: 819-828.
- Marcuse, H. (1993). *El hombre unidimensional*. Buenos Aires: Planeta-Agostini.
- Martínez, A. (2016). “El sufrimiento mental y conducta suicida en jóvenes que cursan un embarazo no deseado: una mirada en la Ciudad de México”. *III Encuentro Latinoamericano de Investigación en Psicología*. Universidad Cooperativa de Colombia.

- Martínez, A y Barroso, A. (2019). “Voz y experiencia de la salud/enfermedad en mujeres víctimas de violencia de género en sureste de México: Tabasco. ¿Por qué a mí me pasa esto? ¿Tengo que sufrir?”, *Revista Medicina Social*, vol. 12, Núm. 2: 100-109.
- Marx, K. (1959). “Capítulo I. La Mercancía”. En: *El Capital (Tomo I)*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Merleau-Ponty, M. (2002). *El mundo de la percepción*. Siete conferencias. México: Fondo de Cultura Económica, páginas.
- Muñoz, J. (2016). “Una reflexión en torno a las políticas públicas sociales de salud mental en México”, *Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, vol. 22: 117-149.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2014). Prevención del suicidio. Un imperativo global. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1) (consulta 8 de marzo de 2016).
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *National suicide prevention strategies. Progress, examples and indicators*. Geneva: World Health Organization.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar editorial.
- Sartre, J. (1984). *El ser y la nada*. Madrid: Alianza.
- Sepúlveda, V. (2012). Las intervenciones en Salud Mental del Estado en Chile como antesala hacia una alienación del sujeto. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad de Chile, Chile. <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/116314/Tesis%20FINAL%20FINAL%20al%2009-10-12.pdf?sequence=1> (consulta 12 de febrero de 2019).
- Stolkiner, A. (2013). “Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental”. En: Lerner, H. (Comp.). *Los sufrimientos. 10 psicoanalistas, 10 enfoques*. Buenos Aires: Psicolibro, 109-118.
- UNICEF. (2012). Suicidios adolescentes en pueblos indígenas. Tres estudios de casos. [http://www.iw-gia.org/publicaciones/buscar-ublicaciones?publication\\_id=575](http://www.iw-gia.org/publicaciones/buscar-ublicaciones?publication_id=575) (consulta 8 de marzo de 2016).
- Vegetti, M. (1981). *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*. Barcelona: Península.
- Widger, T. (2015). *Suicide in Sri Lanka: The anthropology of an epidemic*. United Kingdom: Routledge, 1-55.