



ARTÍCULO

La medicalización del suicidio: un dilema bioético¹

(The medicalization of suicide: a bioethical dilemma)

ÁNGEL ALONSO SALAS*

¹ Una versión preliminar de este texto fue presentado en el III Congreso Internacional de Bioética, celebrado en mayo de 2010 en la UAEM Toluca, México.

* Médico. Doctorando en Bioética de la UNAM.

Resumen

En el presente texto se analizarán los motivos por los que la “medicalización del suicidio” constituye un dilema bioético. La reflexión se apoyará en los textos del psicólogo Thomas E. Ellis, *Cognición y Suicidio*; del filósofo Jean Amery, *Levantar la mano sobre uno mismo*, y del psiquiatra, Thomas Szasz, *Libertad fatal*, textos que brindan argumentos a favor y en contra para legitimar o cuestionar la intervención en el acto suicida o la medicalización del paciente. La comprensión de ciertos actos suicidas o de una “muerte voluntaria y deliberada”, supone no sólo la defensa de ciertos principios bioéticos, sino la aceptación y respeto de ciertos casos en los que la muerte voluntaria es en sí misma un derecho que posee cualquier ser humano.

Palabras clave: suicidio; bioética; medicalización; autonomía; derecho; libertad.

Abstract

In this text examine the reasons why the "medicalization of suicide" is a bioethical dilemma. The discussion will be based on texts by psychologist Thomas E. Ellis, *Cognition and Suicide: Theory, research and therapy*, the philosopher Jean Amery, *On suicide: A discourse on voluntary death*, and the psychiatrist, Thomas Szasz, *Fatal Freedom: The ethics and politics of suicide*, texts that provide arguments for and against or challenge to legitimize intervention in the suicidal act or the medicalization the patient. The understanding of certain acts of suicide or a "willful and deliberate death" is not only the defense of certain principles of bioethics, but acceptance and respect of certain cases in which voluntary death is itself a right that has any being human.

Key words: suicide; bioethics; medicalization; autonomy; law; freedom.

El suicidio es un hecho que forma parte de la naturaleza humana. A pesar de lo mucho que se ha dicho y hecho acerca de él en el pasado, cada uno debe enfrentarse a él desde el principio, y en cada época debe repensarlo.

Johann Wolfgang von Goethe²

A manera de introducción

Los actos suicidas desde la antigüedad han producido un desconcierto y una condena social, religiosa y cultural por las dimensiones del acto. El suicidio ha sido considerado como un pecado o como un crimen, y con el paso del tiempo, se ha convertido en un problema de salud. Las instituciones de salud y gubernamentales han decidido brindar la mayor cantidad de recursos para incidir de manera efectiva en la disminución de los altos índices de ideación suicida, y así evitar que los sujetos decidan quitarse la vida por mano propia. Sin embargo, ¿todos los actos suicidas pueden catalogarse y clasificarse como producto de una patología y ser condenados socialmente? ¿No existen algunos casos de suicidios que podemos considerar como válidos y legítimos, pues apelan a la autonomía y libertad del sujeto para tomar una elección con respecto a su propia vida? En el presente texto, se llevará a cabo una reflexión acerca de la medicalización del suicidio, como uno de los problemas bioéticos de nuestro tiempo.

1. El suicidio: un problema bioético

Quisiera comenzar este escrito con la reflexión con la que inicia el texto de *Libertad fatal* de Thomas Szasz, quien afirma que:

[...] más allá de la sencilla máxima de Goethe se encuentra una profunda verdad: la muerte voluntaria es una elección intrínseca a la existencia humana. Es nuestra última y profunda libertad. Pero hoy los ciudadanos de a pie no ven así la muerte voluntaria: creen que nadie en su sano juicio se quita la vida, que el suicidio es un problema de salud mental. Tras esa creencia se encuentra una evasión explícita que consiste en apoyarse en los médicos para la prevención, prescripción y provisión del suicidio y así evitar el tema³.

