



Áreas Temáticas

Arritmias y Electrofisiología
Bioingeniería e Informática Médica
Cardiología del Ejercicio
Cardiología Nuclear
Cardiología Pediátrica
Cardiología Transdisciplinaria y Salud Mental en Cardiología
Cardiopatía Isquémica
Ciencias Básicas
Cirugía Cardiovascular
Cuidados Intensivos en el Postoperatorio de Cirugía Cardíaca
Ecocardiografía
Enfermedad de Chagas
Enfermedades Vasculares, Cerebrales y Periféricas
Enfermería Cardiovascular
Epidemiología y Prevención Cardiovascular
Farmacología Cardiovascular
Hemodinamia - Intervencionismo Cardiovascular
Hipertensión Arterial
Insuficiencia Cardíaca
Miocardiopatías
Técnicos en Cardiología

Alcances y Límites de una Política de Intervención del Suicidio *



Diana Cohen Agrest *

Universidad de Buenos Aires, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos Aires, Argentina

Abstract

The last decade has been the scenario of an increased rate of suicides and suicide attempts, figures that shows the urgency to establish sound politics of prevention for those kinds of behaviors. We aim to show that, in spite of the current point of view focused on the mental health, not all the cases should be treated with the same theoretical and practical instruments. The medical model doesn't consider the possibility that some suicides are not the result of sudden emotions, but of a rational decision.

Resumen

La última década fue el escenario de un preocupante aumento del índice de tentativas suicidas y suicidios consumados, cifras que muestran la necesidad urgente de implementar políticas adecuadas de prevención de este tipo de conductas. Se aspira a mostrar que, pese a la vigencia del abordaje del suicidio desde la salud mental, no todos los casos deberían ser tratados con las mismas herramientas teórico-prácticas. El modelo médico no alcanza para considerar la posibilidad de que ciertos suicidios no sean la resultante de emociones intempestivas, sino de una decisión racional.

Cifras Mundiales y Locales

Tanto el suicidio como el suicidio asistido, en los últimos tiempos y de manera creciente, pasaron a ser temas centrales de algunas controversias moralmente más significativas. Asistimos al renacimiento de un interés manifiesto en torno de la muerte voluntaria porque, de hecho, en el ejercicio cotidiano de la práctica médica se suscitan dilemas que exceden el marco de la técnica o pericia clínica, y que sólo pueden ser examinados a la luz de una disciplina como la ética.

Se suele alegar que la noción misma de suicidio es hasta conceptualmente inaceptable: en el lenguaje jurídico, el derecho de vivir es indisponible. Pero en rigor de verdad, todavía es una cuestión en discusión si acaso existe un derecho o facultad de disponer de la propia vida. El pasaje de la punición de la tentativa suicidio o de suicidio consumado, a la inimputabilidad, se implementó recién en la década de los '90 [Santos Cifuentes, *Derechos personalísimos*, Buenos Aires, Ed. Astrea, 1995]. Pero dicha inimputabilidad no supone que el suicidio constituya un derecho reconocido ni una facultad. Las actuales legislaciones no incriminan ni el suicidio ni la tentativa de suicidio. Pero son normas relativamente recientes. Y aunque la legislación contemporánea, en Gran Bretaña, en Francia, en Alemania, en los Estados Unidos, en España y en casi toda Latinoamérica, entre otras muchas regiones del globo, no prohíba el suicidio, no se llega a interpretar la ley de modo que dé pie a que se lo reconozca como un derecho.

Hoy en día el debate en torno de la muerte voluntaria no se centra tanto en la modalidad específica del suicidio, sino en las prácticas de la eutanasia y del suicidio asistido. Pero por añadidura, cuando menos en Europa, ese debate no se detiene tanto en la corrección o incorrección de ambas prácticas sino, más bien, en los modos de regularlas. En noviembre del año 2000, el Parlamento holandés aprobó el suicidio asistido por un médico, procedimiento que debe ser sometido a sucesivos controles y sujeto a las mismas condiciones legales que rigen la eutanasia voluntaria activa. Bélgica le seguirá un tiempo después.

En los Estados Unidos, desde 1997 la ley del Estado de Oregon posee un régimen especial. No autoriza la eutanasia, en la que un médico u otra persona es quien administra al enfermo una medicación letal. En su lugar, autoriza a los pacientes adultos sobre los que se estima que les restan menos de seis meses de vida a recibir medicación para poner fin a sus vidas. Esta medicación, si bien es provista por un médico, es ingerida por los pacientes sin intervención directa del profesional. En

contrapartida, se respeta el derecho profesional a la objeción de conciencia. Quizás lo más destacable de la ley de Oregon, a pesar de los temores de sus oponentes, es que fue un recurso escasamente solicitado. De acuerdo con el Departamento de Servicios Humanos de Oregon, en un período de siete años, de 64.706 personas que fallecieron a causa de enfermedades, sólo 208 de ellas murieron por medio de sobredosis de prescripciones realizadas según la norma vigente. En 2004, cuarenta médicos otorgaron prescripciones letales, pero sólo 37 de éstas fueron utilizadas. Estos guarismos mostrarían que, para muchos pacientes, la reserva de drogas letales les brinda cierta tranquilidad: saben que tienen acceso al fármaco si el dolor se vuelve muy intenso, o si el deterioro que alcanzan es ya muy avanzado; pero saben también que pueden no tomarlo si no están seguros de que es el momento de partir.

