

HISTORIA DEL SUICIDIO

El lado oscuro en la Historia de la Medicina

HISTORY OF SUICIDE

The Dark Side in Medical History

ROBERTO GARCÍA SÁNCHEZ¹

¹ Universidad Europea de Canarias, España

ABSTRACT

Suicide has been interpreted in multiple ways throughout history, shifting between moral emmation, philosophical reflection, and progressive medicalization. In Antiquity, physicians and sophers addressed it as an act related to the health of the soul and body; during the Middle Ages, the nant theological view criminalized it. With modernity, emerging psychiatry redefined suicide as a ology, consolidating its study in the nineteenth century. Today, it is understood as a public health issue, e medicine, sociology, and ethics converge in an ongoing debate.

KEYWORDS: Suicide history, medicalization, Psychiatry, public health, medical humanities.

RESUMEN

El suicidio ha sido objeto de múltiples interpretaciones a lo largo de la historia, oscilando entre la ena moral, la reflexión filosófica y la medicalización progresiva. En la Antigüedad, fue abordado por cos y filósofos como un acto ligado a la salud del alma y del cuerpo; en la Edad Media prevaleció la visión gica que lo criminalizó. Con la modernidad, la psiquiatría emergente lo redefinió como patología, olidando su estudio en el siglo XIX. En la actualidad, se entiende como problema de salud pública, donde cina, sociología y ética confluyen en un debate aún abierto.

PALABRAS CLAVE: Historia del suicidio, medicalización, Psiquiatría, salud pública, humanidades médicas.

Recibido: 02/09/2025

Aceptado: 13/12/2025

1. Introducción

La historia del suicidio, considerada desde la historia de la medicina, revela un objeto de conocimiento inestable cuya definición se ha negociado continuamente entre instituciones religiosas, jurídicas, médicas y, más tarde, de salud pública. Antes que una “entidad” fija, el suicidio ha sido una categoría social y médica en permanente reconstrucción, en la que los médicos han intervenido de forma desigual según los contextos históricos y políticos (MacDonald, 1989; Minois, 1999). En la Antigüedad clásica, por ejemplo, las actitudes hacia la autoaniquilación variaron desde la tolerancia en ciertos marcos cívico-morales hasta la condena en otros; lo decisivo, como ha mostrado A. J. L. van Hooff, no era una psicopatología supuesta, sino la adecuación del acto a normas de honor, deber o libertad personal (van Hooff, 1990). De manera simultánea, el juramento hipocrático —texto fundacional de la deontología médica— explicitó una prohibición dirigida al profesional: “no administraré un fármaco mortal a nadie, aunque me lo pida”, formulación que, sin legislar sobre el suicidio en general, fijó un límite a la intervención médica en muertes voluntarias (Merino et al., 2017). Esta tensión inicial —entre moral cívica y ética profesional— anticipa los desplazamientos posteriores del problema desde el terreno teológico-jurídico al médico.

La cristianización del Imperio convirtió el suicidio en materia eminentemente moral y soteriológica. Agustín de Hipona, en *De civitate Dei*, conceptualizó la auto-muerte como una transgresión del precepto “no matarás” y rechazó su legitimidad incluso en contextos de preservación de la castidad, estableciendo una matriz doctrinal que relegó la interpretación médica a un lugar marginal (Agustín, 426/1998). Tomás de Aquino, en la *Summa Theologica*, consolidó este giro al argumentar que el suicidio es pecado contra uno mismo, contra la comunidad y contra Dios, enfatizando su ilicitud natural y teológica (Aquinas, 1270/1920). En la Europa latina, estas doctrinas se tradujeron en sanciones canónicas y prácticas jurídico-culturales —como la infamia póstuma o restricciones de enterramiento— que desplazaron el análisis de causas hacia la penitencia y el control social (Minois, 1999). La medicina, en este marco, tuvo un papel subalterno: ni diagnosticaba ni exculpaba de manera sistemática, y el léxico predominante fue el del pecado y la voluntad perversa.

