

BIOETICA Y SUICIDIO

Andrea Ciliberto, Gustavo Amido

cilibertoandrea@yahoo.com.ar

Cátedra Salud Mental II. UCA. Hospital Británico de Buenos Aires.

Resumen

El suicidio es un fenómeno particularmente complejo. Polideterminado. Actualmente es una epidemia a nivel global, en aumento. Pero en el imaginario social, se lo sigue concibiendo exclusivamente como tragedia individual.

El suicida es rechazado, es castigado desde la Biblia. Ninguna otra forma de muerte causa ese impacto. En Salud Mental, automáticamente asumimos que es una persona que no tiene la capacidad de discernir y nuestra obligación es impedirlo por todos los medios, privando incluso de su libertad al sujeto. Un bien supremo por sobre otro. Hay un mandato de salvar la vida. En otros campos de la medicina, se asume que hay pacientes que lograrán atravesar un cuadro y otros no. La bioética vino a regular la batalla que se libra en el cuerpo del paciente, en un intento de tolerar la muerte. Pero si hay una muerte que sigue siendo intolerable, es el suicidio.

Cuando una persona comete suicidio, genera una particular ola expansiva y muy particular en su entorno. Desde enojos, sentimientos persecutorios, debacles familiares y hasta institucionales. En particular los profesionales de la Salud Mental podemos ser depositarios de todos estos sentimientos persecutorios.

Nos cuestionamos sobre los distintos aspectos éticos que atraviesan el fenómeno.

Palabras clave: bioética, praxis, responsabilidad, suicidio

Introducción

El suicidio es definido por la (OMS, 1976) como "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil".

El acto suicida fue considerado históricamente como tragedia individual. El suicida es rechazado, es castigado desde la Biblia. Ninguna otra forma de muerte causa ese impacto en el entorno como atentar voluntariamente contra la propia vida. Actualmente, se lo considera un problema de Salud Pública, multideterminado. Una epidemia mundial con elevados costos económicos.

Pero hay una forma de suicidio que empieza a ser por lo menos tolerada en algunas partes del mundo¹. Se trata del suicidio asistido, o Eutanasia. Y nos proponemos señalar las diferencias en el trato de ambas formas de suicidio. También señalamos los motivos considerados válidos para llevar a cabo la Eutanasia. Y el rol que ocupamos en ambos casos los profesionales de la Salud.

Desarrollo

Eutanasia, o bien morir

a. El "Principio de la Santidad de la vida"

Sostiene que es absolutamente incorrecto matar intencionalmente o dejar o permitir morir intencionalmente a un paciente, y las decisiones de prolongar o acotar la vida humana no deben fundarse en la calidad de vida. Toda vida humana es igualmente valiosa, independientemente de su calidad.

Este principio no admite excepciones, incluso cuando se actúa en respuesta al pedido voluntario de ese ser humano. Formó parte de la práctica médica, de las decisiones judiciales y de la doctrina de la Iglesia Católica por muchos años.

En las últimas décadas los progresos tecnológicos aplicados a la medicina hacen posible prolongar la vida de pacientes aún sin esperanza alguna de recuperarse. Por este motivo, se empezó a entender el criterio de eutanasia pasible, o sea no realizar medidas extraordinarias.

Esto intentó no romper con la “Santidad de la vida”. Pero abrió una brecha que permitió hacer excepciones al principio, en caso de pacientes terminales. Los colegios médicos y la misma doctrina católica aceptaron las excepciones:

- 1- Si bien está prohibido matar intencionalmente a un paciente, a veces es moralmente permisible que muera o dejarlo morir. Se diferencian actos de omisiones, aunque moralmente persigan el mismo finⁱⁱ.
- 2- Se establece que mientras es incorrecto provocar intencionalmente la muerte, a veces es permisible comportarse de tal manera que una persona muera de manera natural aunque no deseada.

b. El enfoque objetivista

En forma muy sintética, este enfoque sostiene que el bienestar de una persona no sólo es subjetivo, sino que también depende de criterios o indicadores objetivos (una vida valiosa, desarrollo personal, tener hijos, sentir placer por la belleza, etc.).

c. El enfoque subjetivista

Se apoya en los estados mentales, se mide por experiencias personales buenas y malas. Por lo cual la vida puede ser un bien pero la muerte también.

