

DOI: <https://doi.org/10.29092/uacm.v21i56.1124>

EL GOBIERNO DE SÍ EN LAS GUÍAS DE PREVENCIÓN Y POSTVENCIÓN DEL SUICIDIO

Andy Eric Castillo Patton*

RESUMEN. El problema del suicidio es habitualmente confrontado con el despliegue de medidas dirigidas a reducir tentativas y muertes mediante la prevención, intervención y postvención. Sin embargo, se tiende a obviar que la aplicación de estos niveles de atención, inscritos en la hegemonía de la práctica clínica y las disciplinas psi, recae en estrategias de gobierno de la subjetividad, concretamente de un gobierno de sí. Bajo esta premisa, se analizan cuatro guías en castellano, tres internacionales y una nacional (España), que compendian un conjunto de prácticas y tecnologías del yo que demandan una (auto)contención del suicidio a los principales afectados: los supervivientes. A este respecto, el texto presenta una novedosa perspectiva problematizadora del gobierno del suicidio y sus lógicas terapéuticas.

PALABRAS CLAVE. Gubernamentalidad; postvención; prevención; suicidio; terapia.

SELF-GOVERNANCE IN THE GUIDES OF SUICIDE PREVENTION AND POSTVENTION

* Actualmente es Personal Investigador en Formación en la Universidad Complutense de Madrid – Instituto TRANSOC, España. La elaboración del presente texto se desarrolla en el contexto de la adjudicación del contrato CT63/19-CT64/19 (Convocatoria 2019) adscrito al Programa de Financiación de Universidad Complutense de Madrid – Banco Santander. Correo electrónico: aecastillopatton@ucm.es

ABSTRACT. The problem of suicide is usually confronted by the implementation of measures aimed at reducing attempts and deaths through prevention, intervention, and postvention. However, there is a tendency to overlook the fact that the application of these measures relies on strategies of the governance of subjectivity that belong to the hegemony of clinical practice and mainstream psy disciplines. Accordingly, this research analyses four guides in Spanish, three international and one national (Spain), that set a series of practices and technologies of the self that tend to place the responsibility of (self)containment on the mainly affected by suicide: survivors. Therefore, this text presents a recently developed perspective that problematizes the governance of suicide and its therapeutical logics.

KEY WORDS. Governmentality; postvention; prevention; suicide; therapy.

INTRODUCCIÓN

La atención al suicidio en sus distintos niveles de actuación –prevención, intervención y postvención– tiene en común el objetivo de la contención de dicho fenómeno *ex ante*, durante y *ex post* a su acontecimiento. Esto se pone en relación con los niveles recomendados de la atención sanitaria –indicada, selectiva y universal–, en los que tanto las prácticas (psico)terapéuticas como las políticas públicas van dirigidas al control o, por lo menos, al alejamiento probabilístico del suicidio en individuos, grupos vulnerables y la población en general (OPS y OMS, 2014). En este sentido, la práctica clínica y la implementación de estas estrategias de contención despliegan lo que podría denominarse como un “gobierno del suicidio”, entendiendo “gobierno” como la forma de “estructurar el posible campo de acción de los otros” (Foucault, 1988, p. 15). Noción que se fundamenta en la definición de Foucault del ejercicio del poder como “conducción de conductas” y “arreglo de probabilidades” (Foucault, 1988, p. 15). Sin embargo, este gobierno del suicidio –una vigilancia coparticipada “de los otros” en tanto que disposición observadora y correctiva de ideaciones y actos (Oaten

et al., 2023)–, también resulta en un “gobierno de sí” (Rose, 1990, 2007; Foucault, 2009). Este gobierno de uno mismo en la contención del suicidio se advierte en las pautas e instrucciones que se publican en diferentes guías, manuales y recursos de apoyo terapéutico, donde son manifiestas unas técnicas de sí como eje de la (auto)intervención, sobre todo en las dimensiones de la prevención y la postvención del suicidio.

Bajo este enfoque problematizador, este estudio ahonda en el análisis de qué tipo de tecnologías del yo se establecen en diferentes publicaciones de referencia internacional como la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP). A este respecto, se ha prestado especial atención a cómo son recogidas y reformuladas dichas técnicas de (auto)contención del suicidio en España, en diálogo con los textos de dichas autoridades del conocimiento tanto experto como situado. Así, esta investigación presenta un examen novedoso de cuestiones apenas tratadas en el estudio del suicidio por parte de disciplinas consideradas como “centrales” –relativas a las Ciencias de la Salud, sobre todo Psiquiatría y Psicología–, y “periféricas” –por ejemplo, Sociología o Ciencia Política–. En consecuencia, este texto se inserta en una corriente minoritaria, si bien en reciente auge, de la Suicidología Crítica, que examina el suicidio desde una óptica de las relaciones de poder tanto dentro como fuera de la práctica clínica (Velasco Salles y Pujal i Llombart, 2005; Hacking, 2008; Marsh, 2010; Button, 2016; Hjelmeland y Knizek, 2017; Chandler, 2020; Oaten *et al.*, 2023; Baril, 2023).

I. FOUCAULT Y EL SUICIDIO: SOBRE LOS MANDATOS Y VOLUNTADES EN DISPUTA

1.1 Tecnologías de poder y tecnologías del yo en la obra de Foucault

Las nociones de Foucault (2006, 2008, 2016) en torno a las “tecnologías de poder” dan cuenta de la definición de una constelación de razones prácticas, técnicas y discursos “que determinan la conducta de los individuos, los someten a cierto tipo de fines o de dominación, y consisten en una objetivación del sujeto” (Foucault, 2008, p. 48). Esta comprensión de las tecnologías de poder tiene su particular expresión en los “mecanismos de seguridad” de la

biopolítica y la anatomopolítica, siendo la primera el compendio de lógicas y estrategias de regulación del conjunto de la población –el “cuerpo-especie”–; mientras que la segunda se dirige hacia el registro y el disciplinamiento de los cuerpos y sus características individuales (Foucault, 2016, p. 146 y ss.). Sin embargo, según hace ver el propio Foucault (2008), las tecnologías de poder no posibilitan por sí solas una “gobernabilidad” plena o eficaz del sujeto. De ahí el apuntalamiento de una estructura de gobierno y dominación por parte de las “tecnologías del yo”, definidas como lo que:

Permiten a los individuos efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos con el fin de alcanzar un cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría o inmortalidad. (Foucault, 2008, p. 48)

De este modo, las tecnologías del yo representan no sólo una interiorización de ciertas lógicas de control y disciplinamiento de uno mismo, sino también la conformación de una serie de pautas y reglas de cómo estar en el mundo que son retroalimentadas por “tecnologías de producción” y “tecnologías de sistemas de signos”, es decir, por materializaciones y actos comunicativos (Foucault, 2008). Asimismo, según Foucault, las tecnologías del yo comprenden una serie de técnicas de “cultivo de sí” que se refieren a una singular genealogía en donde el autor francés analiza el desarrollo y transformación de las relaciones con uno mismo a partir de selectos preceptos filosóficos y teológicos que transitan desde la Grecia Clásica hasta la consolidación del cristianismo (Foucault, 2002, 2008, 2009), aspecto que problematiza con la propia noción de libertad y su relación con el desvelamiento de la “verdad”.

En este sentido, las tecnologías del yo y el cultivo de sí se ponen en relación con aforismos griegos como el *epimelesthai seautón* (“ocuparse de uno mismo”) y el estereotipado principio del *gnóthi seautón* (“conocimiento de uno mismo”), los cuales sirven de fundamento de prácticas como la *parresía* –“hablar franco” o “discurso valiente” (Butler, 2020)– o la confesión (Foucault, 2008). Sin embargo, el interés de estas observaciones se encuentra en que, según Foucault (2009, pp. 59 y ss.), para un correcto gobierno del sujeto es necesaria la opinión válida y ponderada de un otro que “hable

franco”, además de poseer una autoridad y reputación suficientes que permiten que éste sea una suerte de “maestro” o “guía espiritual”. Es decir, se requiere de un “experto” o “gobernador” que practique una escucha hábil a la par que el sujeto trabaja a favor de unos objetivos y el cuidado de una verdad “interior” de origen externo, en tanto que enunciado validado por la mirada y palabra ajena.