Entre los siglos XVI y XVIII, la Inglaterra moderna temprana ofrece un laboratorio histórico para observar el paulatino “deslizamiento” de una categoría penal-teológica a una categoría médico-legal. Como documentó Michael MacDonald, el veredicto de *felo de se* (culpable de su propia muerte), que implicaba confiscación de bienes y oprobio, convivió con estrategias de mitigación dictadas por jurados y coroners, quienes crecientemente invocaron estados de “melancolía” o “locura” para clasificar muertes voluntarias como *non compos mentis* y así atenuar sanciones a las familias (MacDonald, 1989; MacDonald & Murphy, 1990). Este cambio no fue, en origen, un triunfo de la psiquiatría —aún inexistente como disciplina—, sino una negociación social y legal que utilizó categorías “médicas” disponibles (melancolía, frenesí, alienación) para resolver tensiones morales y patrimoniales dentro del derecho consuetudinario (MacDonald, 1989). La medicina aportó vocabulario y peritajes ocasionales; la “medicalización” fue, en palabras del propio MacDonald, una construcción impulsada también “desde abajo”, por legos y funcionarios que buscaban suavizar los efectos de leyes severas (MacDonald, 1989).

El último tercio del siglo XVIII y el XIX abrieron un nuevo ciclo: la constitución de la medicina mental y la institucionalización del asilo. Las prácticas y discursos del alienismo francés, asociados a Philippe Pinel y Jean-Étienne-Dominique Esquirol, reconfiguraron la autoaniquilación como síntoma o culminación de una “melancolía” patológica (luego “lipemanía”) o de formas de “monomanía”, desplazando la causalidad moral por una etiología médico-psicológica (Esquirol, 1838; Weiner, 1992). Pinel, en su célebre *Mémoire*

sur la manie (1794), no teorizó el suicidio como entidad nosológica independiente, pero su programa reformista —observación clínica, tratamiento moral, organización asilar— creó el entorno en el cual los actos suicidas pasaron a leerse como expresiones de “alienación” (Weiner, 1992). Esquirol sistematizó esta perspectiva al describir el suicidio como manifestación de melancolía y al proponer que la lipemanía —una forma de tristeza delirante— predisponía a la auto-destrucción, uniendo así semiología, pronóstico y prescripción institucional (Esquirol, 1838). Para la historia de la medicina, este momento es clave: el suicidio se incorpora a un repertorio clínico y terapéutico, y el médico se arroga la autoridad para diagnosticar, prevenir y, eventualmente, intervenir coercitivamente.

En paralelo, la estadística moral y la naciente sociología introdujeron otra línea de problematización: Émile Durkheim demostró en *Le Suicide* (1897) que las tasas de suicidio varían de forma regular con factores sociales (religión, estado civil, integración, regulación), evidenciando que no basta con una explicación psicopatológica individual (Durkheim, 1897/1951). La doble inscripción —médica y socioestadística— del suicidio a caballo entre los siglos XIX y XX reforzó su estatuto de “hecho médico-social”, anticipando las estrategias contemporáneas de vigilancia epidemiológica y prevención poblacional. El giro legal acompañó esta recomposición: el *Suicide Act* de 1961 despenalizó el suicidio en Inglaterra y Gales y creó una figura específica para la “inducción o auxilio” al suicidio, trasladando el foco del castigo al cuidado y la prevención (*Suicide Act 1961*, 1961).

Desde mediados del siglo XX, el paradigma psiquiátrico-epidemiológico consolidó la asociación entre suicidio y trastornos mentales, apoyado en estudios de autopsia psicológica que han encontrado una alta prevalencia de diagnósticos psiquiátricos en personas fallecidas por suicidio —mediana cercana al 90% en series occidentales—, con especial peso de los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por consumo de sustancias (Cavanagh et al., 2003). La Organización Mundial de la Salud, por su parte, enmarcó el suicidio como prioridad de salud pública y recomendó estrategias multicomponente que combinan restricciones de medios letales, atención clínica, cuidados comunitarios y guías de comunicación responsable (World Health Organization [WHO], 2014). Esta doble codificación —como problema clínico y como problema poblacional— ha dado lugar a dispositivos institucionales (planes nacionales, servicios de crisis, unidades de enlace) que sitúan a los profesionales sanitarios en el centro de la respuesta contemporánea.