El suicidio se ha convertido en un serio y delicado problema de salud, que año con año incrementa el número de víctimas. Sin embargo, el fenómeno del suicidio no se puede reducir a un problema de salud pública, sino que constituye un dilema bioético, en la medida en que la comprensión del acto en sí, supone un diálogo interdisciplinario y un trasfondo teórico y práctico sobre la defensa de la autonomía y de la libertad en su máxima expresión. De esta forma, hablaremos del “suicidio racional”, “suicidio deliberado” o “elección voluntaria de la propia muerte”, en donde a diferencia de la mayoría de los suicidios (causadas por alguna psicopatología o que provienen de la “servidumbre de las pasiones”), se pueden entender en dos sentidos: en primer lugar, reconocer y aceptar que existen sujetos que tienen el derecho a decir “hasta aquí”, es decir,

² Citado en Thomas Szasz, *Libertad fatal. Ética y política del suicidio*. Traducción de Francisco Beltrán Adell. Barcelona: Ed. Paidós, 2002, p. 7.

³ *Ibid.*, p. 13.

determinar cuándo y cómo uno quiere morir, acción que manifiesta que la vida no debe ni puede ser el valor absoluto en nuestras sociedades. Y, en segundo lugar, la defensa hasta las últimas consecuencias de los principios de libertad y de autonomía, en relación a la “calidad de vida” o “proyectos de vida” que cada sujeto puede planear con respecto a su propia existencia. Es importante destacar que lo primero que debemos hacer es “desestigmatizar” la noción de “suicidio” y dejar de condenar dicho acto, y poder así repensar la validez que tiene un acto suicida y comprender los motivos por los que se considera que no tiene sentido seguir con un proyecto de vida.

Cuando usamos la palabra “suicidio” hacemos referencia a dos ideas bastante diferentes, por un lado “*describimos* una manera de morir, es decir, quitarse la vida, voluntaria y deliberadamente; por otro lado, la utilizamos para condenar la acción, es decir, para calificar el suicidio de pecaminoso, criminal, irracional, injustificado... en una palabra, malo”⁴, y el sentido al que aquí se hará referencia es al primero, es decir, una forma voluntaria y deliberada de terminar con la propia vida. Sin embargo, para poder llevar a cabo tal propósito, es importante conocer los puntos de vista a favor y en contra que la psiquiatría, la psicología y la filosofía tienen respecto al suicidio.

2. Suicidio y suicidología

La psicología sostiene que todo acto suicida es una patología y que al ser considerado una “enfermedad” que contrae el individuo, se legitiman, justifican y autorizan todas aquellas medidas de prevención, intervención y postvención del suicidio, para poder “curar” al sujeto de la afección o mal contraído. Pero, ¿necesariamente esto es así? Edwin Shneidman, quien es considerado el padre de la suicidología, “ha enfatizado los procesos psicológicos más que en los biológicos o del medio ambiente como centrales para comprender y prevenir el suicidio”⁵. La Suicidología puede ser considerada como una rama de la psicología, en tanto que la primera se ha constituido como una ciencia que se enfoca en las actitudes, comportamientos, pensamientos y sentimientos autodestructivos, motivo por el que tendrá como objetivo y misión el incidir de manera efectiva en los sujetos mediante la prevención del acto suicida, a través de la afirmación del sentido y significación que en sí misma tiene la vida, o en su defecto, participar en la intervención y postvención del suicidio, a partir de diferentes terapias, modelos y técnicas⁶. En este orden de ideas, es posible definir al suicidio como “el proceso sistémico de síntesis de la disposición autodestructiva que, va más allá del grado de conciencia de quien lo exterioriza, está orientado a comunicar la intención de una resolución

⁴ *Ibid.*, p. 21.

⁵ Thomas E. Ellis, “Estudio de la cognición y suicidio: comienzos e hitos del desarrollo”, en Thomas E. Ellis (editor). *Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia*. Traducción de Alicia Solís Bravo. México, D.F.: Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., 2008, p. 13. Es importante resaltar que la mayoría de los términos empleados en la suicidología (suicidología, postvención, dolor de psique, autopsia psicológica, etc.) provienen de la argumentación de Shneidman, quien además de fundar en 1968 la American Association of Suicidology, considera que el suicidio es una cuestión “mental”, en tanto que es una cosa que se puede aliviar, enmendar o corregir desde las terapias y mediante un acompañamiento clínico con un especialista.