Objeciones a la Eutanasia Voluntaria (la decide la propia persona)

- 1- Si se acepta la Eutanasia voluntaria, habría gente que la elegiría, teniendo por delante un tiempo de vida con una razonable calidad de vida.
- 2- La gente confundida, inmadura o discapacitada mentalmente terminaría con su vida, cuando su interés por hacerlo no sea auténtico.
- 3- Ningún acto afecta sólo a una persona. Todo el entorno, familiares, amigos seres queridos, también lo padecen.
- 4- Para una persona religiosa, lo considera incorrecto doctrinariamente.
- 5- Argumento de la pendiente resbaladiza: sostiene que cuando se acepta en una situación puntual, se va extendiendo a muchas otras.
- 6- Es contagiosa, en la familia y en grupos de pares.

Argumentos en defensa de la eutanasia

- 1- La autodeterminación del enfermoⁱⁱⁱ. Cuando una persona adulta en su sano juicio toma una decisión personal que no afecta a la comunidad ni a terceros, el Estado no debería intervenir.
- 2- Respetar la dignidad de quien la solicita. Si la dignidad es un valor incondicional e incomparable con cualquier otro, como decía Kant, la persona debería tener la potestad de conservarla.
- 3- Es compasiva respecto a un sufrimiento intolerable.

Reacciones habituales ante la eutanasia y el suicidio

	Paciente oncológico terminal	Paciente melancólico con depresión refractaria y crónica.
Decisión de no vivir, una existencia insoportable	Eutanasia	Suicidio
Actitud	Empatía hacia la persona (con o sin aceptación)	Rechazo, alerta y oposición hacia la persona. También por nosotros mismos.
Diagnóstico	No hay, se define como una reacción comprensible ante una patología terminal con dolor.	Se usan escalas para medir el riesgo suicida. Se observa la edad de mayor frecuencia de suicidios. Se indaga si son sólo ideas esporádicas, constantes, o si ya está planificado.
Acciones generales y legales	Intercambiar ideas, profundizar el tema, dar opciones. Un juez puede apoyar o no la decisión.	Mediar los medios para evitarlo, inclusive contra la voluntad de la persona. Es un indicador de internación psiquiátrica

		involuntaria “ riesgo para sí ...” (ley 26657) avalada por un juez.
Conducta médica con la familia	Presentar y discutir el tema, buscar consensos.	Advertir, acordar medidas de prevención (alejar medicamentos, cuchillos, etc.). “No lo dejen solo en ningún momento, cualquier cosa me llama y lo internamos.”
Comité de bioética	Convocar en busca de decisiones compartidas	No se discute el tema, porque no se plantea ningún dilema.
El acto en sí	Decisión de vida	“ Momento psicótico”
Encarnizamiento terapéutico	Evitarlo	¿es tenido en cuenta?
Intento Suicidio fracasado	Preocupación.	Maltrato, Internación y antipsicóticos. Discriminar si no fue un “acting” preocupación por llamar la atención.” “¿No pensó en sus hijos...? ”
Reacción post suicidio	De haber ayudado a alguien en un momento terrible de su vida	Malestar, impotencia, frustración, culpa, temor (fundado) a un juicio,
Familia	Tristeza	Enojo, culpa por no evitarlo, a veces proyección (en el médico).
Que reciben	Tratamiento humanizado y comprensión	Culpabilización, patologización y represión cuasi policial.

Tendencias	Creciente aceptación legal , médica y social	Leyes de prevención para evitarlo.
Principios bioéticos respetados	<u>Autonomía</u> , no maleficiencia y justicia	Beneficiencia (paternalismo)

¿El dolor físico y las enfermedades graves sin tratamientos conocidos tienen más status que el sufrimiento psíquico irreparable, crónico y refractario a tratamiento?