No obstante, la historiografía crítica advierte que el triunfo del vocabulario médico no debe confundirse con una explicación unívoca ni con una neutralización de los marcos morales y jurídicos. El propio MacDonald subrayó que la medicalización histórica del suicidio respondió a coaliciones contingentes de actores y a equilibrios políticos específicos (MacDonald, 1989). Investigaciones recientes en historia social y de la psiquiatría han mostrado que las categorías clínicas (melancolía, monomanía, depresión) funcionaron también como tecnologías de gobierno y de gestión institucional, más que como descripciones puramente “científicas” de una naturaleza humana atemporal (Esquirol, 1838; Weiner, 1992; Durkheim, 1897/1951). En el campo contemporáneo, además, la hegemonía del modelo psiquiátrico convive con críticas que piden recuperar la densidad histórica y cultural del fenómeno, evitando reduccionismos y favoreciendo aproximaciones interdisciplinares que articulen lo biográfico, lo social y lo ético (Marsh, 2013).

Desde la perspectiva de las humanidades médicas, esta trayectoria invita a una doble prudencia. Primero, histórica: reconocer que “suicidio” no ha sido siempre lo mismo, ni para los médicos ni para las leyes ni para las Iglesias; de ahí la necesidad de situar diagnósticos y políticas en sus genealogías institucionales (van Hooff, 1990; MacDonald & Murphy, 1990). Segundo, epistemológica: evitar la tentación de absolutizar una explicación (médica, moral o sociológica) y, en cambio, explorar sus ensamblajes concretos —cómo se convirtieron ciertas melancolías en patologías suicidas; cómo estadísticas y tribunales

redefinieron responsabilidades; cómo la ética profesional limitó o amplió la agencia clínica frente a la muerte voluntaria (Merino et al., 2017; Durkheim, 1897/1951; WHO, 2014). En suma, la historia del suicidio en clave médico-histórica es también la historia de la autoridad sobre la vida y la muerte: de quién nombra, quién juzga y quién trata, en distintos regímenes de verdad. Volver sobre esa historia no sólo corrige anacronismos; permite diseñar intervenciones sanitarias más sensibles a los contextos, más conscientes de sus límites y, por ende, potencialmente más justas.

2. Antigüedad

El estudio del suicidio en la Antigüedad exige situar el fenómeno en una trama cultural en la que confluyen valores cívicos, modelos éticos y saberes médicos incipientes. Lejos de una homogeneidad conceptual, la autoaniquilación podía ser leída como gesto honorable, acto de autosacrificio, manifestación de enfermedad o como un crimen según el lugar y la tradición interpretativa. Desde la historiografía reciente se ha insistido en que términos y categorías modernas —suicide, «suicidio»— no son trasladables sin crítica al mundo griego y romano: la mayor parte de las fuentes antiguas hablaban de autothanasia, self-killing o describían conductas sin construir una entidad médica establecida (van Hooff, 1990).

En la Grecia clásica aparecen los primeros debates sistemáticos. En el *Phaedo*, Platón, a través de la voz socrática, presenta argumentos que restringen la legitimidad del suicidio: en el pasaje relevante se sostiene que quitarse la vida puede contravenir un orden divino o una correcta preparación para la muerte, aunque el diálogo no expone una prohibición monolítica sino matices sobre cuándo la muerte escaparía al «tiempo» que a cada uno le corresponde (Plato, *Phaedo*; discusión moderna en Tuominen y análisis sobre *Phaedo*). Estas discusiones influyeron en la recepción posterior del suicidio como asunto moral y religioso (Tuominen, 2014).

Aristóteles, por su parte, considera el suicidio en términos ético-jurídicos: lo reprocha cuando equivale a cobardía o cuando implica injusticia hacia la polis, sosteniendo que la normativa política y el deber hacia la comunidad son marcos de evaluación relevantes (Aristotle, Nicomachean Ethics; discusión contemporánea sobre la lectura aristotélica). La postura aristotélica es paradigmática de una reflexión que mezcla ética personal y deber público, sin traducir necesariamente el acto a una categoría médica.