⁶ Entre ellas se encuentran las aportaciones del Observatorio por la Vida de Guadalajara, las consultas y atenciones telefónicas, las campañas a favor de la vida, el kit de esperanza, etc.

al conflicto que le da origen, por medios letales”⁷. Es importante resaltar que existen diversos autores y corrientes psiquiátricas que creen en la existencia de una determinación bio-psico-socio-cultural del suicidio, así como también en el impacto de ciertos factores espirituales, existenciales, genéticos y socio-ambientales en la conformación de la identidad del sujeto y en la ideación suicida.

En referencia a la determinación e influencia de factores externos, Charles Neuringer, quien también es uno de los pioneros en el estudio de la cognición y suicidio, considera que no existe “un destino suicida en un individuo o que hay algún gen que está vinculado al suicidio. No creo que se nazca suicida, pero sí creo que la formación parental temprana o el tratamiento parental temprano, especialmente si el súper ego es muy fuerte o tienes padres muy duros que exigen perfección de los hijos, los regañan por trasgresión, o ponen énfasis en el honor, ese tipo de formación temprana lleva a algunos niños a ver el mundo de una manera particular”⁸. Haciendo una paráfrasis de *El segundo sexo*, podríamos decir que “el suicida no nace, se hace”, es decir, la existencia de sujetos que “ven el mundo de manera particular” y deciden optar por el suicidio no los convierte en enfermos mentales, sino en seres que desde su autonomía llevan a cabo una elección con respecto de su propia vida. Dicho con otras palabras, no es posible que en nuestra época, con los avances técnicos y científicos sigamos aceptando la existencia de que un determinismo (o algún tipo de factor que influye radicalmente en el ambiente o clima, o bien, por el contexto social, familiar o cultural, en el que se encuentran los sujetos) pues implicaría que no existe la libertad ni la autonomía del individuo, y que una serie de factores externos, el destino o la heteronomía son quienes manipulan y mueven la conciencia de los sujetos para quitarse la vida.

En este orden de ideas, el sujeto desde su libertad y responsabilidad va construyendo y moldeando su existencia. Sin embargo, el problema de muchos psicólogos es que pareciera que están convencidos de que si se instruye a un paciente a que vea el mundo de forma optimista o en una “esfera de cristal”, se desvanecerán las ideas suicidas. Obviamente existen muchos casos en los que el paciente se percató que había sido la servidumbre de las pasiones la que había provocado el intento suicida. Sin embargo, ante un sujeto que ante una enfermedad terminal (no necesariamente en una etapa avanzada) o por un cansancio existencial, decide terminar lo más dignamente con su vida. Ante dichos sujetos, una de las mayores problemáticas a las que se enfrentan los psiquiatras es que no existe una terapia, método ni resiliencia efectiva para que quien ha tomado la decisión racional de suicidarse, encuentre un sentido a su existencia.

Por tal motivo, la terapia con individuos suicidas es difícil, porque el personal de salud está peleando contra una forma particular y distinta de concebir a la vida y el mundo que no es el de la mayoría, y uno no puede dejar de lado que siempre hay otra crisis, que el cansancio, sufrimiento y problemáticas no se minimizan a “la vuelta de la esquina”, motivo por el cual el problema es cómo equipar mejor a la gente para la próxima adversidad, a sabiendas que habrá sujetos que tienen todo el derecho para decir “ya no más”.

⁷ Carlos Martínez. Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007, p. 20.

⁸ Fragmento de entrevista realizada el 20 de marzo de 2003 al doctor Neuringer, *Ibid.*, p. 19.

3. Thomas Szasz y el suicidio racional

La existencia de un suicidio racional pone el dedo en la llaga del quehacer y sentido de la mayoría de las terapias pro-vida, ya que el dirigir y disminuir clínicamente el dolor psicológico mediante terapias conversacionales; el autoaprendizaje de reducción de dolores y presiones, e inclusive, obligar a que el sujeto cambie de trabajo o escuela, así como mejorar el ánimo con medicamentos, constituyen acciones que merman y denigran la autonomía del sujeto, ya que se convierten en títeres del personal de salud o de la voluntad de la mayoría.