Por tanto, estas cuestiones en torno a las tecnologías del yo permiten al individuo estar en el mundo a través de un continuo cuidado o cultivo de sí que resulta en prácticas que obran como métodos donde las aspiraciones de plenitud se enhebran con técnicas de sostenibilidad moral y, por ende, emocional (Rose, 1990, 2007; Illouz, 2010). Con todo, en la actualidad el conocimiento de sí se estima como principio de mayor peso que el cuidado de sí, si bien ambos se hallan interrelacionados a través del paradigma del individualismo y una cultura inscrita en el *ethos* terapéutico.

1.2 La problematización del suicidio desde una óptica (post)foucaultiana

En directa correspondencia con las tecnologías de poder y las tecnologías del yo, los mandatos morales de raíz judeocristiana en torno a la sacralización de la vida encaran un grave conflicto en la discusión pública en torno al suicidio, en tanto que se estima como un importante fallo moral, bien por parte del suicida y/o de quienes le rodean. Esta apreciación, más allá de las lecturas psicopatológicas en torno al suicidio y la genealogía de su psiquiatrización (Marsh, 2010, 2013), encuentra en Foucault una clara crítica dirigida a los modos de “hacer vivir” por los que se caracteriza la biopolítica y la lógica sobre la que se erige el régimen de la gubernamentalidad. De ahí que se declare que el suicidio “fue una de las primeras perplejidades de una sociedad en la cual el poder político acababa de proponerse como tarea la administración de la vida” (Foucault, 2016, p. 147).

De este modo, para Foucault (1999; Romero y Gonnet, 2013), el suicidio es visto como un desafío político en el cual se expresa y se reafirman la voluntad individual moderna en el sentido descrito por Nietzsche (1982) en relación con el suicidio “soberano” o una muerte en nuda libertad (*freier Tod*). Sin embargo, Foucault apenas profundiza en los aspectos que tanto definen como conducen al suicidio. Esto contrasta con contribucio-

nes periféricas a esta cuestión como las referidas a la lucha de voluntades en *El poder psiquiátrico* (Foucault, 2005), donde el psiquiatra –“amo de la realidad” (p. 136)– disputa y guía la conformación de conductas, subjetividades y verdades patologizadoras más allá de la consulta psiquiátrica. En este sentido, tal y como señala Ian Marsh (2010, p. 4), el suicidio se inscribe en una “obligada ontología de la patología” donde se medicalizan una serie de malestares y comportamientos referidos a la muerte por propia mano que Foucault trata de forma puntual e, incluso, con ambigüedad. Sin embargo, otros escritos del pensador francés contribuyen al diálogo de cómo se (des)encaja el suicidio en el nacimiento y conformación de la clínica moderna y los regímenes de verdad.

A este respecto, investigaciones que se insertan en el campo de la Suicidología Crítica ven cómo la prevención del suicidio suele ajustarse a un régimen de vigilancia y securitización biopolítica donde esta pluralidad de conductas –ideación, gestos, tentativas, etcétera– se contemplan bajo un enfoque epidemiológico propio de un paradigma salutogénico e higienista (García-Haro *et al.*, 2020; Chandler, 2020; Oaten *et al.*, 2023; Baril, 2023). Esto se tiende a trasladar a diseños de políticas públicas, es decir, acciones de gobierno, que ubican el suicidio en el rango de intervención de la salud mental, concretamente las enfermedades mentales.

Esto se aprecia en aquellas nociones, tal y como sería el ejemplo de referencia del DSM-5 (APA, 2014), que redundan en identificar estigmas y estereotipos que asocian ideas, tentativas y muertes –a veces voluntarias y otras veces no tanto, dado que algunas están forzadas por su contexto o circunstancias personales (ver Durkheim, 2015)– con desajustes orgánicos, de naturaleza química y neurológica, y/o desregulaciones emocionales severas. Por tanto, y según este régimen de verdad, las Administraciones Públicas y los comités de expertos redundan en lo que se identifica como una agenda del “sentido común” de la prevención del suicidio (Velasco Salles y Pujal i Llombart, 2005; White, 2017; Castillo Patton y Carretero García, 2022) y su inclusión como cuestión de Salud Pública (Bimbela Pedrola, 2023). En consecuencia, esta racionalización del suicidio se expande hacia la detección temprana, la intervención y la postvención como diferentes fases de un mismo propósito biopolítico: la contención de toda conducta dirigida hacia la autolesión y/o la autodestrucción “voluntarias”.

2. MATERIALES DE ESTUDIO: GUÍAS TERAPÉUTICAS Y RECOMENDACIONES DOCTRINALES

La problemática del suicidio en las sociedades actuales se tiende a expresar en la materialización de una serie de estudios clínicos mediante escalas psicométricas y el examen de las estadísticas que tratan de (de)mostrar el impacto cotidiano de este tipo de muerte y sus conductas asociadas (Beck, Kovacs y Weissman, 1979; Shneidman, 1998; Silverman *et al.*, 2007; Pompili, O'Connor y van Heeringen, 2020). De entre las múltiples aproximaciones, en las que se tienen en cuenta aspectos tanto en términos absolutos –datos en bruto– como relativos –tasas–, el suicidio tiende a compararse entre poblaciones y regiones, instituyéndose una gravedad de su acontecimiento independientemente de las variables que operan en su visibilización. Esto se destaca en las directrices que se formulan desde instancias internacionales como la OMS –institución que si bien reconoce de sus límites y las fronteras de su conocimiento real acerca del suicidio–, que opera como principal fuente de conocimiento y legitimidad en el diseño, organización y recomendación de estrategias antisuicidas (OMS, 2012, 2016, 2018). Puede apreciarse esto en una serie de periódicas alertas que nombran al suicidio como una “emergencia de salud pública” de proporciones globales (OMS, 1969, 2000; OPS y OMS, 2014, 2018), alertas que son replicadas y asumidas por gobiernos y entidades supranacionales como la Unión Europea (Comisión Europea y OMS, 2008).

A este respecto, la OMS, junto con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) y, en menor medida, la IASP o la Asociación Americana de Suicidología (ASA), se posicionan como autoridades en el sentido de lo que se estima como la capacidad de autor reconocido de la producción de un discurso de carácter doctrinal o recomendado. En este sentido, acudiendo a la “caja de herramientas” de Foucault (1985) y su particular propuesta metodológica centrada en el análisis de los sistemas de discurso, las “doctrinas” establecidas por “grupos doctrinales” serían aquellas fórmulas que permiten la multiplicación controlada de un discurso, modulando la forma y contenido del enunciado más que al sujeto que lo pronuncia (Foucault, 2019, p. 33 y ss.). Esto sería un mecanismo de adhesión del individuo y del acto de habla que permiten una doble sumisión del discurso en el sentido referido a

cómo los sujetos se someten a los discursos y cómo los discursos se someten al grupo, es decir, cómo se disponen las bases de lo que conforma una ortodoxia de lo decible e, incluso, de lo pensable. Asimismo, esta concepción de lo doctrinal en la autoridad de la OMS recoge una constelación interpretativa y semántica referida a una particular percepción normativizada del suicidio (Velasco Salles y Pujal i Llombart, 2005; Marsh, 2010; Hjelmeland y Knizek, 2017); que, a su vez, es recogido y reproducido por otros grupos doctrinales como sociedades científicas (p. ej. APA), comités técnicos (p. ej. Administraciones Públicas) o asociaciones ciudadanas como, por ejemplo, grupos de supervivientes del suicidio.¹ En consecuencia, lo doctrinal se identifica con los procedimientos de regulación de acceso a un específico uso del discurso donde se posibilita un orden y disciplina que legitima lo que se está diciendo y, en consecuencia, dirigiendo. De ahí que Foucault defina la disciplina como:

Un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas verdaderas, un juego de reglas y de definiciones, de técnicas y de instrumentos: una especie de sistema anónimo a disposición de quien quiera o de quien pueda servirse de él, sin que su sentido o su validez estén ligados a aquel que ha dado en ser el inventor. (Foucault, 2019, p. 33)

Por tanto, la producción y publicación de guías para la prevención del suicidio sigue unos cauces doctrinales y disciplinarios que sirven de instrumento para la ritualización de un (acto de) habla y la reproducción de un léxico, perseverando en una forma de comprender y enmarcar el suicidio. En este sentido, se han seleccionado para el presente estudio tres guías internacionales y una nacional, relativa al ámbito de España, que se postulan como de referencia actual en la conformación de estrategias de prevención y postvención del suicidio (Tabla 1).