Las escuelas helenísticas ofrecen matices notables. Los estoicos (representados en Roma por figuras como Séneca y, más tarde, Marco Aurelio) contemplaron circunstancias en las que la muerte voluntaria podía ser coherente con un ideal de vida conforme a la naturaleza: la elección racional de la muerte ante la pérdida irreparable de libertad u honor podía aparecer como un acto íntegro (Seneca; análisis sobre estoicismo y suicidio). Epicúreos y otros autores, en cambio, advertían contra la impulsividad y la acción motivada por terror a la muerte o perturbación pasional; el debate filosófico antiguo distingue con frecuencia entre suicidio “razonable” y destrucción producto de la perturbación del alma.

Las prácticas funerarias y las respuestas jurídicas no fueron uniformes. En algunos contextos griegos, los muertos por voluntad propia podían ser tratados de modo particular en el rito funerario (con variaciones locales), y las fuentes muestran tanto exclusiones rituales como casos donde el suicidio no acarreó estigmatización extrema (la política funeraria ateniense es compleja y sujeta a excepciones) (estudios comparativos sobre rituales funerarios y suicidio en Grecia clásica). En Roma, en cambio, la autoaniquilación de miembros de la élite podía, paradójicamente, ser interpretada como gesto de *dignitas* o *libertas* —existen numerosos ejemplos literarios y históricos donde el suicidio aristocrático se inscribe en un código de honor— aunque también hubo lecturas condenatorias cuando el acto comprometía el orden social (investigaciones sobre muerte honorable y prácticas

romanas). Estas diferencias subrayan que la respuesta social al suicidio estaba fuertemente mediatizada por estatus, sexo y contexto político.

La medicina antigua (el corpus hipocrático y su tradición interpretativa) aportó recursos explicativos que conectaban ciertos actos de autodaño con estados patológicos del ánimo. Los humores y la melancolía aparecen como categorías interpretativas frecuentes para explicar conductas autodestructivas: la «melancolía» podía entenderse como perturbación del equilibrio humoral que afectaba la razón y la voluntad (Nutton, 2004; estudios sobre teorías humorales). No obstante, la medicina hipocrática contiene también un poderoso principio ético-deontológico: el Juramento Hipocrático clásico prohíbe la administración de un «fármaco mortal» si es solicitado para producir la muerte, lo que delimita la intervención médica en torno a la muerte voluntaria y la eutanasia activa (texto del Juramento Hipocrático y su recepción). Dicho principio no significa que los médicos no reconocieran condiciones mentales que predisponían al suicidio, pero sí marca un límite profesional frente a la colaboración deliberada en autoaniquilaciones.

La documentación literaria y artística (drama trágico, epitafios, vasos, estelas) ofrece numerosos ejemplos en que la muerte voluntaria queda inscrita en modelos heroicos o patéticos; la iconografía clásica y la narrativa histórica (casos legendarios y memoriales) contribuyeron a naturalizar ciertos motivos del suicidio —honor, vergüenza, fidelidad— y a transformarlos en lecciones morales o estéticas (análisis iconográfico y literario). Van Hooff, en su estudio exhaustivo de casos grecorromanos, muestra cómo la variedad de motivos y representaciones impide reducir el fenómeno a una sola categoría interpretativa y cómo la recepción cristiana posterior reconfigurará radicalmente estos repertorios (van Hooff, 1990).

Desde la perspectiva de la historia de la medicina, la Antigüedad enseña tres lecciones clave. Primero, que la explicación de la muerte voluntaria osciló entre marcos ético-cívicos y explicaciones natural-patológicas, sin que ninguno monopolizara la interpretación. Segundo, que la medicina antigua ofreció categorías (melancolía, desequilibrio humoral) que servirían de base para posteriores apropiaciones psiquiátricas, aun cuando esas categorías funcionaban en un campo semántico muy distinto al de la psiquiatría moderna (Nutton, 2004). Tercero, que el principio hipocrático de no administrar medios letales marcó un límite profesional anticipado que seguirá influyendo en debates sobre la intervención médica ante la muerte inducida. Estas coordenadas muestran que la relación entre medicina y suicidio comenzó en la Antigüedad como una interacción compleja entre diagnóstico, ética profesional y contexto sociocultural —una lección que la historia clínica moderna debe recordar al enfrentar la pluralidad de causas y significados del suicidio.

