

El rechazo de vivir

Manuel Desviat

El suicidio es una de las acciones más complejas e insondables del ser humano y uno de los mayores problemas de salud pública. ¿Atentado contra un dios creador? ¿Egoísmo? ¿Altruismo? ¿Cobardía? ¿Inestabilidad emocional? ¿Acto de libertad? "Vivo porque puedo morir cuando quiera", exclama Cioran. O en palabras de otro suicida: "No tengo ningún miedo del porvenir desde que oculté un revolver cargado entre los muelles de mi cama" (Roorda). ¿Capacidad ó incompetencia debido a una alineación psicopatológica? Aquel que se mata tiene que estar loco, escribe Esquirol. La psiquiatría viene, con los primeros alienistas, a dar una causa médica a la muerte voluntaria, a la muerte por la propia mano, explicando la conducta suicida como un hecho patológico, consecuencia de una enajenación mental o manía, hasta el punto de atribuir a la locura cualquier fallecimiento al que no se le encontrara una causa natural. Mas pronto este arrebato medicalizador no puede ignorar que, aunque el suicidio es frecuente entre los enfermos mentales, buena parte de las conductas suicidas se dan en personas a las que difícilmente se les puede considerar enfermos psíquicos. Por otra parte, salvo en los casos, no tan frecuentes, de los estados delirantes o alucinatorios, los motivos por los que la gente se suicida suelen ser los mismos, sean enfermos mentales o no. La dimensión abrumadora de los datos epidemiológicos: cien suicidios al día en todo el mundo, el uno por ciento de todas las muertes; más de un millón de personas todos los años de todos los países, edades y confesiones, evidencia hasta qué punto la muerte voluntaria trasciende una mera explicación emocional o psicopatológica. Con un cambio socialmente alarmante en el per-

fil del suicida: los mayores han dejado de ser, o están dejando de ser, los más representados, predominando la franja de 15 a 35 años de edad, entre los que llega a ser la primera causa de muerte en algunos países, como Francia. Cifras que no han disminuido con el mayor bienestar en las sociedades más avanzadas, todo lo contrario. En España, por ejemplo, se ha pasado de una tasa de 5,4/10⁵ en los oscuros y míseros años 50 del pasado siglo a 8,4 en el año 2000. Sin duda, la alineación social, el desempleo, el desarraigo, o la anomia a la que se refería Durkheim, son factores predisponentes, como lo son la sanción cultural de ciertas formas de autoaniquilación comunes en varias sociedades asiáticas y entre pueblos indígenas de Latinoamérica (los suicidios religiosos, la inmolación de las viudas en la India...). Sin duda, el suicidio interroga al orden mundial, a sus centros de poder económico y político, sobre formas de vida no vivibles, condiciones de hambruna, temor y humillación difícilmente tolerables y sin salida; pero también nos interpela sobre las formas de vida de las sociedades opulentas, la soledad, la insolidaridad, la aculturación, la idiocia social, esa patología social cada vez más emergente en las grandes ciudades, que psicopatiza los comportamientos, especialmente entre los jóvenes (la emergencia de conductas suicidas y autoagresiones como forma de expresión, como señalan los artículos de María Diéguez, Ana Moreno y Ana González). Y, cómo no, la conducta suicida nos sitúa ante una cuestión existencial, inextricablemente subjetiva: juzgar si la vida vale la pena o no vivirla, como bien señala Camus, es responder a la pregunta fundamental de la filosofía. O lo que es lo mismo, de la existencia.

En esta situación, podemos comprender que el problema para el clínico no es fácil. No es fácil cómo afrontar desde la clínica la muerte por la propia mano, su tratamiento, ni es fácil el diseño de los programas de su prevención, sobre todo por el riesgo de psiquiatrizar el acto suicida. No hay que olvidar que todavía hoy en muchos países es un delito, un atentado contra el orden social. Atentado contra la comunidad religiosa, contra un dios creador y un Estado propietario, como lo era en el Derecho Romano para los esclavos, no para los patricios. Un delito por el que se llegó a confiscar sus bienes, como hoy se destruyen las casas de los palestinos hombres-bomba, aunque esa es otra cuestión, como bien señala Paco Pereña en este mismo número de *Átopos*. La mayoría de los estudios de investigación sobre el suicidio, recogidos por José Manuel Bertolote y A. Fleischmann en su artículo, reflejan claramente los puntos de vista ideológicos y etiológicos de sus autores y abordan los factores que los autores consideran más relevantes, ignorando por completo los demás factores, lo que dificulta los programas de prevención en todos los países. Una vez más la psiquiatría, la psicología, los profesionales de la salud mental, deben buscar en el respeto a la persona, en la ética, el soporte de su actuación al abordar el riesgo suicida, ayudando

técnicamente a la persona en riesgo, colaborando en la prevención con las autoridades sanitarias, conscientes de la importancia de la psicopatología en una buena parte de las conductas suicidas, como lo señalan las autopsias psicológicas. Considerar los factores sociales, antropológicos, existenciales de la conducta suicida no significa inhibirse en la obligación de las sociedades de disponer de unos servicios sanitarios eficaces, capaces de actuar temprana y sostenidamente, y de desarrollar programas de prevención sobre los factores de riesgo tanto para el suicidio como para prevenir las situaciones adversas que precipitan la conflictividad emocional que en la mayoría de los casos subyace en la decisión suicida.

Bibliografía.

Camus A. El mito de Sísifo. OC. Tomo III. Madrid: Alianza, 1996.

Cioran EM. El aciago demiurgo. Madrid: Taurus, 2000.

Esquirol J.E.D. Des maladies mentales. Paris: Frénesie, 1989.

Pinel Ph. Tratado médico-filosófico de la enagenación mental o manía. Madrid: Nieva, 1988.

Roorda H. Mi suicidio. Madrid: Trama, 2004.



Escena de suicidio doble, de Masahiro Shinoda. 1969.