Thomas Ellis sostiene que “si se mira a la suicidalidad no sólo como una manifestación de la psicopatología sino como una cuestión fundamentalmente filosófica, entonces es razonable sugerir que podría ser útil (o quizá esencial) para abordar temas filosóficos directamente como aquellos que consideran el significado del sufrimientos o la valía de los seres humanos”⁹, entre los cuales se encuentran férreas defensas a la validez y legitimidad del suicidio. Al respecto, Robert Neimayer afirma que “para quien lo intenta o consume, el suicidio es buscado como una solución. El problema se constituye para quienes quedan vivos, en el sistema. En el sistema social. Abarcando en esta expresión tanto el sistema familiar, el comunitario, el institucional como el sistema social en general”¹⁰. En este orden de ideas, podemos vislumbrar el problema que está de fondo en el acto suicida: el mostrar una opción que se ha hecho creer que es contra natura y que muestra una afirmación de la existencia y propiedad de una vida. Además si se acepta que en el suicidio, el problema es para los que “se quedan”, entonces se comprende que el suicidio sea mal visto por ser una carga para los “vivos”, y se disfraza un egoísmo, importa lo que “a nosotros, los que nos quedamos nos pase” y “no el otro”. De esta forma el acto en sí mismo molesta a los otros, no al que lo realiza y lleva a cabo, motivo por el cual en la perspectiva clínica se parte de la premisa que hace alusión a que “la disposición y el valor de la vida se aprende y se sostiene en el contexto de las redes de apoyo psicológico y social en el cual crece y se desarrolla el ser humano”¹¹, mismas que están ausentes en la formación cívica, social, laboral y educativa, por lo que casi siempre los servicios de suicidología llegan demasiado tarde.

Thomas Szasz considera que “como individuos, podemos elegir entre morir activa o pasivamente, practicando el control de la propia muerte o muriendo por enfermedad o vejez. Como sociedad, podemos elegir entre dejar morir a la gente morir como ellos elijan u obligarles a morir en las condiciones que impone la ética dominante”¹² y así como el control de la natalidad está permitido, deberíamos comenzar a reflexionar a favor del control de la propia muerte, razón por la cual Szasz considera al suicidio como cualquier conducta que está motivada por una elección racional que da

⁹ Albert Ellis y Thomas E. Ellis, “El suicidio desde la perspectiva de la terapia del comportamiento emotivo racional”, en Thomas E. Ellis, *op. cit.*, p. 87.

¹⁰ Carlos Martínez, *op. cit.*, p. 21.

¹¹ *Ibid.*, p. 96.

¹² *Ibid.*, p. 15. Es importante destacar que Szasz hace la distinción entre el suicidio racional (aquel en el que una persona está mentalmente capacitada para tomar decisiones) y el suicidio irracional (cuya capacidad del individuo está afectada por una enfermedad psiquiátrica). Cf. *Ibid.*, pp. 48-52.

preferencia a la muerte sobre la vida, y, que tiene como consecuencia aniquilar a la propia vida"¹³. Por todo lo anteriormente dicho,

[...] es una falacia atribuir el suicidio a las condiciones actuales del sujeto, sea depresión u otra enfermedad o sufrimiento. Quitarse la vida es una acción orientada al futuro, una anticipación, una red de seguridad existencial. La gente ahorra no porque sea pobre, sino para evitar llegara a ser pobre. La gente se suicida no porque sufra, sino para evitar un sufrimiento futuro. El suicidio es el freno de emergencia que queremos ser capaces de accionar cuando no estemos dispuestos a esperar que el tren se detenga en la estación¹⁴.

Como sabemos, la crítica que hace Szasz a las investigaciones y tratamientos de salud es muy fuerte, ya que para él, "la psiquiatría ha refeudalizado con éxito la vida humana: ha convertido la salud en una propiedad de la medicina y de los médicos en la misma medida en que el hombre había sido propiedad de Iglesia y de los curas"¹⁵. Dicho con otras palabras, si antes se consideraba al suicida como un pecador y se le negaban los santos óleos, o bien, se consideraba dicho acto como un crimen en contra del Estado y había una condena social a los más cercanos, hoy en día se ha medicalizado al suicida, abstrayéndole de su autonomía en aras del "principio de beneficencia". De esta forma el psiquiatra cosifica a su paciente por la vulnerabilidad y peligro que representa a los otros. Por tal motivo, Szasz considera que "atribuir el suicidio a la decisión del sujeto de quitarse la vida se ha convertido en algo tan políticamente incorrecto que probablemente se responsabilizará antes a otros individuos de un suicidio que al propio sujeto que lo comete"¹⁶. Y como vimos con antelación, uno de los problemas de fondo que implica el suicidio es el valor absoluto que se le da a la vida. Pareciera que la sociedad occidental "valora la vida de un paciente más que el propio paciente [...] El paciente es un complejo extraño para el psiquiatra. ¿Por qué debería valorar la vida de un paciente más de lo que lo hace el propio paciente?"¹⁷. De esta forma, el hablar a favor del suicidio racional implica la reflexión sobre uno de los derechos de la "cuarta generación", el "derecho a morir", el cual