3. Edad Media y Renacimiento. Pecado, crimen y primeras fisuras humanistas

Durante la Edad Media europea, el suicidio estuvo dominado por una conceptualización religiosa que lo consideraba un pecado grave y un crimen contra Dios y la comunidad. La recepción de los textos patrísticos y la consolidación del derecho canónico institucionalizaron la condena de la autoaniquilación, relegando la interpretación médica a un papel marginal. Esta etapa histórica se caracteriza por la supresión de explicaciones médicas y la primacía de juicios morales y legales, aunque existen indicios de una lenta aparición de visiones más compasivas o humanistas durante el Renacimiento (Minois, 1999).

3.1. Doctrina cristiana y sanciones canónicas

San Agustín de Hipona (354–430), en *De civitate Dei*, sostuvo que el suicidio era una transgresión directa del mandato divino “no matarás” y, por lo tanto, un acto ilícito incluso si se realizaba para evitar la vergüenza o preservar la integridad moral (Agustín, 426/1998). Esta perspectiva fue reafirmada por Tomás de Aquino (1270/1920), quien argumentó que el suicidio atentaba contra tres órdenes: el propio cuerpo, la comunidad y Dios, constituyendo un pecado tanto individual como social (Aquinus, 1270/1920). La consolidación de estas doctrinas influyó directamente en las legislaciones europeas medievales: los suicidas eran frecuentemente privados de entierro cristiano, sus bienes confiscados y sus familias sancionadas, estableciéndose una política de estigmatización que duró varios siglos (Minois, 1999).

En este contexto, la medicina no tenía autoridad sobre la vida o la muerte voluntaria; los médicos podían tratar enfermedades que predisponían a la desesperación, pero no intervenir para impedir un suicidio que estaba conceptualizado como pecado o crimen. Cualquier intento de argumentar que la persona actuaba bajo perturbación mental era marginal y anecdótico, y no formaba parte de la praxis médica institucionalizada.

3.2. Renacimiento. Primeras fisuras humanistas

Con el Renacimiento, la mirada sobre el suicidio comienza a complejizarse. Algunos pensadores humanistas y literatos cuestionaron la interpretación estrictamente moral y propusieron lecturas más comprensivas. Por ejemplo, Erasmo de Róterdam sugirió que la desesperación y la inhabilidad para soportar ciertos sufrimientos podían explicar, aunque no justificar, la muerte voluntaria (Erasmo de Rotterdam, 1524/1978). Asimismo, la literatura renacentista italiana y española, a través de obras dramáticas y poéticas, empieza a representar el suicidio no solo como transgresión sino como expresión de honor, amor o desesperación existencial, generando repertorios simbólicos que influirán en la percepción social (Minois, 1999).

A pesar de estas fisuras, la estructura social y religiosa seguía condenando la autoaniquilación; sin embargo, los relatos literarios y filosóficos empezaron a dar espacio a la empatía hacia el suicida, anticipando los debates modernos sobre la responsabilidad, la locura y la enfermedad mental. La tensión entre moral, literatura y pensamiento humanista marca un periodo de transición crucial para la historia del suicidio, pues abre la puerta a interpretaciones más complejas y eventualmente a la medicalización que ocurrirá en los siglos XVIII y XIX.

Cuando se incluyan tablas y figuras en el cuerpo del artículo, posiciónelas después del párrafo en el que son descritas. Cuando cite la fuente de información, debe incluirla en la parte de abajo de la figura en una “línea de fuente”. Las tablas y figuras deben estar numeradas y llevar un título breve y descriptivo.

3.3. Medicina y visiones tempranas de la locura

Aunque la medicina permanecía subordinada a la moral y a la teología, ciertos médicos renacentistas comenzaron a explorar causas naturales y psicológicas de la desesperación que podía conducir al suicidio. Autores como Paracelso y otros médicos de tradición renacentista consideraban que el desequilibrio de los humores y la pasión excesiva podían predisponer al suicidio, introduciendo un lenguaje que más tarde se desarrollaría en la psiquiatría (Nutton, 2004). Estas interpretaciones permanecieron marginales y no alteraron la dominancia del marco religioso y legal, pero sentaron las bases conceptuales para un abordaje médico posterior.

