

**¿Suicidio, patología o decisión razonada?**

***¿Suicide, pathology or reasoned decision?***

Pablo Vargas Rojas <sup>1</sup>

(Recibido: 30/09/24 • Aceptado: 01/11/24)

---

<sup>1</sup> Doctor en Derecho por la Universidad de Costa Rica. Máster en Criminología por la Universidad Estatal a Distancia. Especialista en Justicia Constitucional y Derechos Humanos por la Universidad de Pisa, Italia. Juez del Tribunal Penal del Poder Judicial de Costa Rica.  
Correo: pablovr07 gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0678-9125>

**Resumen:** Este ensayo aborda el cuestionamiento sobre la racionalidad del suicidio, lo expone como un problema de salud pública vinculado a la existencia de trastornos mentales. Evidencia la debilidad racional en la libertad de decidir cómo y cuándo morir en casos donde ni siquiera existe un compromiso vital. De esta forma, refleja la desatención de las causas asociadas a los padecimientos mentales, cuyo situación es más crítica en poblaciones vulnerables, como los adultos mayores y las víctimas de violencia de género.

**Palabras Clave:** Suicidio racional. Perspectiva de Género. Salud Pública. Enfermedad terminal.

**Abstract:** This essay addresses the question of the rationality of suicide, exposing it as a public health problem linked to the existence of mental disorders. It shows the rational weakness in the freedom to decide how and when to die in cases where there is not even a vital commitment. In this way, it reflects the neglect of the causes associated with mental illnesses, whose situation is more critical in vulnerable populations, such as older adults and victims of gender violence.

**Keywords:** Rational suicide. Gender Perspective. Public health. Terminal diseases

## Índice

1.1	Suicidio y salud pública.....	2
1.2	El suicidio como trastorno.....	5
1.3	Condición de Género en medio de la racionalidad del suicidio.....	9
1.4	Suicidio y enfermedad terminal.....	15
	Conclusión	
	Bibliografía	

## Introducción

Esta es una reflexión sobre la manifestación e ideación suicida, donde se analiza si puede ser catalogada como un trastorno mental, o surgir como consecuencia de

condiciones específicas de vulnerabilidad que afectan la salud mental, tales como la violencia de género, ser adulto mayor o el padecer una enfermedad terminal. Lo anterior, como interrogante directa de su racionalidad, en momentos en los que la eutanasia directa activa y el suicidio asistido se promueven sin restricción como un nuevo derecho.

La mejora de las condiciones sanitarias de las personas, no implica la negación de su situación patológica con un resultado final y definitivo, como lo es la muerte prematura; en ese tanto, el bio derecho tiene como reto la conjunción de la ciencia, la ética, el derecho y la salud, como punto de equilibrio sin que alguno de estos campos de estudio pese o se imponga sobre los otros, como sucede cuando se acogen nuevas prácticas en preeminencia de la autonomía individual.

### 1.1 Suicidio como problema de salud pública

La Organización Mundial de la Salud reconoce que el tratamiento del suicidio es una prioridad para la salud pública. Es así como ha creado el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), y es el suicidio uno de los problemas que aborda prioritariamente. Este programa proporciona orientación técnica basada en la evidencia para ampliar la prestación de servicios y la atención en los países a los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias<sup>2</sup>.

Además, como un intento por consensuar medidas preventivas, la OMS había creado el Programa de Prevención del Suicidio (SUPRE). A este esfuerzo se han unido algunos países, como España, por ejemplo, con la creación de la Asociación Internacional del Teléfono de la Esperanza (ASITES), cuya misión es promover la salud emocional de las personas en crisis, mediante redes de ayuda preventiva de carácter gratuito.

En Costa Rica, existe la red de apoyo “Aquí Estoy”, impulsada por el Colegio de Profesionales en Psicología, con números de emergencia, información sobre la prevención y acompañamiento hacia la persona que intenta suicidarse o ha sobrevivido a un intento. También existe el programa “Casitas de escucha” para ayudar en la salud mental de la población infanto-juvenil.

Con estos antecedentes, parece que el suicidio es tratado como un problema de salud pública, asociado en muchos casos a la existencia de trastornos psicológicos o

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud, 17 de junio del 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Consultado el 05-05-2022)

patologías psiquiátricas. Así, los entes encargados de velar por este campo del desarrollo humano, se preocupan por aquellas afecciones que pueden llevar a una persona a intentar quitarse la vida. La prevención del suicidio dentro del ámbito de la salud atañe al tratamiento de la salud mental.

Existen informes de causas asociadas al suicidio que establecen esa relación en términos porcentuales. Así se dice, según Bertolote y Fleischmann, que existe una estrecha relación entre el suicidio y las enfermedades mentales, pues están presentes en más del 90% de todos los casos de suicidio<sup>3</sup>. A través de la autopsia psicológica, que incluye antecedentes médicos y entrevistas con familiares, se ha determinado que por lo menos el 90% de los quienes se suicidan padecen una patología mental. Entre estas patologías, destaca, por mucho, la depresión. Otro elemento que aparece es el problema con drogas y alcohol<sup>4</sup>. Al respecto, sobre las causas, Christine Moutier se refiere de la siguiente manera:

El factor más frecuente que contribuye al comportamiento suicida es la depresión, incluyendo la depresión que forma parte del trastorno bipolar, involucrada en más del 50% de los intentos de suicidio y en un porcentaje aún mayor de suicidios consumados. La depresión puede ocurrir de forma inesperada, estar desencadenada por una pérdida reciente u otro evento perturbador o ser consecuencia de una combinación de factores. Los problemas en la relación matrimonial, un arresto reciente o problemas con la ley, las relaciones amorosas difíciles o que concluyen, los conflictos con los padres o el acoso escolar (en el caso de los adolescentes) o la pérdida reciente de un ser querido (sobre todo en la población de edad avanzada), pueden ser algunos de los desencadenantes de un intento de suicidio en las personas con depresión. El riesgo de suicidio es mayor si las personas con depresión también sufren un grado significativo de ansiedad.<sup>5</sup>

El suicidio, se muestra, así como la consecuencia de la falta de atención de un problema de salud mental y del abordaje de un hecho traumático en la vida. Por salud mental se ha entendido lo siguiente:

---

3. Organización Panamericana de la Salud, "Informe regional. Mortalidad por suicidio en las Américas (2014)", OPS, 2. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

4. Gustavo Turecki, "90% de las personas que se suicidan padecen enfermedad mental", *El País*, Sección Noticias Médicas, 17 de agosto del 2019. [https://elpais.com/elpais/2018/07/18/ciencia/1531902097\\_612165.html](https://elpais.com/elpais/2018/07/18/ciencia/1531902097_612165.html)

5. Christine Moutier, "MSDM manual", MDS Manuals (julio 2021). <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida> (consultado el 20-06-2022)

La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el [estrés](#), nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la [niñez](#) y la [adolescencia](#) hasta la adultez y la [vejez](#).<sup>6</sup>

La salud mental se relaciona con la forma en cómo se afronta la vida y el suicidio es una forma de escape ante la realidad que el individuo valora como insostenible, ya sea por condiciones físicas, familiares, sociales u otras que le hacen experimentar un nivel de estrés poco controlable. Todo esto es precisamente lo que busca subsanar el tratamiento psicológico y psiquiátrico en las personas; pretende ayudar a encontrar un punto de estabilidad emocional consigo mismo, para enfrentar la realidad que vive.

El problema del suicidio y de la salud mental no es ajeno a Costa Rica, ya se vio como existen redes de apoyo para prevenir el suicidio, pero, además, la Organización Panamericana de la Salud elaboró un antecedente sobre la realidad nacional en el 2004, se trata del informe llamado “Situación actual de la salud mental en Costa Rica”. En este, se refiere que la depresión es el trastorno mental asociado, más frecuentemente, con la conducta suicida; también se ha observado una asociación con la esquizofrenia, el abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias psicoactivas y los trastornos de la personalidad<sup>7</sup>.