[...] no implica que el suicidio sea deseable ni que lo sea que la gente se suicide (por ejemplo, cuando está mortalmente enferma). Sólo quiere decir que los agentes del Estado no tienen derecho a interferir, mediante castigos o prohibiciones, en la decisión de matarse de la persona. Aquellos que deseen impedir que una persona determinada cometa suicidio deben conformarse con intentar persuadirla para que cambie de opinión. La libertad para decidir cuestiones que afectan a la propia salud y el derecho a no ser molestado constituyen dos aspectos de la autonomía¹⁸.

Es por esta razón que Szasz ejemplifica la vindicación de este derecho mediante el caso de los Testigos de Jehová, ya que éstos rechazan un tratamiento a vida o muerte por "razonamientos que son razonables y correctos pero irracionales e incorrectos para los demás, las personas que

¹³ *Ibid.*, p. 21.

¹⁴ *Ibid.*, p. 57.

¹⁵ *Ibid.*, p. 84.

¹⁶ *Ibid.*, p. 124.

¹⁷ *Ibid.*, p. 126.

¹⁸ *Ibid.*, p. 214.

muestran tendencias suicidas rechazan la prevención a la fuerza por motivos correctos para ellos e incorrectos para los demás. Si aquellos tienen un derecho constitucional a hacerlo, ¿por qué no lo tienen también estos últimos?”¹⁹.

4. Jean Améry y la muerte voluntaria

Finalmente, veamos lo que dice Jean Améry, quien lleva a cabo un interesante análisis sobre “el tiempo”, que a su juicio no es algo natural, sino es producto de una toma de conciencia de la finitud y de que la metáfora del “otoño” de la vida es un engaño (pues no existe un florecimiento a posteriori, sino un lento y simple “marchitar” de la existencia personal). Reflexionar sobre el tiempo, en especial, de la persona que envejece, no solo manifiesta que la vida es un ser-para-la-muerte, sino que nos permite entender el “meollo” del asunto acerca del envejecer, que dicho con sus propias palabras es “la forma del sentido interno, o sea de nuestra propia observación de nosotros mismos y de nuestra condición”²⁰, además de que existen dos niveles de envejecimiento (que a su vez, develan diferentes posturas para afrontar la muerte), el “cultural” y el “personal”, los cuales serán atendidos desde diferentes intencionalidades y métodos: ya sea mediante la renovación y recuperación de la antiguo a nuestros días, o bien, mediante una serie de prácticas, ritos y roles que se viven hacia el senil, las prácticas funerarias y la preparación a la muerte propia, que curiosamente son elementos que anteceden a aquel que desea llevar a cabo un suicidio racional, en cambio, en *Reuelta y resignación. Acerca del envejecer*, el autor desde un inicio enfatiza en que sus reflexiones no tienen nada que ver con la geriatría, sino que hará mención de aquella persona que “envejece en su relación con el tiempo, con el propio cuerpo, con la sociedad, con la civilización y, finalmente, con la muerte”²¹.