¹ Aquí se entiende por “superviviente” aquellos familiares, allegados y amistades que tienen conexión con un suicidio, normalmente con resultado de muerte. Sin embargo, algunos usos en castellano usan de igual manera la noción de “sobreviviente”, si bien hay autorías que los ven como conceptos distintos (Blanco, 2020; Castillo, 2023). Esta diferenciación se da para distinguir entre quienes sobreviven a un intento de suicidio y quienes “superviven” después de la muerte de un ser querido. Con todo, la ASA, recomienda hablar de “afectados por el suicidio” para evitar esta confusión terminológica y conceptual (Jackson, 2015, p. 1).

TABLA I. MATERIAL EMPÍRICO: GUÍAS DE PREVENCIÓN Y POSTVENCIÓN DEL SUICIDIO

Documento		Autoría	Año	Ámbito
D1	<i>Prevención del suicidio: ¿cómo establecer un grupo de supervivientes?</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Organización Mundial de la Salud (OMS) • Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP) 	2000 (revisada en 2008)	Internacional
D2	<i>Sobreviviendo una pérdida por suicidio: Guía de recursos y sanación</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Fundación Americana para la Prevención del Suicidio (AFSP) 	2010	Internacional
D3	<i>SOS. Supervivientes de un suicida. Manual para enfrentar el suicidio de un ser querido</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación Americana de Suicidología (AAS) 	2015	Internacional

Documento		Autoría	Año	Ámbito
D4	<i>Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida</i>	<ul style="list-style-type: none"> Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida (Avalia-t) Ministerio de Sanidad del Gobierno de España 	2012 (revisada en 2020)	España

Fuente: elaboración propia.

El principal criterio respecto a por qué se han escogido estas guías es por su relevancia como bibliografía de referencia en el ámbito constitutivo de las comunidades terapéuticas y/o los grupos de apoyo mutuo. Asimismo, esta selección de guías en castellano da cuenta del trabajo de difusión que practican entidades eminentemente angloparlantes en la traducción de materiales y propuestas disponibles no sólo para gobiernos, sino también para asociaciones profesionales y agrupaciones ciudadanas. Si bien se puede apreciar que algunos de estos recursos (D2, D3) se dirigen a las comunidades hispanas en Estados Unidos, lo singular de estas traducciones desde el inglés es la perseveración de un modelo de prevención, intervención y postvención del suicidio de pretensiones globales en el que se yuxtaponen diversas lógicas universalistas. Por un lado, en torno a qué es y cómo se comprenden las conductas autolesivas con finalidad autodestructiva.² Por otro

² Según diversos estudios, las conductas autolesivas se distinguen en suicidas y no suicidas. Estas últimas se les conoce por el acrónimo de ANS (Autolesiones No Suicidas), en inglés NSSI (*Non-Suicidal Self-Injuries*). Las ANS no representan una explícita intención de muerte, si bien es un debate aún en boga en las disciplinas psi y en la intervención de los servicios sociales.

lado, la comprensión neutra del sujeto suicida, sin atender a las diferencias por razón de género o el reconocimiento explícito de la OMS referido a las diferencias culturales (OMS e IASP, 2008; OPS y OMS, 2014).

En este sentido, la prevención y la postvención suelen presentarse como dos dimensiones independientes, en tanto que se tiende a estimar que toda postvención conlleva una prevención –siempre mediada por algún tipo de intervención–. Ello se justifica porque supervivientes y/o sobrevivientes³ son perfiles de alto riesgo en el posterior desarrollo de conductas suicidas (OMS e IASP, 2008; Andriessen, 2009; Jackson, 2015; Jordan, 2017). Por tanto, las recomendaciones y estrategias terapéuticas de estas guías se dirigen no sólo hacia la sanación psicológica y moral de los afectados por el suicidio, sino también a la prevención activa. Esto redundará en el paradigma de la vigilancia epidemiológica del suicidio que destacan algunas investigaciones por las que toda intervención, sea *ex ante*, estrictamente durante o *ex post*, se dirige a un gobierno y un discurso que conduce al mandato del “deber vivir” (Velasco Salles y Puja i Llombart, 2005; Oaten *et al.*, 2023; Baril, 2023). Consecuentemente, estas guías están sembradas de consejos, pautas y directrices que se refieren a una serie de tecnologías del yo y de técnicas de cuidado de sí que operan, bajo términos salubristas (Bimbela, 2023), no sólo hacia la sanación de un alma herida por un dolor indescriptible; sino que también se dirigen a un examen introspectivo de elementos potencialmente perniciosos, e incluso letales, para uno mismo. Elementos que, en definitiva, obstruyen la consolidación de un modelo de sujeto y ciudadano funcional en tanto que (pro)activo y autónomo.

3. ANÁLISIS DE LAS TECNOLOGÍAS DEL YO EN LAS GUÍAS DE GOBIERNO DEL SUICIDIO

3.1 La prevención y postvención del suicidio bajo una comprensión terapéutica

La problematización hegemónica del suicidio se estructura de acuerdo con una concepción que persevera en una verdad clínicamente comprobada que

³ Ver la nota a pie de página número 2. Cabe tener presente que en inglés “*survivor*” se puede traducir tanto como “superviviente” como “sobreviviente”, si bien en este texto se trata de respetar la diferencia.

estima que el 90% de los casos de esta muerte se da bajo la coexistencia de una enfermedad mental, normalmente relativa a un trastorno depresivo (Cavanagh *et al.*, 2003; OPS y OMS, 2014; OMS, 2018). Sin embargo, diversas perspectivas críticas consideran que este 90% redundante en estudios no excesivamente contrastados y relativos a la extrapolación de casos clínicos, es decir, referidos exclusivamente al ámbito ambulatorio y hospitalario (Marsh, 2010; Hjelmeland y Knizek, 2017; García-Haro *et al.*, 2020). Con todo, lo relevante de esta apreciación no es tanto su (in)exactitud o parcial veracidad, sino la solidez de los (pre)juicios, estereotipos y “verdades” médicas en torno al suicidio y su vínculo con un desorden mental que, a su vez, se traduce en una desorganización moral. Esto es relevante en tanto que la racionalización del suicidio de acuerdo con criterios médicos presenta una paradójica desresponsabilización del sujeto, si bien contempla una susceptible condena o juicio moral. Por ejemplo, la principal guía de la AFSP establece que:

El suicidio es, principalmente, un problema de salud. Muchas personas que se suicidan presentaban síntomas de una afección de salud mental en el momento de su muerte. Es probable que esta afección de salud mental no se haya diagnosticado o que haya sido diagnosticada y tratada, pero el tratamiento no evitó que su ser querido se suicidara. (AFSP, 2010, p. 4)

La movilización de esta verdad implica un discurso que no sólo trata de disipar la responsabilización del suicidio por parte de allegados –potencialmente sumidos en la congoja, el enfado, la culpa y/o la vergüenza–, sino que interpela a una “realidad oculta” del suicidio que dificulta su detección a la par que explicita el trastorno social que genera. De ahí la justificación de la intervención para su prevención activa por parte de diferentes actores. Este tipo de aseveración se encuentra con frecuencia en otras guías de referencia donde se trata de justificar la importancia de prevenir el suicidio:

Debido a que es un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de

actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención. (OMS e IASP, 2008, p. 4)

Esta visión integral y exhaustiva –con especial énfasis en la dimensión comunicativa y de la necesidad de un mayor control tanto clínico como político–, comprende el suicidio como una plaga o epidemia social requerida de una comprometida participación pública donde caben diferentes colectivos profesionales y saberes científico-técnicos. Además, este diagnóstico se compenetra con una visión comunitaria que “democratiza” y moralmente corresponsabiliza la prevención del suicidio, poniéndolo como un valor en sí mismo:

La prevención del suicidio no solo es importante para las personas y las familias, sino que también promueve el bienestar de las comunidades, y beneficia al sistema de atención de salud y a la sociedad en general. (OPS y OMS, 2018, p. 2)

Por tanto, además de que recientemente la OMS (OPS y OMS, 2023) ha comenzado a explicitar con mayor frecuencia que no todos los casos de suicidio tienen que ver con la enfermedad mental y que son asunto colectivo –algo ya apuntado en investigaciones sociológicas de finales del siglo XIX como la de Durkheim (2015)–, los recursos e intervenciones que se recomiendan redundan en acciones y mensajes terapéuticos que no se alejan en exceso de la concepción decimonónica del suicidio como una “enfermedad moral” (Marsh, 2010; Cuevas Cervera, 2011). De este modo, se trata de hacer de un problema científicamente considerado como individual en un asunto requerido de vigilancia colectiva para maximizar su control (Button, 2016; White, 2017; Oaten *et al.*, 2023), representando incluso una oportunidad para el cambio social a través de la reforma espiritual (Bimbela, 2023). Sin embargo, el ejercicio de este control biopolítico es insuficiente en tanto que no alcanza a la raíz del problema: la psique. Por ello el control comienza

por el autocontrol, por la instrucción de un (auto)disciplinamiento eminentemente anatomopolítico que aleje toda probabilidad o posibilidad de suicidio o que, al menos, afine los sistemas de alerta y detección temprana hacia uno mismo y entre pares.