Es así como el vínculo existente entre la depresión y suicidio es un problema de realidad nacional, sin obviar que el consumo de sustancias psicoactivas, es también un perturbador de la capacidad de juicio, y estas son otras de las fuentes asociadas con este mal.

Estos primeros datos estadísticos ayudan a identificar el suicidio como una conducta anómala del ser humano ante situaciones de conflicto emocional. Permiten cuestionar si tales decisiones tienen o no un origen racional, con plena consciencia de los individuos, y en ese tanto, si lo necesario es un cambio de paradigma en la forma de analizar estas acciones, para concebirlas como algo normal o tal posición resulta contradictoria con la salud mental. Este análisis es de interés, en momentos donde la eutanasia en todas sus formas se proclama como nuevo derecho en otras latitudes,

---

6. Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, Medline Plus “Mental Health”. <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html> (Consultado el 02-05-2022).

7. Organización Panamericana de la Salud, Informe Situación Actual de la Salud Mental en Costa Rica (San José: Ministerio de Salud, 2004), 22.

generando la posibilidad de disponer de la vida como y cuando se desee.

## 1.2 El suicidio como trastorno

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* describe el trastorno de comportamiento suicida como una perturbación que requiere mayor estudio, pero lo ubica como un trastorno mental independiente, ya no asociado a la depresión u otros padecimientos, ni como consecuencia de estos, sino como una afección propia, cuya manifestación es la presencia de un intento suicida<sup>8</sup>.

De tal suerte, la conducta suicida es ya para los psicólogos una patología por sí misma. Quien presenta ideas suicidas y busca materializarlas es una persona que no se encuentra emocionalmente estable, sus actos no son normales. Como crítica a este catálogo del trastorno y la relación que existe entre ese 90% de suicidios vinculados con patologías psicológicas, varios autores del Servicio de Salud del principado de Asturias en España, en un trabajo común, señalan que las autopsias psicológicas se practican a familiares que necesitan una explicación sobre el hecho para asumir el duelo y que esto incide en esos diagnósticos. Para ellos, se deja de lado que no todos quienes padecen enfermedades mentales o depresión se suicidan y que, si se buscan contextos vitales problemáticos, posiblemente en el 100% de los casos se encuentre, lo cual le quita la posibilidad al suicidio de ser concebido como algo racional.<sup>9</sup>

Asimismo, expresan que si bien el 90% de los suicidios se asocia a psicopatologías, esto no permite afirmar que esa sea la causa, pues cuando alguien sufre de cáncer, esta no es la causa del suicidio, sino el evitar el sufrimiento de una enfermedad terminal, como pérdida irreversible de un proyecto vital, y que, en ese caso, puede resultar racional el suicidio, lo cual hace ver que se estaría ante ese otro 10%. Estos autores brindan algunos ejemplos de pérdida de familiares que no son superadas por el sujeto activo y que, en consecuencia, llevan al individuo al suicidio, lo cual descarta que este se dé por causas patológicas o psiquiátricas, así como la relación del suicidio como síntoma

---

8. Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5)* (Arlington, Editorial Medica Panamericana, 2014), 801.

<sup>9</sup> Juan García Haro, Henar García Pascual, Marta González, Sara Barrio Martínez, Sara y Rocío García Pascual, Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria, *Revista Papeles del Psicólogo. Madrid*, Vol. 41, N°01 (enero-abril, 2020).

de esas patologías<sup>10</sup>.

Sin embargo, ante tal posición surge la siguiente crítica, y es que estos autores descartan señalar que las autopsias psicológicas se practican a las personas más cercanas a los difuntos, no siempre familiares; entre ellos hay compañeros de trabajo, médicos tratantes, entre otros, y son ellos quienes conocen la situación antes del deceso. Además, incurren en la falacia de indicar que la información aportada por los familiares siempre se encuentra viciada por la necesidad de afrontar el duelo, lo cual no es cierto y prueba de ello es que existen conductas suicidas a las cuales no se les encuentra explicación, y ese porcentaje obedece a ese 10% restante.

De esta forma, se reconoce que no todos los casos son iguales, y no se puede partir de argumentos generalizados para justificar o tapan la racionalidad del suicidio. Estos autores pretenden dar racionalidad a un estado anormal del individuo, producto del reconocimiento de una enfermedad grave o un duelo que ellos mismos reconocen como motivo de la conducta suicida. Para llegar a esta conclusión, no es necesario tildar de racional el suicidio, y bien se podría catalogar como un síntoma normal de la situación en conflicto. Lo anterior porque una vez descartado el problema, en términos normales, las personas usualmente no recurren a esta práctica fatal.

Un duelo no superado es una depresión, y una enfermedad no aceptada también. Se está ofreciendo el suicidio como receta médica a situaciones propias de la vida, para evitar enfrentar condiciones normales propias del diario vivir. La experiencia forense y psicológica han determinado que la mayoría de los casos presentan las patologías ya indicadas o se relacionan con las causas apuntadas; no existe documentación sobre persona alguna que, de forma ajena a algún problema vivencial, considere el suicidio como una alternativa razonable.

Incluso, el DSM-5 identifica también el trastorno de duelo complejo persistente, que puede llevar a cuadros depresivos<sup>11</sup>. De esta forma, los ejemplos dados de una enfermedad o del duelo no justifican ni hacen racional la conducta suicida; la explican, sí, y determinan la necesidad de apoyo psicológico en el paciente.

Los mismos autores apuntan a que ese 10%, cuyas causas son desconocidas, corresponde a una decisión racional sin ningún dato que apoye esa hipótesis, descartando

---

10 Juan García Haro, Henar García Pascual, Marta González, Sara Barrio Martínez, Sara y Rocío García Pascual, Suicidio y trastorno mental: una crítica necesaria, *Revista Papeles del Psicólogo. Madrid*, Vol. 41, N°01 (enero-abril, 2020).

11 Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales (DSM-5)* (Arlington, Editorial Medica Panamericana, 2014), 172.

la posibilidad de obedecer a un grupo del cual no se pudo obtener información alguna sobre la motivación que los llevó a morir. Que exista un porcentaje de suicidios de los cuales se desconoce la motivación es diferente a señalar que ese porcentaje pueda obedecer a una decisión razonada.

No se puede negar la existencia de un trastorno psicológico justificándolo en la causa de la perturbación, esto no lo convierte en racional. En la vida, existen muchas situaciones de conflicto, y esto no justifica el suicidio como método para afrontar un problema vivencial. En relación con lo anterior, Jorge Rafael Torres Morelos señala lo siguiente:

La perspectiva clínico-psicopatológica pone de relieve el verdadero fondo del hecho del suicidio; no se detiene en las motivaciones que el suicida declara, sino que dirige su atención a las causas que dan origen a las tendencias suicidas. El resultado más interesante es que por lo regular el suicida no busca la muerte en cuanto tal, sino la solución de los urgentes problemas de la vida.<sup>12</sup>

Por su parte, Gustavo Turecki, se refiere al tema de la siguiente manera:

Es arriesgado hablar de eventos específicos. Un evento puede desencadenar un episodio depresivo. Hay que diferenciar un factor precipitante de un factor causal, y hay que tener cuidado cuando hablamos del suicidio como una decisión consciente. La depresión nubla las decisiones, nuestra percepción. La sensación de desesperanza es muy grande. Hay distorsiones cognitivas. Vemos la realidad de otra forma. Los problemas se ven como montañas. Las ideas suicidas son comunes en estados de depresión mayor.<sup>13</sup>

De tal forma, la misma ciencia ha identificado que en situaciones de crisis es difícil vislumbrar con lucidez la mejor opción de salida, y esto es algo que se debe analizar con detalle, más cuando se habla de la vida de las personas. También es cierto que no todos los que padecen un trastorno mental o una patología se suicidan, pero esto obedece al tratamiento y acompañamiento que reciben. Lo anterior demuestra la efectividad de la prevención.