En Suiza, el suicidio asistido se encuentra contemplado en el Código Penal que declara que dicho acto no constituye una ofensa si no existe un motivo ulterior o una ganancia personal para aquellos que presten su asistencia. En febrero de 2007 una sentencia del Tribunal Federal suizo ha admitido, en principio, que "las personas aquejadas de problemas psíquicos o psiquiátricos puedan igualmente beneficiarse de la asistencia médica al suicidio". Si bien cada persona tiene derecho a elegir el momento del fin de su existencia, eso no implica que el Estado esté obligado a prestarle la asistencia necesaria. La sentencia demuestra que la asistencia al suicidio forma parte del campo de las actividades médicas y no es ajeno al ejercicio de la profesión desde el punto de vista médico, ni desde el jurídico ni el ético. Aunque en el caso particular de los enfermos mentales se requerirá "un profundo examen psiquiátrico", dado que la responsabilidad de la decisión no puede recaer exclusivamente en las asociaciones de asistencia al suicidio. Según las directivas de la Academia Suiza de Medicina, "tal opción sólo puede contemplarse cuando el fin de la vida está próximo". No obstante, el artículo 114 prohíbe las decisiones médicas de acortar la vida, así como también la eutanasia voluntaria. En la práctica, sin embargo, la eutanasia voluntaria –cuando un médico termina con la vida de un paciente con su consentimiento– es muy común. Un estudio realizado en el año 2003 por la Universidad de Zurich mostró que 7 de cada 10 pacientes que sufren una enfermedad terminal resolvieron practicar la eutanasia voluntaria, ya sea tomando grandes dosis de drogas o pidiendo ser desconectados de los aparatos de sostén vital [1].

En Francia, una ley promulgada en el 2005 autorizó a los médicos a suspender ciertos tratamientos y dejar morir al paciente, pero prohíbe tanto la eutanasia activa como el suicidio asistido. En el derecho alemán, la ayuda al suicidio no es ilegal, a condición de que ésta sea dada voluntariamente por alguien competente; sin embargo, en un requerimiento semejante al de Suiza, los médicos deben obedecer el deber de socorrer a una persona moribunda y, por tanto, no pueden estar presentes en el momento del deceso.

Para el derecho alemán, el suicidio asistido no es ilegal, a condición de que la ayuda sea brindada voluntariamente por alguien competente; sin embargo, en un requerimiento semejante al de Suiza, los médicos deben obedecer el deber de socorrer a una persona moribunda y, por tanto, no pueden estar presentes en el momento del deceso. En China, en 1998, el Gobierno autorizó a las instituciones de salud a practicar la eutanasia para los pacientes en fase terminal de una enfermedad incurable. En Australia, en 1996, por primera vez en el mundo fue votada por el Parlamento de los Territorios del Norte una ley que legalizaba la eutanasia, pero fue abrogada a nivel federal algunos meses más tarde [«Choosing their time», Time, Abril 4, 2005 / Vol. 165 – N 14, pp. 26, 27].

En Latinoamérica, la Corte Constitucional de Colombia aprobó una ley en mayo de 1997 que dictamina que ayudar a morir a una persona que se encuentra sufriendo una enfermedad terminal no es un crimen, siempre y cuando dicha persona haya expresado claramente y de manera precisa que así lo desea. La Corte tomó su decisión basándose en la proposición de que los ciudadanos colombianos tienen el derecho a morir con dignidad, tanto como lo tienen a vivir con dignidad.

Hasta ahora, se han presentado en el Congreso argentino algunos proyectos de ley relacionados con "el derecho de muerte digna", pero ninguno prosperó. Según se alegó, eran muy restrictivos y no avanzaban demasiado más allá de lo que ya la propia ley de ejercicio de la medicina dice. Esa ley (Nº 17132/67), obliga a los médicos a respetar la voluntad del paciente cuando se niega a tratarse o internarse, "salvo en los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos". En 2002 un sondeo realizado a médicos del CEMIC sobre eutanasia y suicidio asistido dio estos resultados: de 120 encuestas tuvieron un retorno del 63%. El 26% de los médicos dijo que los aplicó una o más veces y el 63%, que estaría de acuerdo con la eutanasia si fuera legalizada.