Un ejemplo de esto, además de los consejos recogidos en las guías internacionales, es el tipo de lemas que se emplean en la campaña anual con motivo del Día Mundial para la Prevención del Suicidio, fijado cada 10 de septiembre. En 2023 el eslogan en español era “Creando esperanza a través de la acción”, lo cual, para un *lego* en el ámbito de la prevención del suicidio es fácil la asociación de esta frase con un lema religioso y la consideración de que el suicidio tiene que ver fundamentalmente con el problema de la desesperanza, tal y como proponen algunos reputados suicidólogos (Beck, Kovacs y Weissman, 1979; Shneidman, 1998). Consecuentemente, el suicidio se trata de una conducta arquetípicamente inscrita en la psique de un individuo sumido en el dolor, sin rumbo y falta de objetivos, es decir, desmoralizado, que ubicado en una situación en riesgo de de-sujeción en tanto que se ve ante una ambivalencia entre vivir o morir. En definitiva, esto interpela a un estado “falta de firmeza”, tal y como se define parte de la etimología de “enfermedad” (*infirmitas*), además de otras comprensiones como “fragilidad” o “debilidad”.

De ahí que el papel del (psico)terapeuta sea reequilibrar la funesta indecisión hacia una elección racional de la vida frente a la irracional opción de la muerte, una “falsa solución” a los problemas o malestares del sujeto aquejado (Shneidman, 1998). Este sería el principal rol de la Medicina y las disciplinas sanitarias en general, que se encomiendan la “reinserción” de los “enfermos” (*ill*) y “dolientes” (*sick*) a una normalidad y funcionalidad social más allá de las insuficiencias físicas y/o psicológicas de origen (Parsons, 1951; de Miguel, 1978). Por esto mismo el suicidio es un problema de salud pública, en tanto que perturba profundamente la cotidianidad de miles de personas –por cada suicidio registrado se estiman que hay entre cuatro y seis afectados (Baudelot y Establet, 2008)–, además de considerarse como un problema de naturaleza médica que los propios “expertos” son incapaces de abordar en su totalidad y complejidad, si bien se le aplica el paradigma salubrista de manera sistemática.

En este sentido, la acción terapéutica que se recomienda en la prevención del suicidio no dista en exceso con prácticas espirituales y religiosas referidas a un cultivo de sí, dirigidas hacia una (re)instauración de la “firmeza” tanto del espíritu como del cuerpo. En definitiva: un correcto gobierno de uno mismo o de sí. Aquí cabe recordar cómo Foucault señala que lo terapéutico conecta con los rasgos de la secta alejandrina de los *Therapeutae*, un “oscuro y enigmático grupo en la periferia entre la cultura helenística y la hebreaica, [...] marcado por su religiosidad” (1981/2008, p. 53), donde el “cuidado de sí” implica una contemplación constante del alma. Asimismo, la arcaica noción griega de “terapia” (*therapeia*) no sólo se refiere etimológicamente a un acto de “sanación” o “tratamiento”, sea en un sentido real o figurado –y del contexto–, sino que su lexema o raíz lo pone en relación con prácticas de “servidumbre”, “culto”, “cultivo” o “cuidado” donde se insta a la preparación y anticipación ante un acontecimiento desafiante u hostil, normalmente mostrando habilidad y/o diligencia. El mejor ejemplo de esta cuestión, en línea con el texto *Tecnologías del yo* de Foucault al tratar sobre el “interés por uno mismo” (2008, p. 54), se encuentra en que la referencia de Platón en el diálogo de *Alcíades* tiene su máxima expresión en el consejo délfico-socrático del aprendizaje y la autocontemplación permanentes. Estas comprensiones sobre el cuidado de sí y el conocimiento de sí se ven revalidadas en la noción previsor y disciplinaria de un tipo de modulación de actitud ante la vida en la cual Platón, en la *Politeia*, dice:

Frente a la suerte echada hay que disponer los propios asuntos del modo que la razón escoja como el mejor; y no hacer como niños, que, tras haberse golpeado, se agarran la parte afectada y pasan el tiempo dando gritos, sino acostumbrar al alma a darse a la curación rápidamente y a levantar la parte caída y lastimada, suprimiendo la lamentación [*threnoidan*] con el remedio [*iatriki*]. (Platón, 1988, p. 472 [604d])

A este respecto, Platón propone que la sanación requiere de un acto previo de preparación en el que opera la razón –sinónimo de madurez–, siendo ésta tanto una actitud como una habilidad del cuidado de sí que diferencia la virtud terapéutica de la pasión desconsolada, “parte irracional, perezosa y

amiga de la cobardía” (Platón, 1988, p. 473 [604e]). De este modo, al igual que Foucault identifica en los consejos de los filósofos (neo)platónicos, (neo)epicúreos y (neo)estoicos una serie de enseñanzas y observaciones referidas a unas técnicas de cuidado de sí y de conocimiento de sí, en los textos escogidos para este estudio se advierte de un discurso de similar orientación. Al fin y al cabo se prevé un particular tipo de sujeto y de ciudadano inserto en lo que diversos autores identifican como un modelo social, político y cultural inscrito en un *ethos* terapéutico y la movilización de un tipo de racionalidad en los modos de ser/estar (O’Neill, 1986; Rose, 1990, 2007; Illouz, 2010). En este sentido, a continuación se profundiza en los diversos ejemplos referidos a estas prácticas que, en definitiva, se dirigen hacia una (auto)contención de pulsiones e ideas autodestructivas.

3.2 (Auto)intervención terapéutica en la postvención y prevención del suicidio

La prevención del suicidio, y por ende gran parte de su postvención, se ve saturada de un discurso que versa sobre la necesidad de su visibilización (White, 2017; Oaten *et al.*, 2023). El estigma asociado a este tipo de muerte, el duelo complicado y el miedo al contagio conducen a una histórica invisibilización del suicidio que las diferentes guías tratan de resaltar, no en aras de naturalizarlo, sino de dotarlo de la relevancia referida a su consideración como problema de salud. Sin duda, esto interpela a explicitar que no se puede intervenir en lo que no se ve y, sobre todo, lo que no se reconoce como problema.