Igual sucede cuando se asocia el suicidio al consumo de una sustancia psicoactiva; es evidente que la capacidad de juicio en estos casos se ve comprometida. El consumo de

---

12 José Rafael Torres Morelos, "Aspectos éticos y legales de la muerte" (Tesis de Diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de Tanatología, 2012), 49.

13. Gustavo Turecki, 90% de las personas que se suicidan padecen enfermedad mental, *El País*, Sección Noticias Médicas, 17 de agosto del 2019. [https://elpais.com/elpais/2018/07/18/ciencia/1531902097\\_612165.html](https://elpais.com/elpais/2018/07/18/ciencia/1531902097_612165.html)



la droga no hace racional el suicidio y demuestra que en el tratamiento de su causa está la prevención.

En Costa Rica, según estadísticas del Poder Judicial, para el 2014, en un total de 302 muertes por suicidio, se identificaron las siguientes causas: 27 por problemas personales, 37 por problemas económicos, 26 por problemas con drogas, 33 por problemas mentales, 27 por problemas familiares, 10 por problemas con la justicia, 3 por depresión por soledad, 96 por problemas de pareja, 8 por problemas con el licor, 10 por depresión por la muerte de un familiar, 16 por problemas de salud, 1 por problemas laborales, 8 información ignorada<sup>14</sup>. Como se puede apreciar, todas las causas son propias de tratamiento psicológico o psiquiátrico, incluso las asociadas a los problemas de salud, todas evidencian un escape de la realidad, salvo las ocho de las cuales se ignora el motivo.

Así pues, se evidencia también que no basta con indicar que la situación mental es fundamento para el suicidio, es necesario ahondar en el origen de la perturbación para entender el problema que lleva a un individuo a intentar acabar con su vida. Afrontar el suicidio como algo racional frente a estas manifestaciones es obviar la responsabilidad sanitaria en la atención de las crisis que viven las personas. Sobre esta obligación, el Comité de las Naciones Unidas, en su recomendación número 36, señaló:

El Comité considera que los Estados partes deben reconocer que las personas que planifican o intentan suicidarse pueden verse llevadas a ello debido a una crisis momentánea que puede afectar a su capacidad para tomar decisiones irreversibles, como poner fin a su vida. Por tanto, los Estados deben adoptar medidas adecuadas, sin incumplir sus otras obligaciones derivadas del Pacto, para prevenir los suicidios, especialmente entre las personas que se encuentran en situaciones particularmente vulnerables.<sup>15</sup>

Consecuentemente, es una preocupación internacional, sanitaria y claramente jurídica. Ya se conoce que existen condiciones las cuales afectan la situación mental de las personas, y esas vivencias hacen a estos grupos vulnerables. En ese sentido, es muy cuestionable, argumentar en favor de prácticas como la eutanasia activa o el suicidio asistido, cuando el padecimiento no es terminal, porque impone una libertad y poder de

---

14. Poder Judicial de Costa Rica, "Personas fallecidas en Costa Rica por suicidio durante el 2014", Dirección de Planificación. [https://sistemaplanificacion.poderjudicial.go.cr/php/estadistica\\_ju\\_po/Suicidios\\_20142021-03-26\\_12-16-59.pdf](https://sistemaplanificacion.poderjudicial.go.cr/php/estadistica_ju_po/Suicidios_20142021-03-26_12-16-59.pdf)

15 Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. "Recomendación 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. Aprobadas por el comité en su 124° periodo de sesiones, del 08 de octubre al 02 de noviembre del 2018, publicado el 03 de setiembre del 2019"

decisión sobre la vida en medio de una situación de conflicto. Ni qué decir en los casos en que tales prácticas se fundamenten propiamente en una perturbación mental.

### 1.3 Condición de género en medio de la racionalidad del suicidio

En aras de evidenciar que se está frente a un problema de lucidez mental, que no solo sufre el enfermo terminal, sino también otros sectores vulnerables de la población, como las mujeres víctimas de violencia doméstica, se debe abordar el tema con perspectiva de género. Así, por ejemplo, en condiciones de vida muy activas y productivas, las mujeres víctimas de violencia doméstica a manos de su pareja pueden caer en una depresión crónica, y la responsabilidad estatal en estos casos debe consistir en ofrecer apoyo y medios para rediseñar su proyecto de vida, no en desatender su afectación y facilitar la muerte.

La inmersión sostenida en un ciclo de violencia y agresión tiene consecuencias nefastas en la autoestima de la víctima y en su percepción del entorno. Por lo tanto, no se trata de una persona que pueda vislumbrar con lucidez su futuro. Así, Paulina Paz explica lo siguiente:

La severidad o duración de la violencia se asocia a la severidad de la depresión (...) la depresión es precedida por la vivencia de violencia doméstica. En suma, la violencia doméstica podría ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante, lo que desencadena un cuadro depresivo, que se ve mantenido por la percepción de la víctima de falta de control sobre los acontecimientos, su pérdida progresiva de autoestima, las condiciones de aislamiento a las que se ve sometida con la pérdida de actividades gratificantes que ello conlleva, los sentimientos de culpa y la falta de proyección de futuro, debido al clima de maltrato en que vive.<sup>16</sup>

Es evidente que este cuadro clínico merece atención, y no se trata de negar la condición psicológica de la víctima, pero sí de reflexionar las consecuencias de admitir la eutanasia o el suicidio asistido a un grupo de pacientes, que también son crónicos, frente a los cuales, la causa de su sufrimiento responde a una desprotección estatal, y a un problema sin resolver.

Si una paciente de esta categoría llega a ser objeto de un diagnóstico de depresión

---

<sup>16</sup> Paulina Paz Rincón González, "Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención" (Tesis de doctorado en Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 2003), 34-35.

crónica, el Estado que admite la eutanasia en casos de padecimientos mentales, podría estar promoviendo una respuesta fatal ante un problema de salud y seguridad social, al negar sus causas y agravar la situación de víctima de quien sufre tal condición. La eutanasia sería un medio de evasión de su responsabilidad. Al respecto, Iris María documenta lo siguiente:

En un estudio descriptivo realizado en Costa Rica con pacientes que hicieron intento de suicidio (Batres:1981) se encontró que el 70.4% de las pacientes de la muestra eran mujeres jóvenes y el evento más reportado, 55%, fue el de insatisfacción y violencia en las relaciones maritales o de noviazgo. Este estudio también explora la relación entre el estrés psicosocial y desórdenes afectivos, encontrándose que el 55% de las mujeres se dedicaban a oficios domésticos con poca satisfacción.<sup>17</sup>

De esta manera, las posibilidades de realización de las mujeres, el acceso al estudio, al trabajo, el verse sometidas a una condición precaria de vida con pocas oportunidades de superación, las obliga, en ocasiones, a estar inmersas en el ciclo de violencia, producto de la dependencia económica, social y afectiva. Los hijos, por ejemplo, y el apego familiar son condiciones que pesan en estos entornos. Causas que empujan al suicidio y que se respaldan en las estadísticas. Esto demuestra que la inclinación por el suicidio en ellas obedece a ambientes lesivos, que el Estado no puede consentir y considerar racionales a la hora de valorar un diagnóstico por depresión crónica. Nuevamente, esta autora explica lo siguiente:

Desde la modificación establecida en el DSM-IV sobre lo que se considera un suceso traumático, la violencia doméstica ha pasado a constituir un estresor capaz de provocar el Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y, por lo tanto, se ha empezado a investigar este trastorno como una de las posibles consecuencias del maltrato.<sup>18</sup>

El estudio de estos casos no puede ser meramente actual. No se trata de diagnosticar una depresión crónica por su permanencia en el tiempo, por los síntomas presentados, sin ahondar más en las causas de esa depresión. Bajo la etiqueta de la depresión crónica, es peligroso admitir la eutanasia o el suicidio asistido.

---

<sup>17</sup> Iris Obando Hidalgo, *Violencia familiar y depresión en las mujeres*, *Revista de Trabajo Social de la CCSS*, N°69 (octubre del 2007): 67.

<sup>18</sup> Paulina Paz Rincón González, "Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención" (Tesis de doctorado en Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 2003), 36.