Es sabido que en la última década se asistió a una escalada creciente en el índice de tentativas suicidas y suicidios consumados. La OMS estimó que un millón de personas se quitaron la vida en todo el mundo durante el 2000, pero que un número entre 10 y 20 veces superior intentó suicidarse, y alertó que las muertes ascenderían a 1,5 millones en 2020. La misma tendencia creciente se advierte en el área local: según los datos recabados por el Ministerio de Salud de la República Argentina, en el año 2004, 3137 personas se quitaron la vida: 2482 hombres y 655 mujeres, mientras que ocho años antes, en 1996, lo habían hecho 2245 personas [Datos disponibles en http://www.who.int/mental_health/media/en/279.pdf]. Esos índices muestran que la tasa de mortalidad por suicidios en la Argentina es superior a 8 cada 100.000 habitantes, provocando una muerte cada tres horas. Por cierto, el suicidio suele ser la resultante de factores socioculturales muy complejos, y su frecuencia aumenta durante períodos de crisis socioeconómicas, familiares e individuales (tales

como la pérdida del empleo, el abandono de la pareja, entre otros factores) [Datos consignados en "Piden un plan para prevenir suicidios", diario La Nación, de Buenos Aires, 17 de septiembre de 2006].

En lo que concierne a las legislaciones nacionales sobre prácticas habitualmente asociadas al suicidio, la situación es dispar. En la Argentina, respecto de las prácticas de la eutanasia o del suicidio asistido, la ley 11.179 del Código Penal, de diciembre de 1984 –decreto 3992/84, Art. 83–, prevé que "será reprimido con prisión de uno a cuatro años, el que instigare a otro al suicidio o le ayude a cometerlo, si el suicidio se hubiese tentado o consumado".

Sin embargo, datos oficiales difundidos por la cartera sanitaria argentina indicaron que 814 personas que se quitaron la vida el último año tenían entre 15 y 24 años, una franja donde se concentra el 25 por ciento de los suicidios. Hasta hace poco tiempo atrás, los grupos etáreos con tendencias suicidas eran por excelencia los de los adolescentes (entre 15 y 19 años) y los de los adultos muy jóvenes (entre 20 y 24), períodos vitales caracterizados a menudo por cierta incapacidad de sobreponerse a las presiones sociales: exigencias que demanda un promisorio éxito profesional; fracasos sentimentales o sentimientos de rechazo por parte de sus pares (OMS) [[OMS.http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicidecharts/en](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicidecharts/en)]. En pocos meses, desde mayo de 1989 hasta recientemente, en Villa Gobernador Gálvez, provincia de Santa Fe, seis adolescentes se quitaron la vida, con instrumentos o armas que pertenecían a sus padres. Los motivos manifiestos de la decisión que conlleva el pasaje al acto suicida, contradecían el principio de proporcionalidad entre el efecto y la causa. Es urgente, dados estos porcentajes en alza, que se impulsen programas de prevención del suicidio dirigidos a jóvenes y adultos en riesgo. Frente a estas estadísticas que señalan la tendencia creciente a la despenalización del suicidio asistido en la legislación de la mayoría de los países, parece necesaria la correcta comprensión y reflexión sobre aquellos motivos que conducen a los agentes a llevar a cabo esta clase de actos.

Desde un enfoque cualitativo sin distinción etárea, se estima que el 90% de los casos de suicidio se producen asociados a desórdenes mentales –en particular, depresión y abuso de drogas–. Este elevado índice de relación entre muerte voluntaria y enfermedad mental, hacen del suicidio un fenómeno patológico que, como tal, es objeto de análisis de la clínica psiquiátrica.

No obstante, pese a la vigencia y fundamento del abordaje del suicidio desde la salud mental, es notorio que no todos los casos deberían ser tratados con las mismas herramientas teórico-prácticas, poner 'en una misma bolsa' suicidios emergentes de contextos diferentes. Ilustremos esta diferencia con suicidios célebres: no se puede juzgar con las mismas categorías conceptuales –y, en consecuencia, intervenir en la práctica– los suicidios de individuos con adicciones severas, los suicidios juveniles de Romeo y Julieta, y el de Ramón Sampedro, el español parapléjico magníficamente retratado en el film *Mar adentro*. Si admitimos estas distinciones, lo lógico es interrogarnos: la aplicación de un modelo médico que autorice la intervención frente a ideaciones y tentativas suicidas ¿acaso no admite excepciones?

¿Hacia un Nuevo Modelo?