Esto es algo que se tiende a presentar en la justificación de las diferentes guías donde se trata de exteriorizar malestares más individuales que colectivos, resaltando en la necesidad de expresar tanto el sufrimiento de una pérdida por suicidio como en la presencia de ideas suicidas tanto pasivas como activas, es decir, de cómo hacerlas visibles al resto. Se urge así de forma encarecida a una movilización del habla frente al silencio, incluso a una suerte de confesión, idóneamente en grupo. En este sentido, la verbalización de emociones consideradas como incómodas socialmente se promueve de forma activa, aconsejando su visibilización tanto en círculos íntimos

como profesionalizados (terapéuticos). Así, en situaciones *ex post* suicidio se tiene a recomendar el primer reconocimiento introspectivo de las mismas por parte del afectado:

Es importante tener en cuenta que todo lo que está sintiendo en este tiempo es una reacción humana a una pérdida extremadamente agobiante. Puede tener sentimientos de ira, tristeza, confusión y miedo, entre otros. Sus pensamientos y sentimientos también pueden estar influenciados por lo que sabe sobre el suicidio y lo que ha oído o aprendido sobre el suicidio en toda su vida, así como por sus experiencias anteriores con una pérdida repentina. [...] No hay una única manera de vivir el duelo por un suicidio, y es posible que descubra que las personas que lo rodean viven el duelo de maneras diferentes. (AFSP, 2010, p. 7)

A esta manera de descubrir la “verdad interior” y de identificar lo que se siente, cotejándolo con otros, se suma una visión prospectiva que también aparece en otros textos que reproducen un discurso similar:

Todos los supervivientes enfrentan la pregunta difícil y sin respuesta de ¿Por qué mi ser querido cometió suicidio? Esta pregunta es implacable y exigente para los supervivientes recientes. Es apenas normal. (OMS e IASP, 2008, p. 23)

El suicidio es diferente. Además de todo el dolor que la gente experimenta después de una muerte “convencional”, usted debe recorrer un desafío de culpa, confusión, y agitación emocional que es exclusivo en muchas formas a los sobrevivientes de un suicida. (Jackson, 2015, p. 1)

Estas guías son un ejemplo de cómo se reconoce la singularidad de cada suicidio y de cada vivencia, si bien paradójicamente esta particularidad se universaliza en identificar dichos atributos como exclusivos, personales e íntimos. Este es un tipo de discurso especialmente presente en las guías o apartados referidos a la postvención, donde se practica una llamativa distancia frente a la prevención como posibilidad de contención no lograda. Esto

hace de la postvención una “oportunidad” para enmendar un fallo en la prevención. Sin embargo, lo relevante de estas aproximaciones son las nociones de “desafío” ante un estado de perplejidad o desamparo. La postvención es así vista como el comienzo de un “camino” de sanación donde “nunca es demasiado pronto para empezar a sanar” (Jackson, 2015, p. 7). Sin embargo, en coexistencia con los llamados a la participación social y al compromiso gubernamental en la atención al suicidio (OPS y OMS, 2014, 2018), se tiende hacia una responsabilización individual en un buen gobierno de sí en la senda de la recuperación: “Cada uno es responsable de su propio camino de sanación. Deseamos que siempre avance en su viaje” (AFSP, 2010, p. 26).

Es en este punto donde comienzan a desagregarse una serie de recomendaciones y consejos en torno a unas técnicas de cuidado de sí en la postvención y un nuevo ciclo de prevención del suicidio, donde el “camino” no es realmente individual, sino que requiere de un terapeuta que ayude en la configuración de una nueva subjetividad, es decir, la reforma de uno mismo —el (re)nacer o (re)sugir, genera un otro (*gignomai*) al que alude Platón—. Esto sería la revelación de una “preocupación de sí” a partir de una “nueva experiencia del yo” mediante prácticas eminentemente confesionales como la escritura terapéutica (Foucault, 2008, p. 62). Asimismo, según el análisis del *ethos* terapéutico que propone Nikolas Rose (2007, p. 109), esto sería una “reorganización de la conducta” de acuerdo con una serie de “técnicas de reforma del yo” dirigidas a un nuevo modelo secularizado de gestión de la enfermedad y de lo finito. Esto se advierte tanto en las guías internacionales seleccionadas como en el ejemplo de España, donde se recogen una serie de consejos dirigidos hacia un adecuado “gobierno de sí” cuyas tecnologías del yo se podría clasificar en cuatro ejes superpuestos: 1) cultivo de sí, 2) cuidado de sí, 3) conocimiento de sí y 4) conocimiento de los otros (Tabla 2).

TABLA 2. CONSEJOS TERAPÉUTICOS PARA LA POSTVENCIÓN DEL SUICIDIO EN ESPAÑA (GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA CONDUCTA SUICIDA DE AVALIA-T)

Técnicas	(Auto)intervenciones
Cultivo de sí	(1) “Resérvese un tiempo cada día”,
Cuidado de sí	(5) “Cuídese”, (6) “Expresa sus sentimientos”, (10) “Dese tiempo”, (12) “No se sienta culpable”, (14) “No abuse de fármacos o de drogas”
Conocimiento de sí	(9) “No tome decisiones importantes”, (13) “Su dolor no es una enfermedad”,
Conocimiento de los otros	(7) “Comparta su experiencia”, (8) “Comunique lo que necesita”, (11) “Respete la elección de su familiar o allegado”.

Fuente: elaboración propia.

Nota: el número entre paréntesis indica el orden de presentación en la lista de consejos terapéuticos.

Por una parte, si bien Foucault presenta el cultivo de sí como sinónimo del cuidado de sí, la diferencia que se establece en la Tabla 2 se da a partir de las técnicas que priorizan un desarrollo de habilidades, actitudes y destrezas (“cultivo de sí” a través de, por ejemplo, ejercicios físicos o espirituales) frente a una orientación más conservadora del cuidado, referida a una abstención y prevención de cualquier daño (“cuidado de sí” por medio de, por ejemplo, la abstinencia o la soledad voluntaria). Por otra parte, el “conocimiento de sí” se clasifica aquí como esas técnicas que estiman una activación de tareas y de ideas dirigidas hacia la introspección (por ejemplo, acudir a terapia); mientras que la exteriorización o proyección de esta introspección se puede comprender como un “conocimiento de los otros” en tanto que se busca la escucha y validación externa en un grupo de apoyo mutuo, normalmente bajo una falsa reciprocidad en la relación yo-otros (Foucault, 2009; Rodríguez, 2016). Aunque este aspecto sería discutible desde la óptica de Illouz (2010), donde la terapia podría ser vista de forma autorreferencial, como práctica de liberación.

Aunque estas clasificaciones presentan fronteras porosas entre sí, todas ellas se refieren a una hermenéutica del yo que consiste en (re)interpretar la relación consigo mismo además de con los otros a partir de una experiencia cercana al suicidio de un allegado y/o la presencia de ideas suicidas. En este sentido, la (auto)intervención terapéutica se dirige hacia prácticas de (re) encuentro, sanación y reconfiguración de la propia subjetividad a partir del trauma, evitando daños y acontecimientos futuros, es decir, sentando las bases de una prevención. El ejemplo de estas técnicas en la guía española, un recurso de apoyo más que un instrumento prescriptivo, reproduce así una serie de consejos y recomendaciones de los documentos internacionales contemplados en este estudio donde, por ejemplo, se plantean (auto)intervenciones terapéuticas similares referidas a: 1) el fomento del habla o de la conversación en grupo o entre pares; 2) la escritura terapéutica (diario, cartas, cuentos, poemas); 3) el impulso de otras prácticas artísticas (“terapias de involucramiento”); 4) el encuentro grupal en un espacio profesionalizado; y 5) la meditación o el rezo (OMS y IASP, 2008). A este respecto, en la Tabla 3 se pueden observar estos consejos presentes en las diferentes guías, los cuales no distan en exceso de la propuesta organizativa de los contenidos de la Tabla 2 para el caso español, una transposición adaptada y focalizada.

TABLA 3. CONSEJOS TERAPÉUTICOS DE LAS GUÍAS INTERNACIONALES EN SU VERSIÓN EN CASTELLANO

Técnicas	(Auto)intervenciones
D1	OMS e IASP (2008)
Cultivo de sí	(5) “No atascarse con preguntas sin respuesta”, (11) “Seguir adelante”, (A) Hablar, (B) Escribir, (C) Crear, (E) Meditar
Cuidado de sí	(6) “No tener que saber”, (7) “Sin horarios”, (9) “Lágrimas y abrazos”, (D) Integrarse
Conocimiento de sí	(2) “Contar su historia”, (3) “Mirar atrás”, (8) “Dar esperanza, cuando se puede”, (11) “Sugerir ayuda profesional cuando sea apropiado”