Máxime al considerar que no es extraño para la ciencia catalogar la depresión crónica como una incapacidad mental. Es cierto, que no se trata de un incapaz total, pues, la persona aún se puede valer por sí misma para muchas labores cotidianas, pero su capacidad de juicio, la proyección a futuro y su situación, incluso dentro del mismo ciclo de violencia doméstica, son parte de las consideraciones que se ven gravemente afectadas. Al respecto, Martha Thomen Bastardas, explica:

El trastorno depresivo persistente o trastorno distímico, es un trastorno depresivo del estado de ánimo que se conoce socialmente como depresión crónica. La persona que sufre esta cronicidad se encuentra bajo un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día y aunque sus síntomas cursen con menor gravedad que en la depresión mayor, es muy importante su atención lo antes posible, debido a la duración persistente de los síntomas. Las personas con depresión crónica tienden a estar habitualmente con un estado de ánimo deprimido, cansados, con una visión negativa de sí mismos, del mundo y del futuro y con sentimientos de desesperanza, viendo todo su alrededor de forma negativa.<sup>19</sup>

En consecuencia, si la depresión provoca visiones negativas sobre el futuro de las personas, jamás se podría considerar la eutanasia o el suicidio asistido como una práctica viable frente a un individuo que tiene comprometida su capacidad de juicio respecto del futuro. Este análisis es de mucha actualidad, pues no se aleja de la realidad, ya que existen antecedentes jurisprudenciales del Tribunal Europeo de Derechos Humanos contra Suiza, en los que se analiza la viabilidad del suicidio asistido en el caso de las enfermedades mentales<sup>20</sup>.

José Antonio Morena Pardo, explica también la diferencia de una depresión clínica y la que consiste en un trastorno depresivo mayor, de la siguiente manera:

Mientras que el primero suele tener repercusiones menores y es transitorio, el trastorno depresivo mayor es una enfermedad mental que reduce de forma directa la esperanza de vida de una persona y que puede provocar incluso el suicidio. En términos de psicología, la depresión mayor puede llegar a considerarse una discapacidad psíquica o una enfermedad mental. Y es que, los factores de vulnerabilidad que sufren estas personas son similares a los

---

<sup>19</sup> Marta Thomen Bastardas, “¿Qué es la depresión crónica? Síntomas, causas y tratamiento”, *Psicología-Online* (03 de setiembre del 2019). <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-depresion-cronica-sintomas-causas-y-tratamiento-4492.html> 24-04-23

<sup>20</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Caso Hass vs Suiza, 31322/07 del 20 de junio del 2011. Caso Gross vs Suiza, del 14 de mayo del 2013, Caso Gross vs Suiza 67810/10 del 30 de setiembre del 2014.

de otros trastornos de la discapacidad intelectual.<sup>21</sup>

Incluso, a diferencia de un enfermo terminal, la víctima de violencia doméstica ve comprometidas sus capacidades de juicio para realizar disposiciones patrimoniales, producto del sistema de marginación y dominación en el que se encuentra. Al punto de que la *Ley de penalización de violencia contra las mujeres en Costa Rica* sanciona diferentes formas de agresión patrimonial en perjuicio de estas víctimas, pues se entiende que, bajo el régimen de sumisión, son susceptibles de ver disminuidas sus libertades de disposición.

Esto impone una autocrítica a la regulación legal en pro de la eutanasia o del suicidio asistido cuando existen padecimientos psicológicos y se aplican de forma general en la población, sin hacer un estudio particular del público meta. Según María Teresa López de la Vieja, esto obedece a que poco se aplica la bioética con un enfoque de género. Esta autora plantea como crítica, las siguientes interrogantes en el ámbito de la investigación médica: ¿por qué no se conocen bien los efectos de ciertos medicamentos para la salud de las mujeres? Y ¿por qué muchos ensayos no se hacen con igual número de mujeres que de hombres?<sup>22</sup> Se rescata así que existe un olvido en estos temas por conocer la condición particular de las mujeres e igual se hace con la eutanasia y el suicidio asistido.

No se puede invocar estas prácticas de forma general para la patologías psicológicas y psiquiátricas sin hacer un mayor estudio con perspectiva de género. Parte de ello es cuestionar si en las conductas relacionadas con el fin de la vida, estas mujeres tienen plena capacidad para otorgar un consentimiento informado y disponer de su vida. Continúa López de la Vieja de la siguiente manera:

¿Cómo ignorar que existen límites para el ejercicio pleno de la autonomía? ¿Qué significa el consentimiento informado para quien está en posición asimétrica, de inferioridad? ¿Cómo puede haber distribución justa de los cuidados donde funcionan los estereotipos tradicionales? ¿Por qué la mayoría de cuidadores han de ser “cuidadoras”? ¿Por qué tantos donantes vivos son “las donantes”? Había y hay muchas preguntas por hacer, sobre todo en

---

<sup>21</sup> José Antonio Morena Pardo, ¿Puede la Depresión derivar en una discapacidad? *Fundación Juan XXIII, Noticias* (19 de junio de 2017). <https://blog.fundacionjuanxxiii.org/noticias/depresion-derivar-en-discapacidad#:~:text=En%20t%C3%A9rminos%20de%20psicolog%C3%ADa%2C%20la, trastornos%20de%20la%20discapacidad%20intelectual.> (consultado el 15 de junio de 2023)

<sup>22</sup> María Teresa López de la Vieja, Bioética feminista, *Dilemata*, año 6, N.º 15 (2014): 148.

el ámbito de la salud, tan presente en la vida cotidiana.<sup>23</sup>

Esta reflexión lleva a pensar no solo en las mujeres, sino en cualquier población vulnerable. Cuánto no influye en la decisión de una madre de hogar, el poder terminar con su vida, porque no hay quien la cuide, porque antepone su vida al bienestar de sus hijos, a quienes no quiere molestar, o por no causar mayores gastos económicos. ¿Es acaso eso una decisión libre y autónoma? Máxime cuando la vida social la empuja a terminar de forma prematura sus días, y esto sucede también con los adultos mayores en la misma condición.

Lo anterior llama la atención sobre que el enfermo terminal o la mujer víctima de violencia, parecieran tener poco derecho a vivir, derecho sobre el cual importa más la responsabilidad de no generar gastos económicos ni atenciones. Su situación se convierte crónica y, por lo tanto, indigna de vivir. Esto es consecuencia también de la irreflexión en las condiciones particulares de las mujeres, quienes arrastran esta marginación desde antaño y ahora se quiere imponer a los adultos.

Según Miguel Isais Contreras, las mujeres manifestaban mayores alteraciones orgánicas que solo a inicios del siglo XX comenzaron a descifrarse. Entre ellas la falta de comprensión de la ovulación, la pubertad, la menstruación, la concepción, la lactancia y la menopausia, lo cual las hacía, en ocasiones, propensas a sufrir inestabilidades mentales y fuesen impulsadas al suicidio<sup>24</sup>.

Una mujer en el hogar, llegaba a depender moral e ideológicamente del hombre quien definía las pautas de vida. Esto hizo que se invisibilizara su situación psicológica y se negará las causas del suicidio en la mujer, pues, por su rol de madres, por su función matriarcal, quienes todo lo aguantaban dentro del hogar, con un cuerpo que prácticamente no les es propio, son obligadas a cumplir funciones sociales por encima de su estabilidad emocional. Esa nueva comprensión implica cambios en la forma en que el sistema de salud aborda también sus padecimientos, para hacer conciencia, no para negarlos a través del suicidio.