Una de las enseñanzas más arraigadas en la moral tradicional es aquella que ordena que nadie debería atentar contra su propia vida. Esta obligación es tan estricta que por regla general en el mundo judeocristiano se atribuye la comisión de un acto suicida a una presunta irracionalidad del agente moral. Esta creencia no es privativa de esta visión religiosa de la vida humana. El emperador y jurista romano Justiniano (quien vivió entre 483 y 565 d.C.) narra que de acuerdo con la ley imperante en la Roma imperial, el suicidio de un ciudadano pertenecía a la esfera privada, y no era punible si su causa era cierta impaciencia provocada ya fuere por un dolor, por una enfermedad o por otras circunstancias, tales como el desgaste de la vida, la locura o el temor al deshonor. Dado que esta enumeración cubría los distintos motivos estimados racionales que conducían por lo general al acto suicida, aquellas muertes voluntarias que no se originaran en uno u otro de dichos motivos eran punibles, pues se las consideraba, lisa y llanamente, sin causa. Pero curiosamente, en esos contados casos, el suicidio se castigaba no por ser un crimen (argumento que habría de ser defendido más tarde por el Cristianismo y que signaría todas las consideraciones morales sobre el suicidio en Occidente), sino por ser irracional [Alvarez, Alfred, *The Savage God: A Study of Suicide*, Nueva York, Londres, W.W. & Company, 1990 (ed. original: Londres, Penguin, 1971), versión castellana: *Dios salvaje. Un estudio del suicidio*, Bogotá, Tesis-Norma, 1999, pág. 82].

Habida cuenta de que hoy es técnicamente posible mantener artificialmente con vida por tiempo indefinido a un individuo –incluso contrariando su voluntad–, y de acuerdo con una creencia que provoca una creciente adhesión, hay quienes admiten sugestivamente que ciertos suicidios se caracterizarían por su racionalidad.

Criterios de Identificación de Suicidios Racionales

Este abordaje daría lugar a una rica literatura filosófica referida a las condiciones a satisfacer para que un acto suicida pueda ser considerado racional. Con el propósito de identificar un suicidio racional, M. P. Battin sugiere un conjunto de criterios que deben rastrearse en el accionar del suicida, a los que

reúne en dos grupos. En un primer grupo se reúnen los denominados "criterios de no-impedimento", entre los que se encuentran *la habilidad de razonar; la perspectiva realista del mundo; y la posesión de información adecuada*. En el segundo grupo, que reúne a los llamados "criterios de satisfacción de intereses", se mencionan el criterio de *impedir un daño* y el *criterio de los mejores intereses*. Estos dos grupos, sostiene la autora, reúnen los criterios o las condiciones que a menudo requerimos para calificar a cualquier decisión, y no solamente aquella que concierne al acto suicida, como racional [Battin, Margaret P., *Ethical Issues in Suicide*, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1995, págs. 131-133].

En lo que respecta a los criterios de no-impedimento, se mencionó en primer lugar la *habilidad de razonar*, la cual implica en principio dos capacidades conceptuales. Por una parte debe ser posible inferir de ciertas premisas, una conclusión, respetando la forma lógica, es decir, sin cometer errores en la inferencia. Pero además, se debe ser capaz de evaluar, en la medida de lo posible, las consecuencias a corto, mediano y largo plazo de la posición a adoptar o de las acciones que se planeen realizar. Sin embargo, no siempre se cuenta con estas capacidades. Por cierto, a menudo nos confrontamos con suicidios juveniles o psicóticos cuyos protagonistas no comprenden que al morir no serán más sujetos de experiencias. Y no es extraño confrontarse con adultos románticos que consideran la muerte hasta glamorosa o ante buscadores de venganza que se quitan la vida con el sólo fin de causar daño a otros.

En segundo lugar, una *perspectiva realista del mundo* es un criterio estrechamente asociado a la habilidad de razonar. Los suicidios esquizofrénicos, por ejemplo, reúnen una clase de actos que no cumplen con esta condición, ya que a menudo se basan en creencias extrañas acerca de la naturaleza del mundo. Un esquizofrénico puede arrojar por una ventana creyendo que se transformará en pájaro; es claro que esta clase de suicidios es irracional, ya que resulta de una perspectiva del mundo que es claramente equivocada. En desórdenes menos severos, la persona puede contar con una perspectiva relativamente realista del mundo visto como un todo, pero puede no percibir de modo realista su propia vida, incluyendo su identidad, su posición en el mundo y sus talentos e imposibilidades. Algunas de las perturbaciones que conducen a esta mirada distorsionadora de la realidad son muy comunes: una autoestima muy baja, o un ego desmesurado.

Finalmente, una acción racional no sólo se lleva a cabo respetando ciertos principios lógicos y fundándose en una perspectiva realista del mundo, sino que también debe basarse en una *información adecuada*. Un ejemplo de información inadecuada lo ilustra el paciente que, tras sufrir intensos dolores, y sin consultar a un profesional, cree que es víctima de una enfermedad terminal –en general se suele imaginar alguna forma de cáncer– y, debido a esta creencia errónea, actúa consecuentemente poniéndole fin a su vida. La información inadecuada de las circunstancias presentes puede reducirse a la ignorancia de un hecho específico importante –tal como un diagnóstico médico benigno– sin embargo, puede afectar al individuo perturbado de manera tal que éste se forje una representación completamente distorsionada de las circunstancias en las que se encuentra inmerso.