Caso: Una mujer belga de 24 años, sin ningún problema de salud física, ha decidido terminar con su vida a través de la eutanasia. ¿La razón? Sufre de depresión crónica que no ha podido superar a pesar de haber sido tratada en hospitales psiquiátricos durante años, informa el sitio web www.demorgen.be. “La vida, eso no es para mí”, le dijo la mujer a la periodista Simone Maas, que asistió al lanzamiento del libro “Libérame, eutanasia por razones psicológicas” de la doctora Leve Thienpont, uno de los médicos que autorizó el procedimiento a la mujer. Laura (su nombre ha sido cambiado para proteger su identidad), que no tiene ninguna enfermedad física, será sometida a la inyección letal este verano. La mujer dice que desde que tenía seis años tiene pensamientos suicidas. Un día estando en el colegio se vio rodeada de niños y supo que no podía vivir. “Incluso en el jardín de infantes yo sabía que no quería esta vida. Entonces me senté allí, vi a los niños jugando, y yo pensé: ¿qué estoy haciendo aquí?”, dice Laura, que creció en una familia disfuncional, con un padre alcohólico y una madre ausente. Luego de la secundaria, Laura vivió con su novia, quien se fue debido a sus fuertes cuadros de depresión. Recuerda a su pareja como “lo más hermoso que haya tenido que dejar ir”.

Pero a sus 24 años, esta joven belga dice que hay un monstruo en ella que sigue creciendo. “Me siento tan impotente, y estoy tan cansada de toda la lucha. Ningún tratamiento captura el monstruo que crece detrás de mis costillas”, según consigna la publicación de Bélgica. Laura cree que la eutanasia es una determinación “feroz” y cada vez que se pregunta si realmente quiere acabar con su vida por este medio, la respuesta sigue siendo sí. “La muerte se me presenta no como una opción. Si

tuviera que elegir, elegiría una vida soportable. Pero lo he hecho todo y no he tenido éxito”. Laura se someterá a la eutanasia en el verano. Dice que sus seres queridos estuvieron sorprendidos en un principio, pero que finalmente entendieron que es la única manera en que puede terminar con su inagotable sufrimiento. Ella planea su funeral y sepultura, aunque aún no sabe qué dirá en el momento en que le apliquen la inyección letal.

Conclusión

Si bien entendemos que toda forma de suicidio causa rechazo, entendemos que la Eutanasia o buen morir comenzó a ser aceptada. Pero entendemos que en principio lo fue para padecimientos físicos. Entendemos por este motivo, que no se llega a dimensionar el enorme sufrimiento que generan los padecimientos mentales. A veces refractarios a tratamiento. Nos preguntamos si es que tiene algún sentido en separar la persona en el antiguo dualismo cartesiano Mente-cuerpo. Abrimos el debate a considerar si hay sufrimientos humanos más válidos que otros.

Notas

ⁱ Cuando nos referimos al mundo, es en particular al occidental. En Oriente el suicidio puede tener otras connotaciones, ej. muerte honrosa.

ⁱⁱ Se definió la diferencia entre actos y omisiones.

Según Jonathan Glover, Causar la muerte y salvar vidas (Causing Death and Saving Lives, Penguin Books, Harmondsworth, 1977) Capítulo 7 “No luchar para conservar la vida”:

“Existe cierta diferencia moral entre los actos y las omisiones con iguales consecuencias totales (Glover pág. 100)?”

Los actos son intentos de asegurar un resultado. En cambio omitir actuar a menudo significa meramente arriesgarse a que algo suceda .

Para demostrar esto sostiene que deben hacerse comparaciones sistemáticas para demostrar que los actos y las omisiones son lo mismo:

- 1- Las consecuencias son igualmente malas.
- 2- Ser llevados a cabo por personas con la misma responsabilidad (médico/enfermero).
- 3- Ambos son contrarios a algún deber.
- 4- Son intencionales.

En consecuencia, concluye Glover, “puesto que la diferencia radicaría en esa razón o factor ajeno al acto en sí mismo, no hay diferencia moral intrínseca, esencial entre actos u omisiones como tales.”

ⁱⁱⁱ Mill, John Stuart : “Sobre la Libertad”, pág. 37-38