Es lamentable que el Estado traduzca la carencia en ciertas áreas de la salud en una responsabilidad individual de la persona, haciendo creer que su vida en tales condiciones es indigna. Giovanna Razzano hace una crítica al respecto e indica el

---

<sup>23</sup> María Teresa López de la Vieja, *Bioética feminista, Dilemata*, año 6, N.º 15 (2014): 148

<sup>24</sup> Miguel Ángel Isais Contreras. *Locura y Suicidio Femenino ante la circunstancia médico-jurídica de fines del siglo XIX y principios del XX. Mujeres Jalisciencas del Siglo XIX, Cultura, Religión y Vida Privada* (México: Universidad de Guadalajara, 2008).

comprensible temor a la "discriminación injusta" que surgió ante la escasez de recursos terapéuticos en medio de la pandemia por la Covid-19, lo que podría ayudar a desarrollar una mayor conciencia de la ideología discriminatoria inherente a las recientes demandas de eutanasia, que siempre implican una distinción entre vidas dignas y no dignas de ser vividas<sup>25</sup>.

Dicha autora hace eco en la discriminación a la vida existente en medio de los cuidados paliativos, cuya carencia se traduce en una eutanasia directa por omisión, producto de la falta de atención del paciente terminal, más evidente aún, en los casos de enfermedades o trastornos mentales. En los enfermos, esta selección se ve claramente plasmada cuando los recursos no alcanzan, y en las mujeres víctimas de violencia doméstica, no se trata de una imposibilidad estatal, sino de un desinterés por su situación violenta de origen.

Es por lo anterior, que el bio derecho tiene como deber, traer a la praxis jurídica la ética y la ciencia médica, para fijar límites a la autodeterminación, que aunque es esencial, no puede ser invocada sin equilibrarse con la dignidad humana y la responsabilidad colectiva en la protección de ciertas condiciones de vida que el individuo no puede manejar solo, como el hecho normal y natural de envejecer, lo que conlleva a la necesidad de auxilio y atención de parte de otros, así como el tratamiento de cualquier grupo o población vulnerable, en cuenta las mujeres víctimas de violencia doméstica.

#### 1.4 Suicidio y enfermedad terminal

Los procesos de enfermedad normalmente se enfrentan con la esperanza de mejorar, pero es claro que si esta no existe, el golpe psicológico para el paciente es mayor, porque se encuentra con un resultado de fatalidad sin opciones alternas. Negar esa condición de malestar es desconocer el contexto emocional en el cual se pueda tomar una decisión tan delicada como el fin inmediato de la vida; es por eso, que, como parte de los cuidados paliativos, se ha reconocido no solo el alivio del dolor, sino también el soporte psicológico del enfermo. Existen formas y técnicas psicológicas de abordar al enfermo terminal para que entienda y acepte el proceso normal de finalización de la vida. Esto no implica una aceptación del dolor, pero si de una realidad propia de la condición vital.

Ahora bien, la empatía por el dolor y el sufrimiento, no se traduce en una

---

<sup>25</sup>Giovanna Razzano. La sentencia no. 242/2019 del Tribunal Constitucional italiano sobre el suicidio asistido y consideraciones sobre la dignidad humana y el principio de autonomía a la luz de la pandemia del coronavirus (Piura, Perú, Revista de Estudiantes Ita lus Esto, Edición XV, 2020), 131.

racionalidad por terminar de forma anticipada la vida. Así pues, ¿qué sentido tiene la vida para estas personas? Según Diana Cohen Agrest, la pérdida de dicho sentido puede arrastrar consigo la pérdida de la propia existencia<sup>26</sup>. Las causas asociadas a los suicidios evidencian que las personas hacen depender su vida, que es el bien jurídico máspreciado, de circunstancias algunas efímeras y todas pasajeras, como un problema económico, un problema de pareja, una adicción, la pérdida de un ser querido, todo para lo cual existen formas de brindar apoyo psicológico.

Todos son sufrimientos válidamente comprensibles. Por ende, cuando se permite la eutanasia o el suicidio asistido para un enfermo terminal, basado en su situación de sufrimiento, tal razonamiento se muestra discriminatorio de aquellos que también sufren, pero no tienen una condición terminal.

El proceso natural de vida es nacer, crecer cada día, envejecer y llegar a morir y, en medio de estas etapas, afrontar las dificultades que el diario vivir presenta ante cualquier proyecto de vida. El aceptar el suicidio como razonable para un sector de enfermos terminales, determina que, ante otros sufrimientos del propio de vivir, que implican enfrentar retos y dificultades, el terminar con la vida resulte una alternativa, no solo viable, sino normalmente aceptada.

Así, por ejemplo, esa pérdida de sentido respecto del vivir, se está llevando actualmente al extremo con el fin de generar la idea, en cierto sector de la población, sobre que ya no es útil, que son una carga social y que pocos o nulos proyectos de vida pueden cumplir. Se trata de los adultos mayores y de aquellas personas que sufren una discapacidad producto de un accidente, quienes comparan su productividad antes del incidente y las dificultades actuales.

Esto ha sido objeto de análisis. Se podría explicar con el hecho de que la mediana edad suele ser un período asociado con cargas económicas, sanitarias y sociales que podrían aumentar la prevalencia de la ideación suicida<sup>27</sup>. Al analizar las edades de los suicidios, según la Organización Panamericana de la Salud, la mayoría de los suicidios en la región se producían en edades comprendidas entre los 25 y los 44 años, 36,8%, y entre los 45 y los 59 años, 25,6%. Entre las personas de 60 años o más, solo se producían

---

26. Sebastián Agustín Torres. Diana Cohen Agrest. Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas, *Dianoia*, Vol.LV, N°64 (mayo-junio 2010): 231.

27. Institut de Recerca Sant Joan de Déu, "Los baby boomers podría ser la generación que más piensa en el suicidio", (25 de marzo de 2021). <https://www.irsjd.org/es/actualidad/noticias/793/los-baby-boomers-podrian-ser-la-generacion-que-mas-piensa-en-el-suicidio>



el 19,9% de los suicidios; sin embargo, las personas de 70 años o mayores presentaban una tasa de suicidio de 12,4 por 100.000, la más elevada entre los diferentes grupos de edad en las Américas<sup>28</sup>.

Esto evidencia que es una realidad el suicidio entre personas mayores. En Costa Rica, particularmente para el 2019, según datos del INEC, se registraron 342 suicidios en el país, poco menos para alcanzar la suma de un hecho diario. En el 2021, en el último reporte, se indica que hubo 388 suicidios. En el 2019, un aspecto interesante es que 6 casos se presentaron entre personas de 1 a 14 años de edad, y para el 2021 este número subió 10. En el 2019, 308 casos entre la población de 15 a 65 años de edad, y para el 2021, ascendió a 338. Para el 2019, 27 casos en personas mayores a 65 años de edad, y para el 2021 ese número llegó a 40<sup>29</sup>.

El suicidio es un problema de todas las edades, que preocupa conforme se acerca el final de la vida, pero que no se puede señalar como racional en ningún grupo etario. La experiencia hace ver que poca o nula racionalidad puede tener el suicidio de un menor de edad, quien no ha vivido aún, por el hecho de poner sus esperanzas en un conflicto social con sus amigos o porque haya perdido el sentido de su vida. A la inversa, evidencia poco interés por hacer más rigurosa la protección del adulto mayor que ve sus días contados.

Si se admite el suicidio asistido racional para adultos mayores, quienes no desean experimentar el proceso final de muerte y negar que hay un proceso natural de disminución de sus capacidades, se realiza finalmente una protección más laxa de la vida que sirve como base argumentativa para cualquier persona. Todos pueden llegar al convencimiento sobre que su vida no es útil o no tiene motivación alguna, o que en esa etapa de su existencia ya no desean sufrir, por el impulso que estimen oportuno.

En favor de esta tesis para los adultos, y justificando un “suicidio racional”, se apunta que este no es el resultado de problemas emocionales o psicológicos, sino una decisión bien razonada en ellos, quienes, por su experiencia con familiares y personas adultas, prefieren morir a experimentar un lento declive debido a la demencia. Se dice que el suicidio racional es controvertido porque choca con una idea simplista de la

---

28. Organización Panamericana de la Salud, “Informe Regional, Mortalidad por suicidio en las Américas” (2014), *PAHO*, 2. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

29. Instituto Nacional de Estadística y Censo. Estadísticas de Defunciones, “Datos Preliminares”, *INEC*. <https://www.inec.cr/sites/default/files/documetos-biblioteca-virtual/repoblacedefpre2019.xls>  
[https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-11/repoblacdef-2021a-estadisticas\\_vitales\\_2021.pdf](https://admin.inec.cr/sites/default/files/2022-11/repoblacdef-2021a-estadisticas_vitales_2021.pdf)

prevención del suicidio, que sostiene que la vida siempre vale la pena, algo que pareciera no siempre es así<sup>30</sup>.