Respecto del segundo conjunto de criterios que caracterizan a toda acción racional, el de satisfacción de intereses, M. P. Battin menciona el *impedir un daño* a sí mismo. Por ejemplo, un individuo que se automutila no es considerado un agente racional; y a menudo se piensa de los suicidas en términos idénticos. Sin embargo, prosigue M. P. Battin, es posible alegar que la muerte no constituye un daño al individuo una vez que éste ha muerto. El proceso de una muerte lenta y dolorosa puede ser sinónimo de infligir un daño, pero una vez muerta, la persona no existe más, y por lo tanto no puede ser ya lastimada. Si el suicida elige un método expedito o sin dolor para llevar a cabo su plan mortífero, aduce la especialista, no está actuando en contra de la satisfacción de sus intereses, ya que no se produce a sí mismo ningún daño.

El último criterio es aquel que establece que toda acción racional debe coincidir con los *mejores intereses* de la persona en proteger su propio cuerpo. Se suele considerar racional a un acto sólo si éste está de acuerdo con los proyectos de vida de una persona, o si es consistente con sus intereses primarios. Estos intereses pueden ser egoístas, en el sentido de tener por único objeto la adquisición o gestión de hechos para el beneficio del propio agente; otras veces, sin embargo, los intereses son altruistas y se dirigen al beneficio de algún otro. El suicidio puede ser considerado racional tanto cuando está motivado por intereses egoístas, pongamos por caso, una vez que la persona siente que su vida no vale la pena de ser vivida, como cuando es impulsado por intereses altruistas, esto es, cuando una persona busca terminar procurando con dicho acto beneficiar a otro, por poner un ejemplo absolutamente controvertido, cuando un enfermo terminal no desea continuar siendo una carga para su familia y decide poner fin a su vida.

La Crítica al Modelo Médico

Pese al consenso reinante, la asociación del suicidio con la ausencia de racionalidad dista mucho de haber sido suficientemente probada, y es más un supuesto teórico que un juicio fundado. Prejuicio que no admite excepciones, se exagera en el ámbito acerca del cual venimos reflexionando, el de la medicina. El modelo psiquiátrico, en especial, le llega a atribuir al suicida potencial una personalidad esquizofrénica que termina dirimiéndose, tal como es formulada, en una especie de combate

maniqueo entre supuestas fuerzas del bien y fuerzas del mal. Para quienes piensan de este modo, "la acción suicida es una decisión resultante de un debate interno de muchas voces, unas a favor de la vida y otras a favor de la muerte" [Schneidman, Edwin S., «Preventing Suicide», *American Journal of Nursing*, Mayo de 1965 (ahora en Donnelly, J. (ed.), *Suicide: Right or Wrong*. Buffalo, Nueva York, Prometheus Books, 1990 (ahora en Weir, Robert, F. (ed.), *Ethical Issues in Death and Dying: Second Edition*. Nueva York, Columbia University Press, 1986), pág. 111]: si triunfa el bien, el suicida potencial se abstiene de realizar sus propósitos. Si vencen las fuerzas del mal, el individuo sucumbe.

En esta matriz conceptual, "depresión", en efecto, es el nombre que recibe un síndrome clínico caracterizado por desórdenes afectivos que incluyen "una acentuación en la intensidad o duración de emociones de otro modo normales" [Gerald L. Klerman, «Affective Disorders», *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*. Cambridge, MA, y Londres: Harvard University Press, 1978, cap. 13, p. 255. Citado por Joel Feinberg en «Whose Life is Anyway?» en *Ethical Issues in Death and Dying. Second edition*, Tom Beauchamp y Robert Veatch (eds.), Prentice Hall, 1996, pp. 138-143.]. Lo cierto es que no se alcanzó todavía, en este dominio, un consenso sobre cuál es el criterio de distinción para diferenciar una emoción "normal" de una que no lo es. Y en la dificultad de llegar a un consenso, incide, probablemente, el prejuicio que conduce a calificar a todo acto suicida de irracional. ¿Acaso no es conceptualizable una actitud suicida que no sea una simple expresión de una depresión tratable clínicamente, sino de un deseo genuino de no querer seguir viviendo? Me pregunto, en suma, ¿no puede un suicidio alguna vez ser racional?

El lugar más común en el que se pueden encontrar pedidos de muerte voluntaria, dejando de lado aquellas personas que sufren una enfermedad terminal, son las instituciones de salud que acogen a personas que padecen paraplejía u otra condición similar que los condenan a ser discapacitados de por vida. Habitualmente están tan sedados que les es imposible ejercer los procesos mentales necesarios que deben preceder a toda toma de decisión. O pueden yacer en una cama de hospital y la mera posibilidad física de terminar con sus vidas les está vedada.