Técnicas	(Auto)intervenciones
Conocimiento de los otros	(1) “No se trata solo de números”, (4) “Tender la mano”, (10) “[Escoger] Las mejores personas”
D2	AFSP
Cultivo de sí	(2) Hablar del suicidio y de lo que se siente, (3) Mantener el contacto social, (6) Superación de efemérides, (9) Practicar escritura y artes, (12) Luchar contra la erosión del “por qué”,
Cuidado de sí	(1) Aceptar el suicidio, (4) Adaptación del ritual del duelo
Conocimiento de sí	(7) Normalización de la tristeza, (11) “Sepa que puede sobrevivir; puede que no lo crea, pero sí puede”, (13) Normalización de la angustia, (15) Normalización de la ira, (17) Aceptación de las ideas suicidas
Conocimiento de los otros	(8) Buscar consejo espiritual o religioso, (14) Reconocimiento del luto, (19)
D3	ASA (2015)
Cultivo de sí	(2) “Su esperanza reside en salir adelante”, (6) “Su temor al juicio de la gente podría preocuparlo innecesariamente”,

Técnicas	(Auto)intervenciones
Cuidado de sí	(4) “El paso del tiempo cura, pero el tiempo por sí solo no puede sanar”, (7) “Hablar sobre sus sentimientos y temores, resulta esencial para poder recuperarse de su trauma [en grupos de apoyo]”, (8) “No se sienta culpable por disfrutar los sencillos placeres humanos de la vida cotidiana”, (11) “Encuentre un grupo de apoyo o un psicoterapeuta calificado tan pronto como sea posible”, (14) “Usted no es responsable por el suicidio de su ser querido, en ningún sentido, forma o manera. Escríbalo.”, (20) “Es una buena idea abstenerse de tomar cualquier decisión importante de vida en el primer año”
Conocimiento de sí	(1) “La peor experiencia ya ha pasado”, (3) “Estamos en un conflicto con ellos, y tenemos que resolver solos ese
Conocimiento de los otros	(5) “Confíe en las personas que están dispuestas, deseosas y capaces de ayudarlo”, (10) “No sienta que tiene qué “contenerse” frente a ninguna persona – ni siquiera por el beneficio de los niños”, (13) “[Escuche] Aprendiendo de las historias de otras personas”

Fuente: elaboración propia.

Nota: el número entre paréntesis indica el orden de presentación en la lista de consejos terapéuticos. En los documentos D2 y D3 esto resulta de una selección de diferentes apartados sin numerar.

En definitiva, según se puede observar, las prácticas terapéuticas de gobierno de uno mismo frente al suicidio interpelan la activación de un cultivo de sí y de un conocimiento de sí que reproduce la estructura de prioridades que advierte Foucault (2002, 2008): la preponderancia moderna del “conócete a ti mismo” antes del “ocúpate de ti mismo”, tal y como se ve con el ejemplo recurrente de la escritura terapéutica. Esto resalta una extraña jerarquía en la postvención del suicidio donde se trata de diluir la incomprensión ante la muerte de un allegado, un “enigma” (Pérez, 2011) donde los motivos exactos nunca podrán ser conocidos independientemente de las “verdades”

médicas acerca del suicidio. Esto se advierte en consejos donde se trata de disipar el conocimiento exacto de los acontecimientos:

Luche contra el “por qué” sucedió hasta que ya no necesite saber el “porqué”, o hasta que se sienta satisfecho con respuestas parciales. (AFSP, 2010, p. 9)

Esto mismo se ve con precisión en la metáfora del suicidio como “idioma extranjero”, es decir, como un código lingüístico difícil de entender o, incluso, ininteligible:

El intento de descifrar con precisión los pensamientos de una víctima de suicidio, es como tratar de entender un idioma extranjero escuchando disimuladamente una conversación. Usted puede analizar los sonidos y las sílabas durante todo el día, pero no es seguro que logre comprender mucho de lo que se dijo. (Jackson, 2015, p. 10)

En definitiva, estos consejos terapéuticos, más que una facilitación de la expresión de los malestares internos tal y como se presentan, conducen a una organización de los marcos de posibilidad de una recuperación según una serie de principios doctrinales sobre qué es la cura en una dimensión eminentemente psicológica. Asimismo, esta estructuración propia de un modelo de gobierno se apoya en una concepción del poder terapéutico como conductor de conductas potencialmente dañinas para uno mismo, para otros y, sobre todo, para un determinado orden moral.

3.3 Consejos y apoyo externo para la (auto)contención del suicidio

Según se ha podido ir observando, la prevención y, sobre todo, la postvención del suicidio vienen enmarcadas en una serie de recomendaciones y consejos doctrinales donde los haberes y saberes terapéuticos son claramente centrales en el discurso de estos documentos. Asimismo, este lenguaje terapéutico, además del frecuente uso de metáforas artísticas y religiosas (Castillo Patton, 2023), tiene como principal característica una voz imperativa que trata de suavizarse en el disciplinamiento de un modelo de (auto)

intervención notoriamente proactivo, que juzga la pasividad como inadecuado recurso ante el dolor y/o el duelo. A este respecto, lo relevante de estas guías es la promoción del asociacionismo terapéutico como remedio y complemento a un correcto gobierno de sí, donde es central el “control” sobre uno mismo:

El grupo puede también asumir un papel educativo, suministrando información sobre el proceso doloroso, los hechos relacionados con el suicidio, y los roles de varios profesionales de la salud. Otra función importante es aquella del control sobre sí mismo –de proporcionar un enfoque positivo–, permitiendo a las personas retomar el control sobre sus vidas. Uno de los aspectos más devastadores de una muerte suicida o accidental es que invariablemente existen muchos asuntos sin terminar y muchas preguntas sin responder, y no obstante, la persona no ve la forma de resolver la situación. El apoyo de un grupo puede disolver gradualmente los sentimientos de desesperanza y suministrar los medios con los cuales se puede retomar el control. (OMS e IASP, 2008, p. 8)

Este “papel educativo” del grupo claramente se refiere a una modulación de esa subjetividad que remite a ese “diálogo franco” que caracteriza a la *parresía* donde se invita a la expresión o “discurso valiente” (Foucault, 2009; Butler, 2020), facilitador de la “verdad” y de las herramientas para llegar a la misma. En este sentido, la exteriorización del dolor en el postsuicidio o, incluso, de las propias ideas suicidas, se ve requerido de esa aceptación por parte de otros cuya reputación no sólo puede ser profesional en el sentido disciplinar de la asistencia de un psicoterapeuta –alguien formado en una disciplina psi–, sino que cuenta con el aval de haber vivido una experiencia similar, aunque se remarque que todas las vivencias de muerte son singulares e inequívocas. En este sentido, tal y como se comenta más adelante en la misma guía, el grupo de apoyo es fundamental como dispositivo terapéutico tanto para la postvención como la prevención del suicidio:

Los grupos de apoyo mutuo para los supervivientes juegan un importante papel al identificar y motivar a los miembros para que

utilicen al máximo la asistencia y el apoyo disponibles. Mientras el dolor es un proceso “normal” por el que se debe pasar, la muerte de un ser querido por suicidio por lo general no se experimenta como “normal”, aunque éste es un causante de muerte comúnmente reconocido. (OMS e IASP p. 10)

De este modo, la noción por la cual discurso, arquitecturas y prácticas no discursivas se congregan en el grupo de apoyo como “dispositivo” en el sentido establecido por Foucault (1985) casa con las cuestiones por las cuales se materializan dinámicas y espacios que posibilitan el desarrollo de unas determinadas tecnologías del yo en el objeto biopolítico de la (auto) contención del suicidio. A este respecto, el grupo de apoyo, junto con los servicios terapéuticos profesionalizados (públicos o privados), relativos estrictamente al dominio de las disciplinas psi (Foucault, 2005), tienen la tarea de cumplir con una suerte de (re)ingeniería de la subjetividad doliente y/o de reconducción de la voluntad, sobre todo acompañando en la (re) elaboración de un duelo definido como “complicado”.

Por tanto, los grupos de apoyo canalizan los consejos y recomendaciones de las guías terapéuticas acerca de cómo afrontar el suicidio convirtiéndose en parte más central que periférica en los dispositivos previstos. De hecho, el ámbito clínico se presentaría un espacio más propio para la derivación que la recepción de afectados por el suicidio salvo en casos que requieran evidente urgencia médico-psiquiátrica. Esto es relevante porque, además de explicitar un particular modelo societal vertebrado en torno a una cultura de la terapeutización (Rose, 2007; Illouz, 2010), las recomendaciones tienden a externalizar la prevención y postvención del suicidio en colectivos de la sociedad civil. Una paradoja en la cual se pide un mayor compromiso del Estado, pero que se concreta en mayores exigencias por parte de la sociedad civil. Un discurso que da cuenta de la movilización de un marco neoliberal en el cual el “régimen terapéutico” encuentra especial proliferación: la autorresponsabilización.