Así pues, ¿será que ante cualquier situación difícil en la vida se puede aceptar que esta pierda sentido? ¿Puede ser normal considerar la vida como un sufrimiento y una pena? Esto cambiaría de rumbo la forma de interpretar no solo el proceso de enfermedad terminal y el envejecimiento, sino cualquier trastorno mental originado por una situación depresiva, justificada en un proceso social conflictivo, que tenga como manifestación una conducta suicida.

¿Será realmente simplista la idea de proteger la vida y de considerar el suicidio un trastorno psicológico? ¿De qué se cansan los adultos mayores, de la vida o de la falta de atención? Consecuentemente, la dificultad sobre que existan personas que puedan atender las necesidades de los adultos, el evitar verse en condición de abandono o la preocupación de ver insatisfechas algunas de sus necesidades básicas, puede hacer que este sector de la población considere el suicidio asistido como algo racional o incluso altruista, para descargar de la atención a sus familiares.

Ahora bien, ¿En qué se diferencia una persona mayor a una joven, sobre el miedo a sufrir demencia en un avanzado proceso de envejecimiento, si no existe aún una enfermedad terminal diagnosticada? La representación de la muerte es algo que acompaña a todas las personas siempre, y no se puede decir existe en mayor o menor medida dependiendo de la edad, pues todos los días mueren jóvenes y adultos por diversas causas.

Los primeros pasos en pro de la eutanasia se fundamentan en la enfermedad terminal, pero esto implica reconocer que la vida del moribundo vale menos y que en ese tanto puede disponer de ella con el amparo de otros. Una vez abierta esta posibilidad, no existe límite racional alguno para negar estas prácticas ante otros padecimientos. Hacerlo implica reconocer que existen vidas indignas por padecimientos físicos, sin un diagnóstico fatal, frente a los cuales el derecho a la vida también debe ceder, y con ellos, poco importa si la patología es sobreviniente o de nacimiento.

Con ello, se reconoce que las personas con discapacidad desde su nacimiento tienen vidas indignas por no cumplir con el estereotipo común del ser humano o tener que afrontar una situación de dificultad física y en ese tanto puede optar por acabar con su

---

30. Fernando Marín, "Suicidio racional del anciano, una realidad. Derecho a morir dignamente", (03 de julio del 2019). <https://derechoamorrir.org/2019/07/03/suicidio-racional-del-anciano-una-realidad/>

vida, bajo amparo estatal. Es negar la obligación estatal y moral con los demás, de minimizar sus discapacidades y de ser inclusivos; es aceptar que cualquiera que no se sienta parte de la sociedad por cualquier limitación ya sea física, sino también funcional, laboral y demás, pueda acceder al suicidio.

El suicidio no es normal, y la muerte de las personas es algo que siempre se ve como un hecho negativo. La mayor parte de la gente no quiere morir, y quienes abogan por una muerte rápida es producto de una situación de dificultad que los empuja a buscar una salida. Tesis contrarias han llegado a hablar de suicidio soberano, en el que “el suicida no es un condenado por las circunstancias o incluso por sus circunstancias, sino que siempre está en condiciones de no suicidarse y de enfrentar la circunstancia médica, personal, judicial o política que ello implique. El suicidio, incluso, es también una forma de enfrentar esas circunstancias<sup>31</sup>.

Si se estima que la vida solo tiene sentido cuando es plena, realizada y sin sufrimientos, puede parecer irrazonable seguir viviendo cuando hace acto de presencia el sufrimiento, la humillación y el fracaso<sup>32</sup>. Precisamente, esa es la psicología que venden estos autores, el suicidio como alternativa al proyecto de vida ante el conflicto vivencial, primero en la enfermedad terminal y, finalmente, el mensaje es que cada uno valore lo que considera digno o indigno para vivir.

Según Lucía Molina, citando a Laura Chacón, el “homicidio y suicidio tienen una misma matriz. Cuando ya se pierde la esperanza de construir una vida posible en sociedad se buscan vías destructivas<sup>33</sup> o se relega la vida por circunstancias adversas. Un homicidio pasional, por problemas económicos, por venganza, hacen ver que son condiciones, en las que ya sea a título personal o en perjuicio de otros, la vida humana es denigrada a un segundo plano. Y decir que en el caso del suicidio tales intereses no deben importar porque no afectan a terceros, no le quita la instrumentalización de la vida en pro del interés subjetivo del individuo, al cual no se puede arrastrar a toda la sociedad.

Tan “racional” resulta acabar con la propia vida, porque alguien ya no me ama y esto causa depresión, como el hecho de matar a quien amaba por considerar que su vida ya no tiene sentido en virtud de la ruptura de la relación. En ambos casos, se minimiza la

---

31. Hernán Neira, Suicidio soberano y suicidio patológico. *Revista Ideas y Valores*, Vol. 66, nº 164, 2017. p 160

32. Torres Morelos, José Rafael, Aspectos éticos y legales de la muerte (Tesis de Diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de Tanatología, 2012), p. 51.

33. Molina, Lucía, “Los suicidios aumentan en Costa Rica ocultos entre las comunidades”, *Semanario Universidad* (05 de junio de 2019).

vida por una condición sentimental pasajera, con el agravante por su puesto, que en el homicidio se lesiona la vida de un tercero en contra de su voluntad. Lo importante de esto, es señalar que el suicidio no tiene nada de racional. Nunca es viable aceptarlo como la manifestación normal a una crisis existencial del ser humano.

Se debe tener cuidado cuando se aboga por una racionalidad del suicidio. Una vez admitida, no se puede limitar a ciertos casos o condiciones, porque en la íntima convicción de cada persona, tan legítimo puede ser un problema de salud, como un conflicto social o familiar, y todos estos conceptos pueden formar parte del concepto de dignidad humana, al considerar la realización plena de la personalidad como un ser integral y no sectorial.

El intento de suicidio, por el contrario, es una manifestación de violencia. No es una manifestación de racionalidad. El Poder Judicial en Costa Rica determina como un indicador de riesgo en asuntos de violencia intrafamiliar, el que el agresor amenace a la víctima con quitarse su vida<sup>34</sup>. No se trata de que amenace a la víctima con agredirla, sino, el solo hecho de manifestar la intención personal de quitarse la vida, lo cual es un factor de riesgo importante para considerar; es un potencial peligro para las personas a su alrededor. Se identifica, entonces, a la persona con ideas suicidas como un peligro no solo individual sino colectivo, para su núcleo familiar. ¿Cómo pretender justificar la racionalidad del suicidio en estos casos, y decir que ahora este no es un factor de riesgo?

Aceptar el suicidio como una decisión razonable implica que, cuando una persona evidentemente intentó suicidarse, por ejemplo, porque se le encuentra en su casa, sola, con un disparo en la cabeza que no logró su cometido, lo más lógico sería dejarla morir y no prestarle auxilio médico, porque es evidente que su intención era quitarse la vida. No existe quizás, método más directo que evidencie la intención del suicida que el disparo en la cabeza. Por eso, es tan contrario al derecho a la vida sostener una tesis como la anterior.

En caso de la más mínima duda sobre las condiciones que acompañan un hecho violento, siempre se debe estar a favor de la vida, por más incongruente que parezca con la realidad evidenciada. La experiencia y la psicología demuestran que las patologías asociadas con el suicidio siempre se vinculan a una situación negativa en la vida, nadie se suicida por placer o como parte de un proyecto de realización personal. Siempre se presenta ante una situación difícil de vida y por eso el aparato público debe actuar en su

---

34. Consejo Superior del Poder Judicial de Costa Rica, Circular 66-07, Protocolo interinstitucional intervención para la atención de mujeres en situación de riesgo alto de muerte por violencia (San José: Poder Judicial, 2007).

protección.