Améry en uno de los textos más famosos en torno a la cuestión del suicidio y de la eutanasia, que es el de *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. En dicho texto, el autor no lleva a cabo una apología al suicidio libre, voluntario y racional, sino que cómo el mismo autor advierte, el análisis emprendido sobre la muerte voluntaria, parte desde la óptica del “suicidante” o de aquel sujeto que decide de manera racional y por mano propia el quitarse la vida, por tal motivo, dicho autor sostiene que hará mención de “muerte voluntaria”, pese a que en ocasiones el acto se consuma bajo un estado de presión angustiosa. Pero como forma de muerte, incluso sometida a tales presiones, la muerte voluntaria constituye un acto libre [...] soy Yo quien levanta la mano contra sí mismo”²². Al igual que Szsa, Améry desconfía de los logros y validez de la suicidología, ya que según este último, las afirmaciones de la suicidiología,

¹⁹ *Ibid*, pp. 212-213.

²⁰ *Ibid*, p. 22

²¹ Jean Améry, *Reuelta y resignación. Acerca del Envejecer*. Traducción de Marissa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Inglés. Valencia: Pre-textos, 2001, p. 9.

²² Jean Améry. *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. 1ª. reimp. De la 1ª. ed. Versión castellana de Marisa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Inglés. Valencia: Pre-textos, 2005, pp. 9-10.

[...] están vacías de significado para el suicida o suicidario, ya que lo fundamental para ellos es la absoluta singularidad de su situación, la situation vécue, que nunca es absolutamente comunicable, de forma que cada vez que alguien muere por su propia mano, o intenta morir cae un velo que nadie volverá a levantar, que quizás, en el mejor de los casos, podrá ser iluminado con suficiente nitidez como para que el ojo reconozca sólo una imagen huidiza²³

El acto cometido en el suicidio racional es por sí mismo una clara determinación de una escala de valores e ideales que no son comunes a la mayoría de las personas. Y como se ha dicho, el hecho de que “el grueso” de la población considere a la vida como el valor por excelencia, se puede cometer una “tiranía de la mayoría” y excluir a aquellos sujetos que sin ningún tipo de impedimento, enfermedad o patología, decidan racionalmente aceptar otra escala de valores en las que la vida no sea menester, sino el terminar con su existencia en aras de una integridad existencial y evitar una paulatina merma de su ser (por alguna enfermedad incurable o por querer dejar de ser). En este orden de ideas, debemos entender que la vida no es necesariamente el bien supremo. ¿Y que hace el común de la gente ante una persona que ha proyectado su suicidio como un proyecto legítimo y racional de su vida? Se le condena, aísla y medica. Se le diagnostica una “enfermedad” y se le dan antidepresivos porque dicho sujeto es “un peligro” para la sociedad. Ahora bien, ¿por qué solo se pone en “cuarentena” al suicida? Acaso el pedófilo, el secuestrador, el violador, el homicida, etc., no son también “peligrosos”? ¿Por qué ellos hasta pueden pagar una libertad bajo fianza o solicitar un amparo y los otros no? El suicidio racional manifiesta una opción legítima de libertad y autonomía, ante la cual existe una infinidad de tabúes: la lección racional de la muerte y que proviene de uno mismo. Améry exige que se debe respetar esta opción, ya que

[...] se puede no vivir, y ello es precepto allí donde la dignidad y la libertad condenan la vida para la muerte, la vida en el échec, que es contra-natura y que es un insulto a la existencia. El sujeto decide para sí mismo con plena soberanía, lo que no quiere decir que decida contra la sociedad. El sujeto individual tiene derecho a destrozar una propiedad que nunca fue realmente suya en beneficio de la autenticidad que reclama. Levanta la mano sobre sí mismo²⁴

Es importante destacar que Améry hace mención de la “inclinación hacia la muerte” que sería una manifestación de la libertad ante la angustia de percatarse de la existencia de una nada y/o náusea, por lo que la decisión en el fondo refleja una cuestión ética y consecuente con la vida que uno mismo ha forjado. Dicho con las palabras de Améry,

[...] quien rompe a través del aura de autoprotección que mantiene la especie y cede a la inclinación hacia la muerte; sea porque el échec lo venció brutalmente y le vino a decir: eres nadie, así que finalmente decídete a no ser; sea porque haya reconocido el échec final, de toda existencia y quiera levantar la mano sobre sí mismo, su propia mano, antes de que se levante contra él la mano del cáncer, la mano del infarto, la mano de la diabetes, etc. Quien, por tanto, cede y se abandona lo hace de una forma determinada en cada caso por las circunstancias externas²⁵.

²³ *Ibid*, p. 19.