Esto se aprecia en el sistema de discurso de las guías terapéuticas en donde, por un lado, se promueve una organización empresarial de las asociaciones (OMS e IASP, 2008; OPS y OMS, 2018), con una estructura, unos objetivos y un plan de comunicación, expansión y captación racionalizados;

y, por otro lado, en la activación de mensajes donde la resiliencia, la (re)adaptación y la supervivencia puede representar una “oportunidad de aprender nuevas formas de enfrentar los problemas” (OMS e IASP, 2008, p. 7). Esto se observa también en lemas que redundan en la importancia de un “buen talante” ante las adversidades que remite a un tipo de ingeniería del yo que trata de focalizar en aspectos de la denominada Psicología Positiva. Un ejemplo de esto serían los discursos que van más allá de un mensaje secular de la “esperanza”, en los cuales se promueve un particular cultivo de sí referido a la consolidación de un trabajo permanente de la propia subjetividad, alejándola de toda tristeza, culpa o remordimiento relacionado con el suicidio:

Como resultado, cada uno y todos los días, yo puedo ayudar a la persona que perdí...
...disfrutando de la vida.
...sonriendo y riendo.
...no permaneciendo en sentimientos de tristeza o remordimiento.
...amando a otros.
...dando nuevos pasos en la vida hacia horizontes positivos nuevos.
...ayudando a aquellos que sienten que su pérdida a hacer lo mismo.
...y, en resumen, no permitiendo que su error continúe creando aflicción, ni en el mundo a mi alrededor, ni en mí mismo. (Jackson, 2015, p. 27)

CONCLUSIONES

La puesta en marcha de cualquier política pública conlleva no sólo una materialización de una serie de intervenciones, sino la activación de un tipo de ideas y de discursos de un particular conjunto de referentes, explícitos u obviados. A lo largo de este texto, se ha tratado de visibilizar esta cuestión que sustenta el principio de acción que promueven unas guías para la prevención y la postvención del suicidio en comunidades hispanohablantes, sentando las bases de una corresponsabilización ciudadana en las políticas de contención y su vigilancia epidemiológica (Castillo y Carretero, 2022; Oaten *et al.*, 2023). Esta corresponsabilización, si bien muestra signos de democratización y cooperación público-comunitaria en el primer cuarto del siglo XXI,

está permeada de una serie de lógicas terapéuticas que interpelan a un *ethos* y modelo cultural donde la autointervención, entendida como un “gobierno de sí” y una “(auto)gestión de sí”, se dirige a promover un tipo de sujeto y de ciudadano (auto)responsable de los efectos colaterales del suicidio.

A este respecto, las guías analizadas en este estudio muestran una serie de técnicas y estrategias que van dirigidas hacia la introspección y reexaminación no sólo emocional, sino moral, de los afectados por el suicidio, sean supervivientes o sobrevivientes, o no. Esto redundaría en un mandato contemporáneo de la cultura terapéutica donde se deposita la responsabilidad del individuo de encontrar por sí mismo, aunque cuente con guías profesionales –y se recomienda que lo haga–, las herramientas y el camino para encontrar cierta plenitud y bienestar psicológico. En este sentido, los grupos de apoyo son instrumentos para lograr ese proceso definido como individual. Esto hace de los grupos de apoyo plataformas donde se habilita la autorregulación de uno mismo bajo la supervisión de un otro cualificado. Con todo, el problema de estas guías y consejos de (auto)intervención es que se proyectan sobre un sujeto neutro, en el cual es posible operar e intervenir sin considerar aspectos propios de cada biografía, cultura u otras variables de carácter social.

En este sentido, a pesar de las proclamas que reconocen de la complejidad del suicidio o los reconocimientos de las particularidades culturales e individuales, apenas se esbozan propuestas que tengan presentes las diferencias de sexo/género, sobre todo en lo relativo a mandatos que generizan las experiencias relativas a la muerte autoinfligida o, incluso, cómo afectan las diferencias de clase, territorialización, racialización, etcétera. En otras palabras, no se considera cuál sería el *habitus* (Bourdieu, 1998; Doblyté, 2022) de diferentes grupos sociales ante el suicidio: cómo lo viven, cómo lo experimentan, cómo lo conceptualizan y cómo se torna posible. De hecho, esta apreciación no escapa a los reclamos de justicia social que alcanzan al gobierno del suicidio, reclamos que problematizan cuestiones que minimizan los aspectos más sociales que influyen y modulan esta maraña de conductas (Button, 2016; Button y Marsh, 2019; Chandler, 2020).

Finalmente, en base a lo analizado, lo relevante de este estudio es observar cómo las tecnologías del yo apuntalan unas determinadas lógicas inscritas en las tecnologías de poder que operan en el gobierno del suicidio.

Estas observaciones respaldan otros estudios que, según se ha descrito, tienden a estudiar cómo operan las biopolíticas y el régimen de vigilancia del suicidio según una lógica epidemiológica y psicopatológica (Marsh, 2010; White, 2017; Oaten *et al.*, 2023). Sin embargo, la materialización de parte de estas políticas y regímenes no sería posible sin el despliegue de las citadas técnicas de cultivo y cuidado de sí, además de conocimiento de sí y de los otros a través de prácticas y espacios terapéuticos en los que no opera directamente ni el Estado ni las instituciones médicas, aunque sean actores de relevancia. En este sentido, esta investigación propone una línea de estudio que no sólo expande trabajos previos fundamentados en una perspectiva crítica del gobierno del suicidio –tanto dentro como fuera de la Suicidología Crítica o los estudios de la gubernamentalidad–, sino que mira hacia futuros diálogos y reflexiones que contribuyan a humanizar y entender con honestidad la complejidad de este fenómeno y sus conductas asociadas, alejando y disminuyendo potenciales intervenciones terapéuticas más iatrogénicas que benévolas.

FUENTES CONSULTADAS

- ANDRIESSEN, K. (2009). Can postvention be prevention? En *Crisis*. Vol. 30. pp. 43-47. DOI: 10.1027/0227-5910.30.1.43
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA [APA] (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Madrid: Médica Panamericana.
- BARIL, A. (2023). *Undoing Suicidism: a Trans, Queer, Crip Approach to Rethinking (Assisted) Suicide*. Filadelfia: Temple University Press.
- BAUDELLOT, R. y ESTABLET, C. (2008). *Suicide. The Hidden Side of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- BECK, A., KOVACS, M. y WEISSMAN, A. (1979). Assessment of Suicidal Intention: the Scale for Suicide Ideation. En *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 47. Núm. 2. pp. 343-352. DOI: 10.1037/0022-006X.47.2.343
- BIMBELA, J. (2023). Prevención del suicidio. Una perspectiva salubrista. De lo individual a lo colectivo. En *Folia Humanistica. Revista de*

- Salud, Ciencias Sociales y Humanidades*. Vol. 3. Núm. 2. pp. 1-23.
DOI: 10.30860/0097
- BLANCO, C. (2020). El suicidio en España. Respuesta institucional y social. En *Revista de Ciencias Sociales*. Vol. 33. Núm. 46. pp. 79-106.
DOI: 10.26489/rvs.v33i46.5
- BOURDIEU, P. (1998). *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.
- BUTLER, J. (2020). *Sin miedo. Formas de resistencia a la violencia de hoy*. Madrid: Taurus.
- BUTTON, M. (2016). Suicide and Social Justice: Toward a Political Approach to Suicide. En *Political Research Quarterly*. Vol. 69. Núm. 2. pp. 270-280. DOI: 10.1177/1065912916636689
- BUTTON, M. y MARSH, I. (Eds.) (2019). *Suicide and Social Justice New Perspectives on the Politics of Suicide and Suicide Prevention*. Nueva York: Routledge.
- CASTILLO, A. (2023). Imágenes de la postvención del suicidio en España: metáforas, símbolos y discursos terapéuticos en las asociaciones de supervivientes. En *Revista Española de Sociología*. Vol. 32. Núm. 4. a194. pp. 1-17. DOI: 10.22325/fes/res.2023.194
- CASTILLO, A. y CARRETERO, C. (2023). Significados del suicidio en la (pos)pandemia: ambivalencias en el discurso público y de actores cívico-mediáticos en España. En *Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi*. Vol. 28. Núm. 2. pp. 1-27. DOI: 10.6035/recerca.6819
- CAVANAGH, J., CARSON, A., SHARPE, M. y LAWRIE, S. (2003). Psychological Autopsy Studies of Suicide: a Systematic Review. En *Psychological Medicine*. Vol. 33. Núm. 3. pp. 395-405. DOI: 10.1017/s0033291702006943.
- CHANDLER, A. (2020). Socioeconomic Inequalities of Suicide: Sociological and Psychological Intersections. En *European Journal of Social Theory*. Vol. 23. Núm. 1. pp. 33-51. DOI: 10.1177/1368431018804154
- COMISIÓN EUROPEA Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2008). *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar*. Bruselas: Parlamento Europeo.