J. Feinberg observa que inferencias erradas sobre la depresión de un individuo pueden llevar a considerarlo incompetente, privándolo *a priori* de la oportunidad de defenderse: expresado en estos términos, la paradoja radica en que si una persona que sufre de depresión pretende terminar con su vida y no puede hacerlo por sí misma (por ejemplo, porque padece un cuadro de paraplejía), su pedido de morir justificaría su cuadro clínico diagnosticado como depresión. Por lo cual su pedido debe ser rechazado, por tratarse de una manifestación patológica propia de una conducta depresiva.

La interrogación, esta vez invertida, parece ser ¿es irracional la defensa de la racionalidad por parte del modelo médico? Pues es claro que por "depresión", y en ello no se puede sino concordar con Feinberg, también es posible designar una reacción completamente racional frente a una situación dada. La depresión de un individuo totalmente paralizado, sin posibilidad de recuperación alguna, es un estado mental apropiado, racional y justificable en cualquier persona normal. Es más, concluye irónicamente J. Feinberg, lo insano sería que no estuviera deprimido. Entonces la depresión en ciertos casos es justificable, completamente razonable, y habría que distinguirla de la depresión clínicamente entendida.

El problema, de todos modos, no se reduce a la ausencia de consenso acerca de qué criterio emplear para distinguir una depresión normal de una patológica. Acríticamente, el modelo médico infiere de ambas formas de depresión, indistintamente, una supuesta incapacidad de decisión del agente moral: de acuerdo con esta creencia, la depresión severa que conduce a un intento de suicidio revela un desequilibrio emocional que nos autoriza a calificar al potencial suicida como incompetente para realizar dicho acto autónomamente. Dicho estado de depresión, se argumenta, es un motivo válido para desestimar el deseo de morir como respuesta genuinamente racional. Planteado en estos términos, el individuo no tiene escapatoria y debe renunciar a su derecho a la autodeterminación. Pues de acuerdo con el modelo médico que califica cualquier deseo de morir como una conducta depresiva, sólo las personas que son felices son capaces de elegir su propia muerte, y obviamente éstas no la desean. Un argumento de esta clase, como es notorio, llevaría a suponer que solamente la gente feliz desea racionalmente suicidarse [J. Feinberg 1996, *op.cit.*, pág. 141], condición obviamente contraintuitiva. J. Feinberg señala que las observaciones mencionadas responden a una concepción de la medicina que, en última instancia, se funda en un argumento sin salida, circular: un suicidio es moralmente permisible si es racional. Pero como es causado por un desorden psíquico, ningún suicidio es racional. En consecuencia, si somos consistentes con esta posición, ningún suicidio es moralmente permisible.

Finalmente, arguye J. Feinberg, se puede poner en tela de juicio este modelo médico haciendo explícito el siguiente dilema: si el individuo que solicita que lo dejen morir "goza obteniendo aquello que desea (el permiso para morir), entonces no está deprimido y tiene menos razón aún para morir. Pero si no está contento con su victoria, entonces después de todo no debe haber querido morir y esto siembra una duda respecto de la autenticidad de su deseo previo" [*Op.cit.*, pág. 142]. En suma: en cualquiera de las alternativas, no puede (o no debe) querer morir. Los argumentos examinados indicarían que la asociación de las conductas suicidas con la irracionalidad, más que del carácter no autónomo de estas últimas, es expresión del hecho de que no tienen cabida dentro del modelo médico tradicional.

Abandonemos este tópico que parece no resistir al análisis y volvámonos hacia un problema de índole

práctica: la mayoría de las personas que cometen suicidio lo hacen, aparentemente, porque se enfrentan a un problema no necesariamente físico. Además de graves enfermedades, a lo largo de la historia se solió citar como buenas y suficientes razones para terminar con la vida, algún evento que habrían hecho a una persona sentirse avergonzada, la declinación en prestigio y el estatus social, el derrumbe económico, a veces agravado por litigios, la pérdida de un miembro del cuerpo o de la belleza física, la pérdida de la capacidad sexual, algún evento que hace parecer imposible alcanzar objetivos que uno se propuso, la pérdida de un ser querido, la decepción amorosa, los achaques de la vejez. Sin lugar a dudas, pese al peso relativo de estos acontecimientos, unos u otros pueden resultar serios golpes para las perspectivas de felicidad de una persona. Sin embargo, muchos desprecian motivos de esta índole por considerarlos triviales, no mucho más justificables que el *taedium vitae*, que los romanos solían citar como una razón válida para ponerle un fin.