²⁴ *Ibid*, p. 68.

²⁵ *Ibid*, pp. 86-87.

Dicha inclinación o decisión “precipitada” (Entendiendo que el sujeto provoca la muerte de manera activa y no la recibe pasivamente por alguna cuestión “natural” o “accidental”), manifiesta un rechazo hacia la subordinación del hastío de la vida o al *tedium vitae* en el que se encuentran muchos “colectivos”. Lo más triste y preocupante es que ante el suicida todos van en su apoyo, ya que “quien considere la idea de la muerte voluntaria, siquiera sea por algunos momentos o por puro ánimo de distracción, se sorprenderá del obstinado interés de la sociedad por la suerte final de quien la intenta. Se trata de la misma sociedad que se ha ocupado bien poco de su ser y de su existencia”²⁶. Esto quiere decir que “no todo lo que se nos propone desde la teoría psicológica es falso. Sin embargo, *siempre se omite el hecho básico: que el ser humano se pertenece esencialmente a sí mismo*, y esto al margen de la red de vínculos sociales, al margen de una fatalidad, y un prejuicio biológicos que le condenan a la vida”²⁷.

Sin embargo, con todo lo anteriormente dicho, ante la medicalización del suicidio, se exhorta a la permisibilidad de aquellos casos en los que el suicidio racional (muerte voluntaria por mano propia) sea legítimo, ya que la muerte voluntaria debe ser reconocida como “una muerte libre y una cuestión altamente individual, que no se lleva a cabo nunca al margen del contexto social, pero en la que *el ser humano está solo consigo mismo y ante la cual la sociedad debe callar*”²⁸. Dicho con otras palabras, el bien morir no es otra cosa que una muerte digna sin sufrimientos necesarios, es decir, en las mejores condiciones y dignas posible. Es importante resaltar que “postergar la muerte está plenamente justificado mientras se consiga alargar una vida que vale la pena vivir a quien la vive, pero cuando la elección no está entre morir o no morir, la elección es morir lo mejor posible”²⁹. Por tal motivo, “se debe considerar el derecho del paciente a decidir la terminación de su vida y resolver si su autonomía llega al punto de justificar que elija el momento y la forma de su muerte. En otras palabras, si es dueño de su vida, al grado de decidir su final, cuando el sufrimiento que le impone una enfermedad resulta intolerable”³⁰.

A manera de conclusión

Es importante resaltar que si se ha reconocido y aceptado la eutanasia, que supone la existencia de pacientes que consideran que tienen el derecho a terminar en cierto momento con su vida, y solicitan ayuda al personal de salud para que no recurran a medios violentos para terminar con su existencia, y morir con cierta dignidad, se abre la puerta a la permisibilidad y legitimidad del suicidio racional aquí expuesto.

En este orden de ideas, el Estado no debe impedir los derechos del paciente (suicida racional), sino que tiene que posibilitar y garantizar la ayuda y asistencia de medios o del personal de salud

²⁶ *Ibid*, p. 97.

²⁷ *Ibid*, p. 103.

²⁸ *Ibid*, p. 100.

²⁹ Asunción Álvarez del Río, “Elementos para un debate bioético de la eutanasia”, en Foro Consultivo Científico y Tecnológico, *Eutanasia: hacia una muerte digna*. México, DF: Colegio de Bioética, 2008, p. 41.

³⁰ *Ibid*, p. 43.

para consumir digna y tranquilamente dicho suicidio (como lo es la Interrupción Legal del Embarazo). Solamente de esta forma es posible reconocer que la sociedad es incluyente, laica y pluralista, permitiendo y posibilitando la existencia de personas que quieren cosas distintas durante su vida y al final de ésta.

Finalmente, es importante resaltar cuatro aspectos a considerar para reflexionar. El primero de ellos, consiste en reconocer que es un hecho que el personal de salud constituye un porcentaje de las personas que se suicidan³¹. En segundo lugar, desde el ámbito farmacológico y clínico se ha creído que existe una relación entre la ideación suicida y el consumo de antidepresivos, lo cual no siempre es cierto. Dolores Arceo, llevó a cabo un estudio en el que estimó el riesgo de ideación suicida en pacientes que iniciaron un tratamiento médico (con paroxetina, fluoxetina o amitiprilina), y llegó a la conclusión de que “el tipo de medicación antidepresiva utilizada no se relacionó con la ideación suicida, intento de suicidio o suicidio”³².