Desde el punto de vista religioso, también se ha tratado de tildar el suicidio de racional. Así pues, se dice que en la Biblia, se refiere sin particular condena algunos suicidios, y a veces incluso alabándolos. Saúl y su escudero se traspasan con su propia espada para no caer en manos de los enemigos (1Sam 31,3-5), Ajitofel se cuelga después del fracaso de su intriga política (2Sam 17,23), Sansón hizo que el templo se derrumbara sobre él y los filisteos (Jue 16,23-31), el sacerdote Razis es incluso alabado por haber elegido generosamente morir antes caer en manos criminales y padecer ultrajes indignos de su cuna (2Mac- 14, 37-46)<sup>35</sup>.

Sin embargo, de un estudio de esos pasajes bíblicos se extrae que en ninguno de ellos se exalta la acción suicida, solo se describen como parte del contexto histórico que se está reflejando, no se dice que quienes los cometieron hayan encontrado gracia en Dios por sus acciones. En el caso de Sansón, por ejemplo, quien clama a Yavé para que le devolviera su fuerza y derrumbar las columnas del templo, pero no se dice nada sobre que su acción haya encontrado una especial bendición, ni se le considera un santo dentro de la religión cristiana.

El catecismo de la Iglesia católica refiere que el suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Es gravemente contrario al justo amor de sí mismo. Ofende también al amor del prójimo porque rompe injustamente los lazos de solidaridad con las sociedades familiar, nacional y humana con las cuales estamos obligados. El suicidio es contrario al amor del Dios vivo<sup>36</sup>.

El suicidio es una realidad, pero no por ello se torna racional, igual que sucede con el tráfico de órganos, la trata de personas, el narcotráfico, muchas condiciones con las cuales vive el ser humano, las cuales responden a ciertas necesidades específicas y que no por su frecuencia se deben ir normalizando. Así pues, el *Semanario Universidad* señala que la tasa nacional de suicidios en Costa Rica pasó de 6,4 en el 2017 a 7,2 por cada 100 mil personas en el 2018, y el intento de suicidio aumentó un 65%. Se argumenta que la situación es más grave de lo que pueden reflejar las estadísticas<sup>37</sup>, y en momentos de pandemia por COVID-19 se vio como aumentaron los índices de ansiedad y estrés en

---

35. María Teresa del Carmen Barriga Soto. El suicidio y la Iglesia católica. La verdad de la Misericordia de Dios en la Praxis de la Iglesia y la Salvación en la Fe (Tesis de Diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de Tanatología, 2012), 26.

36. "Catecismo de la Iglesia Católica", Vaticano. [http://www.vatican.va/archive/catechism\\_sp/p3s2c2a5\\_sp.html](http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html) (Consultado el 01-02-22).

37. Lucía Molina, "Los suicidios aumentan en Costa Rica ocultos entre las comunidades", *Semanario Universidad* (05 de junio de 2019).

las personas, producto del confinamiento. Esto evidencia que falta mucho por trabajar en el tema de la prevención y tratamiento del suicidio, no que su incidencia lo va convirtiendo en algo socialmente aceptado.

Parece poco razonable evadir los conflictos y huir a través del suicidio, esto no es soberanía, es cobardía, y un mal manejo de las emociones con lo cual, la psicología no parece estar de acuerdo. La racionalidad del suicidio rompe todo el esquema de protección de la vida y el ejercicio mismo de la medicina.

El artículo 8 del *Código de Ética Médica* en Costa Rica, señala: “El médico debe tener presente que la vida humana es inviolable, por lo que debe guardar respeto y actuar siempre en beneficio de la misma”. Nunca puede dudar de esta premisa, ni dejar de prestar auxilio al necesitado. El artículo 7 del mismo Código define algunos conceptos entre ellos, acto médico, sobre el cual refiere: “es el acto (...) en beneficio del paciente asumiendo el valor fundamental de la vida desde el momento de la fecundación hasta su muerte natural”<sup>38</sup>.

Además, el juramento hipocrático que realizan los médicos refiere que “a nadie daré una droga mortal, aun cuando me sea solicitada, ni daré consejo para este fin”<sup>39</sup>. Es decir, la medicina no acepta dentro de sus valores éticos aplicar procedimiento o tratamiento alguno con el objetivo de buscar o acelerar la muerte, sin importar su etapa. Es contrario al arte médico fomentar la muerte o dejar pasar la vida, como se intenta hacer al proponer un suicidio racional, y no prestar auxilio ante un intento fallido.

En consecuencia, desde el punto de vista médico, ético, religioso, y de equidad y responsabilidad estatal, el suicidio no se vislumbra como una práctica racional.

Algunos autores como Hernán Neira, señalan que en los casos de enfermedad terminal no se habla de suicidio.

No es suicida quien es llevado a morir debido a una enfermedad insuperable, con los recursos propios que tiene como sujeto, y sin que él pueda impedir dicho desenlace con cualquier decisión que tome. El suicidio es una opción. Suicidio y enfermedad invalidante de la capacidad de decidir son conceptos contradictorios que solo por error pueden ser

---

38. Poder Ejecutivo, “Código de Ética Médica, decreto ejecutivo 39609-S del 22 de febrero del 2016”, Art. 7.

39. “Juramento Hipocrático. Colegio Médico de Chile”, Colegio Médico de Chile. <https://www.colegiomedico.cl/documentos/juramento-hipocratico/#:~:text=Juro%20por%20Apolo%20el%20M%C3%A9dico, donde%20tenga%20poder%20y%20discernimiento> (Consultado el 15 -10-2022).

mezclados.<sup>40</sup>

De esta forma, se pretende hacer ver no existe suicidio cuando ya se está en una fase terminal de la enfermedad, porque el resultado muerte igual se va a producir. Esta tesis aboga por minimizar la vida del agonizante, obviando que la protección del Estado lo es hasta el último minuto en todos los casos.

El Estado realiza ciertos matices en relación a la etapa de vida, pero siempre la protege, por eso existen sanciones para el aborto y el homicidio piadoso, aunque inferiores a otros tipos de homicidio. Sostener que no hay suicidio porque se está en una fase terminal de la vida, implica sostener a su vez que no hay bien jurídico que proteger y que, por lo tanto, tampoco cabría un homicidio piadoso en ese momento.

La finalización de la vida antes del deceso natural es homicidio o suicidio, dependiendo de quién ejecute la conducta, diferente a generar un desistimiento del tratamiento ante un hecho que ya es inevitable.

Suicidio existe, cuando una persona no se toma los medicamentos que le corresponden, cuando consume sustancias dañinas para la salud; pero son condiciones de hecho que pasan en el diario vivir en las que no puede existir control estatal. Esto no les quita que sean problemas de salud pública, y que el Estado se encuentre en la facultad y obligación de prevenirlos, y nunca de presentarlos como una nueva moral colectiva.

Se debe tener cuidado cuando se aboga por una mayor o menor consideración del paciente terminal para permitir una eutanasia activa, ante un detrimento en su salud que es inevitable. Máxime cuando la salud es un concepto que abarca no solo la estabilidad física, sino también mental. En ese contexto, la protección de la vida surge como punto esencial o eje de la protección de la dignidad humana y de su integralidad, ante circunstancias tratables frente a las cuales no se ve razonable ofrecer un resultado fatal.

## **Conclusiones**

Del estudio realizado, se rescata que el mejoramiento de las condiciones del enfermo terminal, se ha confundido con la posibilidad de disponer de la vida, para pretender tildar el suicidio como racional en ciertos contextos. Esto implica desconocer la salud mental del enfermo, y la existencia de redes de apoyo y tratamiento psicológico

---

40. Hernán Neira, Suicidio soberano y suicidio patológico, *Revista Ideas y Valores*, Vol. 66, N° 164 (2017): 160.

para enfrentar el proceso normal de deceso. El suicidio no puede ser producto de una decisión racional y, a la vez, ser considerado como manifestación de un trastorno mental, ambas posturas son contradictorias.