3.4. Persistencia del pecado y emergencia de la mirada humanista

La Edad Media consolidó la visión del suicidio como pecado y crimen, excluyendo cualquier explicación médica formal y estableciendo sanciones legales y religiosas que perduraron siglos. El Renacimiento introdujo los primeros matices humanistas, reconociendo que la desesperación y circunstancias extremas podían explicar, aunque no justificar, la autoaniquilación. La medicina, aunque limitada, comenzó a registrar ideas sobre causas naturales y estados del ánimo, creando un vocabulario que será central para la posterior medicalización del suicidio en la Modernidad (Nutton, 2004; Minois, 1999).

4. Modernidad (siglos XVII-XIX). Transición hacia la medicalización del suicidio

La Modernidad representa un cambio significativo en la historia del suicidio: de ser interpretado casi exclusivamente como pecado o crimen, el fenómeno comienza a ser comprendido bajo la luz de la medicina y la incipiente psiquiatría. Este proceso de medicalización no fue inmediato ni uniforme; se desarrolló en paralelo a transformaciones sociales, políticas y culturales que configuraron nuevas formas de control y explicación del cuerpo y la mente.

Durante los siglos XVII y XVIII, especialmente en Inglaterra y Francia, el suicidio seguía siendo un delito según la legislación civil y canónica. Sin embargo, las coronas y los tribunales comenzaron a reconocer la "locura" como factor atenuante. MacDonald (1989) describe cómo jurados y coroners pudieron exonerar a la familia de las sanciones por considerar que el suicida actuaba non compos mentis. Esta estrategia no implica aún una conceptualización estrictamente médica: la idea de "locura" era amplia y podía incluir diversas formas de perturbación del ánimo o de estrés social, pero representó el primer desplazamiento del enfoque legal hacia un discurso proto-médico.

Simultáneamente, el desarrollo de la estadística moral y los primeros censos documentaron tasas de suicidio y tendencias demográficas, lo que permitió comprender el fenómeno como un problema social susceptible de observación y análisis empírico (MacDonald & Murphy, 1990). Esta fase muestra cómo la sociedad comenzó a sistematizar información sobre el suicidio, sentando las bases para su futura interpretación médica.

El cambio conceptual más relevante hacia la medicalización ocurre con la obra de Philippe Pinel (1745-1826), considerado el padre de la psiquiatría moderna. En su *Mémoire sur la manie* (1794), Pinel propone un tratamiento humanitario del enfermo mental y enfatiza la observación clínica, la recogida de historiales detallados y la clasificación sistemática de los trastornos del ánimo (Weiner, 1992). Aunque Pinel no desarrolla una categoría específica de suicidio, sus métodos permiten identificar la autoaniquilación como manifestación de alienación mental y, por lo tanto, de interés médico, anticipando la interpretación psiquiátrica del suicidio como síntoma de enfermedad.

Jean-Étienne-Dominique Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, avanzó esta perspectiva al describir la melancolía y la monomanía como predisponentes al suicidio (Esquirol, 1838). La lipemanía, o tristeza delirante, fue conceptualizada como un estado mental patológico que podía culminar en la autoaniquilación. La obra de Esquirol estableció un vínculo claro entre diagnóstico clínico, pronóstico y tratamiento preventivo, consolidando la autoridad médica sobre la conducta suicida.

La segunda mitad del siglo XIX marcó la consolidación de la psiquiatría como disciplina capaz de observar, clasificar y tratar el suicidio dentro de un marco clínico. La recopilación de casos y la observación sistemática permitieron la identificación de factores de riesgo asociados a enfermedades mentales específicas, como depresión, manía y trastornos del comportamiento (Moscicki, 1997). Esta sistematización contribuyó al establecimiento de

un repertorio conceptual que vinculaba conducta suicida y patología mental, desplazando gradualmente la interpretación moral y religiosa.

Durkheim (1897/1951) complementó esta perspectiva con un enfoque sociológico, evidenciando que la integración y regulación social influyen significativamente en las tasas de suicidio. Aunque no médico, su trabajo fortaleció la idea de que el suicidio puede ser estudiado como fenómeno colectivo, lo que a su vez legitima el interés de la medicina en su prevención y control.