En tercer lugar, la viabilidad de esta propuesta implica el hecho de que si se trata de permitir y legalizar la ayuda a morir, la mejor manera de controlar esta práctica es limitando a que sean los médicos quienes tengan la capacidad de realizarla, además de que “si hay pacientes que consideran que tienen el derecho a decidir y pedir ayuda a su médico para terminar con su vida, y hay médico que están de acuerdo en dar esa ayuda, ¿no debe el Estado no sólo no impedir los derechos del paciente y el deber del médico, sino garantizarlos? Lo que está en juego es reconocer que la sociedad en que vivimos, laica y pluralista, las personas quieren cosas distintas, durante su vida y al final de ella. Quienes no estén de acuerdo con la opción de adelantar la propia muerte, deben aceptar que otras personas sí lo están y que lo realmente importante es garantizar que se respete la voluntad de unas y otras. Así, el paciente que tome la decisión de pedir ayuda para morir, podrá estar acompañado en todo momento y morir en las mejores condiciones sin arriesgar legalmente a nadie”³³. Y, en cuarto lugar, es necesario modificar los códigos morales de nuestras instituciones educativas, religiosas y culturales de nuestras sociedades, para evitar una condena moral al suicidio racional, así como también comprender que debe buscarse otro término para evitar una malinterpretación por el empleo del término racional.

³¹ La fundación Estadounidense para la Prevención del Suicidio señala que, en ese país se suicidan entre 300 y 400 médicos por año. En México, “de los diez médicos que se graduaron en la generación del doctor Federico Rebolledo Mota, cuatro se suicidaron. Dos lo hicieron en el Quirófano”. Cf. http://www.bbc.co.uk/mundo/cultura_sociedad/2010/03/100318_0325_suicidio_medicos_mexico_mz.shtml consultado el día 5 de diciembre de 2010 a las 16:40 hrs.

³² Dolores Arceo, “Los inhibidores de la recaptación de serotonina no aumentarían el riesgo de suicidio en pacientes con depresión unipolar”. Texto consultado el día 4 de diciembre de 2010 a las 22:09 hrs de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo_gbc.php?bib_vv=16

³³ Asunción Álvarez, *Op.Cit.*, p. 44.

Bibliografía

- ◆ Álvarez del Río, Asunción. “Elementos para un debate bioético de la eutanasia”, en Foro Consultivo Científico y Tecnológico, Eutanasia: hacia una muerte digna. México, DF: Colegio de Bioética, 2008.
- ◆ Améry, Jean. Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria. 1ª. reimp. De la 1ª. ed. Versión castellana de Marisa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Inglés. Valencia: Pre-textos, 2005.
- ◆ Améry, Revuelta y resignación. Acerca del Envejecer. Traducción de Marissa Siguan Boehmer y Eduardo Aznar Inglés. Valencia: Pre-textos, 2001.
- ◆ Arceo, Dolores, “Los inhibidores de la recaptación de serotonina no aumentarían el riesgo de suicidio en pacientes con depresión unipolar”. Texto consultado el día 4 de diciembre de 2010 a las 22:09 hrs de http://www.facmed.unam.mx/bmnd/dirijo_gbc.php?bib_vv=16
- ◆ Ellis, Thomas, “Estudio de la cognición y suicidio: comienzos e hitos del desarrollo”, en Thomas E. Ellis (editor). Cognición y suicidio. Teoría, investigación y terapia. Traducción de Alicia Solís Bravo. México, D.F.: Ed. El Manual Moderno, S.A. de C.V., 2008.
- ◆ Martínez, Carlos. Introducción a la suicidología. Teoría, investigación e intervenciones. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007
- ◆ Szasz, Thomas. Libertad fatal. Ética y política del suicidio. Traducción de Francisco Beltrán Adell. Barcelona: Ed. Paidós, 2002.
- ◆ http://www.bbc.co.uk/mundo/cultura_sociedad/2010/03/100318_0325_suicidio_medicos_mexico_mz.shtml consultado el día 5 de diciembre de 2010 a las 16:40 hrs.