- CUEVAS, F. (2011). Una revisión de las ideas en torno al suicidio en el tránsito de la Ilustración al Romanticismo. En *Cuadernos de Ilustración y Romanticismo*. Núm. 14. pp. 11-41. DOI: 10.25267/Cuad_Ilus_Romant.2006.i14.02
- DE MIGUEL, J. (1978). *Sociología de la medicina*. Barcelona: Vicens Vives.
- DOBLYTĚ, S. (2022). Why (not) Suicide: Habitus in Hysteresis and the Space of Possibles. En *European Journal of Social Theory*. Vol. 25. Núm. 4. pp. 614-631. DOI: 10.1177/13684310221101468
- DURKHEIM, É. (2015). *El suicidio. Estudio de Sociología*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, M. (2016). *Historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Madrid: Siglo XXI.
- FOUCAULT, M. (2009). *El gobierno de sí y de los otros. Curso en el Collège de France (1982-1983)*. Buenos Aires: FCE.
- FOUCAULT, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, M. (2005). *El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, M. (2002). *La hermenéutica del sujeto. Curso en el Collège de France (1981-1982)*. Buenos Aires: FCE.
- FOUCAULT, M. (1999). Un placer tan sencillo. En Á. Gabilondo. *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, Volumen III*. pp. 199-202. Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, M. (1988). El sujeto y el poder. En *Revista Mexicana de Sociología*. Vol. 50. Núm. 3. pp. 3-20.
- FOUCAULT, M. (1985). El juego de Michel Foucault. En J. Varela y F. Álvarez-Uría (Eds.). *Saber y Verdad*. pp. 127-166. Madrid: La Piqueta.
- GARCÍA-HARO, J., GARCÍA-PASCUAL, H., GONZÁLEZ, M., BARRIO-MARTÍNEZ, S. y GARCÍA-PASCUAL, R. (2020). Para pensar el suicidio más allá de la enfermedad y los diagnósticos: un enfoque contextual-fenomenológico. En *Norte de Salud Mental*. Vol. 16. Núm. 62. pp. 42-51.
- HACKING, I. (2008). The Suicide Weapon. En *Critical Inquiry*. Vol. 35. Núm. 1. DOI: 10.1086/595626
- HJELMELAND, H. y KNIZEK, B. (2017) Suicide and Mental Disorders: a Discourse of Politics, Power, and Vested Interests.

- En *Death Studies*. Vol. 41. Núm. 8. pp. 481-492. DOI: 10.1080/07481187.2017.1332905.
- ILLOUZ, E. (2010). *La salvación del alma moderna. Terapia, emociones y la cultura de la autoayuda*. Buenos Aires: Katz.
- JACKSON, J. (2015). SOS. Sobrevivientes de un Suicida. Manual para Enfrentar el Suicidio de un Ser Querido. Washington D.C: AAS.
- JORDAN, J. (2017). Postvention is Prevention. The Case for Suicide Postvention. En *Death Studies*. Vol. 41. Núm. 10. pp. 614-621. DOI: 10.1080/07481187.2017.1335544
- MARSH, I. (2013). The Uses of History in the Unmaking of Modern Suicide. En *Journal of Social History*. Vol. 46. Núm. 3. pp. 744-756. DOI: 10.1093/jsh/shs130
- MARSH, I. (2010). *Suicide: Foucault, History and Truth*. Cambridge: Cambridge University Press.
- NIETZSCHE, F. (1982). *Crepúsculo de los ídolos o Cómo se filosofa con el martillo*. Madrid: Alianza.
- OATEN, A., JORDAN, A., CHANDLER, A. y MARZETTI, H. (2023). Suicide Prevention as Biopolitical Surveillance: a Critical Analysis of UK Suicide Prevention Policies. En *Critical Social Policy*. Vol. 43. Núm. 4. pp. 654-675. DOI: 10.1177/02610183221142544
- O'NEILL, J. (1986). Sociological Nemesis: Parsons and Foucault on the Therapeutic. Disciplines. En M. Wardell y S. Turner (Eds.). *Sociological Theory in Transition*. pp. 21-35. Nueva York: Routledge.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2018). *National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators*. Ginebra: WHO Press.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2016). *Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm*. Ginebra: WHO Press.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global*. Ginebra: WHO Press.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Ginebra: WHO Press.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] e International Association of Suicide Prevention [IASP] (2008). *Prevención del suicidio: ¿cómo establecer un grupo de supervivientes?* Ginebra: WHO Press.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2000). *Prevención del suicidio. Un instrumento para médicos generalistas*. Ginebra: WHO Press.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (1969). *Prevención del suicidio*. Ginebra: WHO Press.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (2023). *La OMS lanzó nuevos recursos sobre la prevención y despenalización del suicidio*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/noticias/12-9-2023-oms-lanzo-nuevos-recursos-sobre-prevencion-despenalizacion-suicidio>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS] y Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020). *COVID-19 pandemic exacerbates suicide risk factors*. Recuperado de <https://www.paho.org/en/news/10-9-2020-covid-19-pandemic-exacerbates-suicide-risk-factors>
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD [OPS] y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD [OMS] (2018). *Prevención del suicidio: herramientas para la participación comunitaria*. Ginebra: WHO Press.
- PARSONS, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. En *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol. 21. Núm. 3. pp. 452-460.
- PÉREZ, J. (2011). *La mirada del suicida: el enigma y el estigma*. Madrid: Plaza y Valdés.
- PLATÓN (1988). *República*. Madrid: Gredos.
- POMPILI, M., O'CONNOR, R. y VAN HEERINGEN, K. (2020). Suicide Prevention in the European Region. En *Crisis*. Vol. 41. Núm. 1. pp. 8-20. DOI: 10.1027/0227-5910/a000665
- RODRÍGUEZ, F. (2016). Biopoder y Hermenéutica del Sí mismo en el espacio médico. En *Espacio Abierto*. Vol. 25. Núm. 4. pp. 285-297.
- ROMERO, M. y GONNET, J. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. En *Revista Mexicana de Sociología*. Vol. 75. Núm. 4. pp. 589-616.

- ROSE, N. (2007). Terapia y poder. Techné y *Ethos*. En *Archipiélago: Cuadernos de crítica de la cultura*. Vol. 76. pp. 101-124.
- ROSE, N. (1990). *Governing the Soul: the Shaping of the Private Self*. Londres: Routledge.
- SILVERMAN, M., BERMAN, A., SANDDAL, N., O'CARROLL, P. y JOINER, T. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: a Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. En *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 37. Núm. 3. pp. 264-277. DOI: 10.1521/suli.2007.37.3.264
- SHNEIDMAN, E. (1998). Perspectives on Suicidology: Further Reflections on Suicide and Psychache. En *Suicide and Life-Threatening Behavior*. Vol. 28. Núm. 3. pp. 245-250.
- VELASCO, M. y PUJAL I LLOMBART, M. (2005). Reflexiones en torno al suicidio: desestabilizando una construcción discursiva reduccionista. En *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*. Núm. 7. pp. 133-147.
- WHITE, J. (2017). What can Critical Suicidology do? En *Death Studies*. Vol. 41. Núm. 8. pp. 472-480. DOI: 10.1080/07481187.2017.1332901

Fecha de recepción: 2 de abril de 2024

Fecha de aceptación: 16 de julio de 2024

DOI: <https://doi.org/10.29092/uacm.v21i56.1124>