5. Contemporaneidad (siglo XX-XXI). Consolidación psiquiátrica, salud pública y prevención

El siglo XX y el inicio del XXI representan el periodo en que la medicalización del suicidio alcanza su forma contemporánea, integrando la psiquiatría clínica, la epidemiología y la salud pública. La interpretación del suicidio como síntoma de enfermedad mental se fortalece, pero se complementa con enfoques poblacionales, que buscan comprender factores sociales, culturales y económicos asociados a la conducta suicida.

A lo largo del siglo XX, la psiquiatría consolidó la asociación entre suicidio y trastornos mentales. Estudios de autopsia psicológica retrospectiva —metodología desarrollada por Shneidman y otros— muestran que aproximadamente entre el 80 % y 90 % de las personas que se suicidan presentan diagnósticos psiquiátricos, especialmente trastornos del estado de ánimo y trastornos por abuso de sustancias (Cavanagh et al., 2003). Este enfoque permitió identificar patrones de riesgo individuales y reforzó la autoridad clínica en la prevención del suicidio.

Además, los avances en psicología clínica y neurociencia proporcionaron herramientas para evaluar factores predisponentes y desencadenantes, como impulsividad, desesperanza, antecedentes de trauma y enfermedades crónicas. La integración de estas variables contribuyó a la formulación de programas de intervención temprana, estrategias de manejo de crisis y protocolos de hospitalización preventiva.

El enfoque de salud pública complementa la perspectiva clínica, considerando el suicidio como un problema poblacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) ha enfatizado la importancia de estrategias integrales que incluyen restricción de medios letales, educación sobre salud mental, entrenamiento de profesionales sanitarios y campañas de sensibilización social. Este enfoque permite abordar factores socioculturales, económicos y ambientales que influyen en la conducta suicida, en contraste con un modelo exclusivamente individualista.

La recopilación sistemática de estadísticas sobre suicidio, tendencias demográficas y grupos de riesgo ha facilitado la identificación de patrones de alta incidencia y ha permitido diseñar intervenciones más efectivas y dirigidas. La combinación de intervenciones clínicas y de salud pública refleja un entendimiento multidimensional del suicidio que integra biología, psicología y factores sociales.

A pesar de los avances, la medicalización contemporánea enfrenta críticas: puede invisibilizar determinantes sociales del suicidio, reforzar la estigmatización de los trastornos mentales y naturalizar la intervención médica como única solución (Marsh, 2013). Además, la evidencia indica que factores culturales y contextuales modulan de manera significativa el riesgo suicida, por lo que estrategias exclusivamente biomédicas pueden ser insuficientes en ciertos contextos (Gearing et al., 2015).

Las humanidades médicas ofrecen un marco para abordar estos desafíos, promoviendo la reflexión sobre las implicaciones éticas, culturales e históricas de las prácticas clínicas y políticas de prevención. El análisis histórico permite cuestionar supuestos contemporáneos y diseñar estrategias de salud más sensibles y contextualizadas.

6. Conclusiones

La evolución histórica del suicidio, observada desde la historia de la medicina, revela un tránsito complejo desde la interpretación moral y religiosa hacia la conceptualización médica y psiquiátrica. En la Antigüedad, Grecia y Roma desarrollaron un repertorio ético y filosófico que combinaba la reflexión moral con las primeras nociones de desequilibrio del ánimo, aunque la autoridad médica era incipiente y limitada (van Hooff, 1990; Nutton, 2004). Durante la Edad Media, el suicidio se consolidó como pecado y crimen, con sanciones legales y eclesiásticas, y la medicina quedó relegada a un papel periférico (Agustín, 426/1998; Minois, 1999). El Renacimiento introdujo fisuras humanistas que permitieron considerar factores individuales y emocionales, sentando las bases para la posterior medicalización.

En la Modernidad, los siglos XVII al XIX, se produjo la transición decisiva hacia la intervención médica. La noción de *non compos mentis* y los desarrollos de Pinel y Esquirol transformaron el suicidio en un fenómeno susceptible de diagnóstico, tratamiento y prevención clínica (Weiner, 1992; Esquirol, 1838; MacDonald, 1989). La psiquiatría emergente incorporó la observación sistemática, la clasificación de enfermedades mentales y la recopilación de estadísticas, consolidando la autoridad médica sobre la conducta suicida. Paralelamente, el análisis sociológico de Durkheim aportó la comprensión del suicidio como fenómeno social, anticipando estrategias preventivas de salud pública (Durkheim, 1897/1951).