Racionalidad e Irracionalidad de la Muerte Voluntaria

Richard Brandt, en un ya clásico artículo, ofrece un inteligente análisis de quien está contemplando la posibilidad de quitarse la vida [Brandt, Richard B., «The Morality and Rationality of Suicide», en Perlin, Seymour (ed.), *A Handbook for the Study of Suicide*, pp. 61-75, Oxford, Oxford University Press, 1975, (ahora en Weir, Robert F. (ed.), *Ethical Issues in Death and Dying: Second Edition*, Nueva York, Columbia University Press, 1986)]. Este autor señala que el suicidio potencial lleva a cabo una elección entre cursos-del-mundo futuros: el curso-del-mundo que incluye su deceso, digamos, a una determinada hora más o menos próxima, y muchos otros cursos-del-mundo posibles que fijan su deceso en un punto temporal más tardío. Es imposible contar con un conocimiento preciso sobre el último grupo de cursos-del-mundo (¿cómo moriremos? ¿Pacíficamente en una cama? ¿En un accidente vial? ¿O víctimas de una prolongada enfermedad?); pero se posee la certeza de que todos tendrán a modo de desenlace final, de ahora en más, su propia muerte en algún tiempo finito -más o menos próximo.

¿Por qué R. Brandt afirma que la elección es entre cursos-del-mundo y no simplemente una elección entre futuros cursos de vida del potencial suicida, el uno más breve que el otro? La razón es que el suicidio de sí mismo ejercerá algún impacto en el mundo, de modo semejante a que en caso de que se continúe con vida, la existencia provocará cierto impacto en el mundo. Esas eventuales condiciones en el resto del mundo marcarán una diferencia en la evaluación que se hace de las posibilidades con las que cuenta el potencial suicida. Pues de hecho, además de preocuparse por sí mismas y por la propia felicidad, la mayoría de las personas están interesadas en cosas y en hechos del mundo.

Para poder determinar qué curso-del-mundo es mejor o más racional y resultar éste elegido, prosigue el autor, la pregunta básica que un individuo debe responderse es cuál *querría* elegir, si estuviera en condiciones de un uso óptimo de la información y si *todos* sus deseos fueran tomados en cuenta en su elección. No es sencillamente una pregunta sobre aquello que preferimos *ahora*, una vez esclarecidas todas las posibilidades disponibles. Nuestras preferencias cambian, se van modificando, y las preferencias del mañana (suponiendo que podamos saber algo acerca de ellas) son tan legítimamente tomadas en cuenta al decidir qué hacer ahora como las preferencias de hoy. Puesto que cualquier razón que pueda ser alegada hoy para dar mayor peso a la preferencia presente puede ser dada mañana para conferir mayor peso a la preferencia futura, las preferencias de cualquier período vital o momento de la existencia cuentan, por decirlo de algún modo, con un derecho racional a igual voto. Ahora bien, la importancia de ese hecho es la siguiente: habitualmente podemos asegurar que nuestros deseos, aversiones y preferencias pueden cambiar de un momento a otro. Cuando una persona se encuentra en un estado de desesperación, pongamos por caso, debido a un rechazo amoroso o a la pérdida de un puesto laboral, sólo parece deseable aquello que ya no puede poseer; todo lo demás queda reducido a cenizas. Sin embargo, sabemos muy bien que el paso del tiempo puede revertir una representación sombría del mundo. Se pueden encontrar reemplazos o hasta otro tipo de cosas que pueden comenzar a parecer atractivas. Entonces, si fuésemos a actuar impulsados exclusivamente por las preferencias de hoy, cuando la desesperación es intolerable, por cierto podríamos considerar la muerte como preferible a la vida. Pero si nos concediéramos el tiempo necesario para que surjan las preferencias de las semanas y los años por venir, añade R. Brandt, a lo largo de los cuales seguramente aparecerán otras experiencias placenteras y atractivas, podríamos encontrar la vida mucho más preferible a la muerte.

En consecuencia, si la elección de lo mejor debe ser determinada por lo que queremos no sólo en el presente sino más tarde (tomando en consideración nuestros deseos futuros en la misma medida en que tomamos los deseos actuales), entonces el curso-del-mundo mejor o preferible será a menudo muy diferente de lo que sería si la elección, o lo que es mejor para uno mismo, fuese determinada por los deseos y preferencias que configuran nuestro presente.

Por supuesto, si uno comete suicidio no hay deseos o aversiones futuros que puedan ser comparados con los presentes y a los que se les deba dar un voto de igual peso al decidir qué es lo mejor. En ese sentido, el curso de acción que conduzca a la propia muerte es diferente de cualquier otro curso de acción que podamos tomar. R. Brandt aclara que no pretende sugerir la risueña posibilidad de que a veces o siempre sea razonable creer que la semana próxima "estaré más interesado en vivir de lo que lo estoy hoy, si hoy tengo una visión confusa de cómo continuará mi existencia" (Brandt 1986, pág. 338). Por el contrario, cuando una persona está gravemente enferma, por citar un caso que no da lugar a dudas, puede no tener razón para pensar que el orden de preferencia se revertirá -podría ser incluso que mañana prefiera la muerte más de lo que la prefiere hoy-. El argumento comúnmente

usado es que nunca se puede estar *seguro* de lo que va a ocurrir, y por ende nunca se está racionalmente justificado para hacer algo tan drástico como cometer suicidio. Pero estamos condenados a vivir de probabilidades y a realizar nuestras evaluaciones de la mejor manera posible. Tan pronto como, más allá de la duda razonable, se haga patente que no sólo la muerte es ahora preferible a la vida, sino que lo será cada día de ahora en más, lo más racional es actuar lo antes posible.