Los bienes jurídicos se construyen a partir de una determinada relación real de una persona con un valor concreto reconocido por la comunidad jurídica<sup>41</sup>. Para el Estado es casi imposible regular la protección de la vida sin partir de una base sólida que proteger, cuyo presupuesto se ve en contradicción al hablar de una decisión razonada en pro de la muerte. Tal posición lo deslegitima por contradictorio.

En consecuencia, las técnicas de apoyo y soporte en la finalización de la vida implican que el derecho no se crea y legitima por sí solo. La libertad de autodeterminación no es un derecho irrestricto ni convierte en racional cualquier decisión humana. Esto implica un análisis en conjunto con la ciencia, la ética, la medicina y por su puesto la cultura y religión de la población, para escudriñar a fondo que resulta digno o indigno en la vida de los seres humanos.

## **Bibliografía**

- Asociación Americana de Psiquiatría. *Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*. Arlington: Editorial Médica Panamericana, 2014.
- Barriga Soto María Teresa del Carmen. “El suicidio y la Iglesia católica. La verdad de la misericordia de Dios en la Praxis de la Iglesia y la Salvación en la Fe”. Tesina de diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de Tanatología, 2012. -
- Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos. “Salud mental”. Medline Plus. <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html> (consultado el 02-05-22).
- Castillo González, Francisco. *El bien jurídico tutelado*. San José: Editorial Jurídica Continental, 2008.
- García Haro, Juan, García Pascual, Henar, González, Marta,, Barrio Martínez, Sara y Rocío García Pascual. “Suicidio y trastorno mental: Una crítica necesaria”. *Revista Papeles del Psicólogo*. Vol. 41, N°01, Vol. 41 (enero-abril, 2020): 35-46
- Institut de Recerca Sant Joan de Déu. “Los baby boomers podría ser la generación que

---

<sup>41</sup> Francisco Castillo González, *El bien jurídico tutelado* (San José: Editorial Jurídica Continental, 2008), 43.



más piensa en el suicidio”. *Sain Joan de Deu*, 25 de marzo de 2021. <https://www.irsjd.org/es/actualidad/noticias/793/los-baby-boomers-podrian-ser-la-generacion-que-mas-piensa-en-el-suicidio> (consultado el 05-05-2022).

Instituto Nacional de Estadística y Censo. “Estadísticas de defunciones. Datos preliminares”. *INEC*, 2019. <https://www.inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replancevdefpre2019.xls> (consultado el 05-05-2022).

Isais Contreras, Miguel Ángel. *Locura y suicidio femenino ante la circunstancia médico-jurídica de fines del siglo XIX y principios del XX*. (México: Universidad de Guadalajara, 2008).

López de la Vieja, María Teresa. “Bioética feminista”. *Dilemata*, Año 6, N.º 15, (2014): 143-152.

Marín, Fernando. “Suicidio racional del anciano, una realidad”. *Derecho a Morir Dignamente, Internacional*, (03 de julio del 2019), Noticias. <https://derechoamorrir.org/2019/07/03/suicidio-racional-del-anciano-una-realidad/>

Molina, Lucía. “Los suicidios aumentan en Costa Rica ocultos entre las comunidades”. *Semanario Universidad*, 05 de junio de 2019.

Morena Pardo José Antonio, ¿Puede la Depresión derivar en una discapacidad? *Fundación Juan XXIII, Noticias* (19 de junio de 2017). <https://blog.fundacionjuanxxiii.org/noticias/depresion-derivar-en-discapacidad#:~:text=En%20t%C3%A9rminos%20de%20psicolog%C3%ADa%20la, trastornos%20de%20la%20discapacidad%20intelectual> (consultado el 15 de junio del 2023)

Moutier, Christine. “MSDM manual”. *MSD Manuals*, Julio 2021. <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/conducta-suicida-y-autolesiva/conducta-suicida> (consultado el 20-06-2022).

Neira, Hernán. “Suicidio soberano y suicidio patológico”. *Revista Ideas y Valores*, Vol. 66, N° 164 (2017): 151-179.

Obando Hidalgo Iris, Violencia familiar y depresión en las mujeres, *Revista de Trabajo Social de la CCSS*, N°69 (octubre del 2007) 63-70

Organización Panamericana de la Salud. “Informe regional, mortalidad por suicidio en las Américas”. PAHO, 2014. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. *Informe Situación actual de la salud mental en Costa Rica*. San José: Ministerio de Salud, 2004.

Poder Judicial de Costa Rica. “Personas fallecidas en Costa Rica por suicidio durante el 2014”. Poder Judicial. [https://sistemaplanificacion.poderjudicial.go.cr/php/estadistica\\_ju\\_po/Suicidios\\_20142021-03-26\\_12-16-59.pdf](https://sistemaplanificacion.poderjudicial.go.cr/php/estadistica_ju_po/Suicidios_20142021-03-26_12-16-59.pdf) (consultado el 02-05-2022).

Razzano, Giovanna. La sentencia no. 242/2019 del Tribunal Constitucional italiano sobre el suicidio asistido y consideraciones sobre la dignidad humana y el principio de autonomía a la luz de la pandemia del coronavirus. (Piura, Perú, Revista de Estudiantes Ita Ius Esto, Edición XV, 2020) 119-131

Rincón González Paulina Paz, “Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención” (Tesis de doctorado en Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 2003)

Torres Morelos, José Rafael. “Aspectos éticos y legales de la muerte”. Tesis Diplomado en Tanatología, Asociación Mexicana de Tanatología, 2012).

Torres Sebastián, Agustín. “Diana Cohen Agrest. Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 2007”. *Dianoia*, Vol.LV, N°64 (mayo-junio 2010), 231-235

Thomen Bastardas Martha, “¿Qué es la depresión crónica? Síntomas, causas y tratamiento”, *Psicología-Online* (03 de setiembre del 2019). <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-depresion-cronica-sintomas-causas-y-tratamiento-4492.html> (consultado el 24-04-23)

Turecki Gustavo, “90% de las personas que se suicidan padecen enfermedad mental”, *El País*, Sección Noticias Médicas, 17 de agosto del 2019. [https://elpais.com/elpais/2018/07/18/ciencia/1531902097\\_612165.html](https://elpais.com/elpais/2018/07/18/ciencia/1531902097_612165.html)

### **Normas**

Colegio Médico de Chile. *Juramento Hipocrático*. Colegio Médico de Chile.

<https://www.colegiomedico.cl/documentos/juramento-hipocratico/#:~:text=Juro%20por%20Apolo%20e1%20M%C3%A9dico, donde%20tenga%20poder%20y%20discernimiento> (consultado el 15-10-22).

Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. “Recomendación 36 sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida. Aprobadas por el comité en su 124° periodo de sesiones, del 08 de octubre al 02 de noviembre del 2018, publicado el 03 de setiembre del 2019”.

Congregación para la Doctrina de la Fe. “Catecismo de la Iglesia católica”. *Vatican*, 26 de abril del 2022. [https://www.vatican.va/archive/catechism\\_sp/p3s2c2a5\\_sp.html](https://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c2a5_sp.html) (consultado el 05-06-22)

Consejo Superior del Poder Judicial de Costa Rica. “Circular 66-07, Protocolo interinstitucional intervención para la atención de mujeres en situación de riesgo alto de muerte por violencia, 07 de junio del 2007”.

Organización Mundial de la Salud, 17 de junio del 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (Consultado el 05-05-2022)

Poder Ejecutivo. “Código de Ética Médica, decreto ejecutivo 39609-S del 22 de febrero del 2016”.

#### Jurisprudencia

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. “Caso Hass Vs. Suiza 31322/07 del 20 de junio del 2011”.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. “Caso Gross Vs. Suiza 14 de mayo del 2013”.

Tribunal Europeo de Derechos Humanos. “Caso Gross Vs. Suiza 67810/10 del 30 de setiembre del 2014”.