En la contemporaneidad, la psiquiatría moderna y la salud pública se integran en un enfoque multidimensional. La autopsia psicológica, la epidemiología y los programas de prevención basados en evidencia consolidan la medicalización, al tiempo que la perspectiva de humanidades médicas subraya la importancia de contextualizar históricamente el fenómeno y reconocer sus determinantes sociales, culturales y éticos (Cavanagh et al., 2003; Marsh, 2013; Gearing et al., 2015; WHO, 2014). Este enfoque integral permite comprender el suicidio no solo como síntoma de enfermedad, sino como un acto situado en la intersección de lo individual, lo social y lo cultural, ofreciendo una base para intervenciones más sensibles, éticas y contextualizadas.

El recorrido histórico demuestra que la autoridad médica sobre el suicidio ha sido construida progresivamente, negociando límites entre moral, derecho, ética profesional y ciencia clínica. Cada periodo histórico aporta lecciones fundamentales: la Antigüedad muestra la tensión entre filosofía y primeras nociones médicas; la Edad Media evidencia la primacía del marco moral y legal; la Modernidad marca la consolidación de la psiquiatría como disciplina; y la contemporaneidad combina prevención clínica y salud pública, sin perder de vista la dimensión cultural y ética. Desde la perspectiva de las humanidades médicas, este análisis histórico permite cuestionar supuestos contemporáneos y diseñar políticas y prácticas de intervención más comprensivas y humanizadas.

Finalmente, resulta crucial entender que el estudio histórico-médico del suicidio ofrece herramientas críticas para comprender su complejidad y pluralidad de significados, y subraya la importancia de integrar perspectivas clínicas, sociales y culturales en la prevención y manejo de la conducta suicida en la sociedad contemporánea.

Referencias

- Agustín de Hipona. (1998). *The City of God against the Pagans* (R. W. Dyson, Trad.). Cambridge University Press. (Obra original publicada ca. 426).
- Aquinas, T. (1920). *Summa Theologica* (Fathers of the English Dominican Province, Trads.). Benziger. (Obra original publicada ca. 1270).
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.
- Durkheim, É. (1951). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trads.). The Free Press. (Obra original publicada 1897).
- Erasmo de Rotterdam. (1978). *Discusión sobre el libre albedrío: Respuesta a Martín Lutero* (Nombre Apellido, Trad./Ed.). (Obra original publicada en 1524 como De libero arbitrio diatribe sive collatio).
- Esquirol, J.-É.-D. (1838). *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal* (Vols. 1–2). Paris: J.-B. Baillière.
- MacDonald, M. (1989). The medicalization of suicide in England: Laymen, physicians, and cultural change, 1500–1870. *The Milbank Quarterly*, 67(Supl. 1), 69–91.
- MacDonald, M., & Murphy, T. R. (1990). *Sleepless souls: Suicide in early modern England*. Oxford: Clarendon Press.
- Marsh, I. (2013). The uses of history in the unmaking of “modern suicide”. *Journal of Social History*, 46(4), 1048–1068.
- Minois, G. (1999). *History of suicide: Voluntary death in Western culture* (L. G. Cochrane, Trad.). University of Chicago Press.
- Nutton, V. (2004). *Ancient Medicine* (2.ª ed.). Routledge.
- Suicide Act 1961, c. 60. (1961). [Legislation.gov.uk](https://www.legislation.gov.uk).
<https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60/enacted>
- van Hooff, A. J. L. (1990). *From autothanasia to suicide: Self-killing in Classical Antiquity*. Routledge.
- Tuominen, M. (2014). Tell Him to Follow Me as Quickly as Possible: Plato’s Phaedo (60c–63c) on Taking One’s Own Life. In M.-L. Honkasalo & M. Tuominen (Eds.), *Culture, Suicide, and the Human Condition* (pp. 77–104). Berghahn Books.
- Weiner, D. B. (1992). Philippe Pinel’s “Memoir on Madness” of December 11, 1794: A fundamental text of modern psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 725–732.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>