Distante de esta posición moderada, y fundándose en los límites epistémicos del acto suicida, Philip Devine sostiene que es condición de una elección racional el que uno conozca qué es lo que está eligiendo –ya sea por experiencia propia o por el testimonio de otros–. Dado que la muerte no puede ser experimentada por el sujeto antes de ser eventualmente elegida, y nadie pudo haberle transmitido su experiencia sobre la misma, ésta no llega a ser nunca una elección racional. Tampoco es racional, por el mismo motivo, elegir morir a padecer una enfermedad que provoca intensos dolores, ya que una elección racional entre dos alternativas requiere del conocimiento de ambas y, necesariamente, se ignora una de ellas [Devine, Philip E., "On Choosing Death", en Donnelly, J., *Suicide: Right or Wrong*, Buffalo, Nueva York, Prometheus Books, 1990, págs. 201-205].

De Cómo Morir

Las razones alegadas parecen cubrir el amplísimo espectro motivacional que puede dar lugar a la decisión de quitarse la vida. Creo que si hay algo cierto, es que no se puede sostener una posición absoluta acerca de estas decisiones. No se pueden juzgar con una vara única, ni tampoco se pueden reunir bajo un mismo juicio, aquellos sesgos impresos por las circunstancias en cada acto suicida. A lo sumo, podemos examinar valores en conflicto, y decidir, tal vez en una indispensable casuística, cuál de los valores desplaza o es desplazado por otros, que en esas circunstancias, hacen de la muerte voluntaria un acto defendible o lamentable.

A menudo, la vivencia que nos lleva a ver en la muerte una salida del dolor, es contingente. Y pese a su apariencia de devastador, de definitivo, el episodio desgraciado suele ser transitorio. Cual huracán, pasará. Esta clase de circunstancias son las que suelen vivir los jóvenes que deciden poner un punto final a su vida. Frente a ellos, parecería que la mayoría de las razones alegadas pierden fuerza argumentativa: por cierto, los jóvenes suelen satisfacer más de un criterio mencionado por Battin. Pero lo cierto es que cuanto más joven sea una persona, mayor es la probabilidad de que los cursos-del-mundo futuros se presenten más alentadores. A juicio de Philippa Foot, salvo en casos de personas que padecen enormes sufrimientos en una enfermedad terminal, el suicidio es un acto contrario a la virtud de la esperanza, pues se comete el error de pensar que todo está perdido cuando en realidad no podemos pensar si es así [Foot Philippa, *Bondad natural. Una visión naturalista de la ética*, Buenos Aires, Paidós, 2002, pág. 137, nota 15]. Frente a los jóvenes, la responsabilidad de elaborar campañas de prevención y tratamiento del suicidio, abordando este fenómeno irreversible en sus aspectos médicos, sociales y psicológicos, es un imperativo.

Pero no siempre ése es el orden. Volviéndonos una vez más a las historias que ilustraron la perspectiva de tener que vivir el resto de la vida en el estado de Ramón Sampedro, es tiempo, pues, de volver a pensar nuestras actitudes hacia el suicidio con el propósito de resignificarlo. Ni siquiera puede ponerse en duda que Ramón satisfacía los criterios mencionados por Battin (*la habilidad de razonar; la perspectiva realista del mundo; y la posesión de información adecuada, el criterio de impedir un daño y el criterio de los mejores intereses*). Esta resignificación cobra un sentido urgente cuando el "soporte" corporal –ese cuerpo que me constituye esencialmente–, desprovisto de las condiciones mínimas, ya no es capaz de realizar la vida proyectada. Y en lo que concierne a los argumentos ofrecidos por Brandt, Sampedro legó una obra literaria donde muestra trágica y holgadamente su reevaluación de las metas y de sus valores personales. Y finalmente, confrontados con una narrativa tan contundente, parecería ser que los argumentos de Devine pierden valor.

Hasta poco tiempo atrás, al hombre le estaba destinado el pensamiento sobre cómo vivir, cómo vivir una vida buena. Hoy debe pensar, además, en el proceso del morir, y en cómo morir de una muerte buena.

Notas:

- El presente trabajo, aunque reelaborado, forma parte de *Morir por la propia mano: Ensayo sobre el suicidio*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2007.

- [1] Europe's Way of Death, *Time*, abril 4, 2005 / Vol. 165 – N° 14: 28, 29.

Bibliografía

- Alvarez, Alfred, *The Savage God: A Study of Suicide*, Nueva York, Londres, W.W. & Company,

- 1990 (ed. original: Londres, Penguin, 1971), versión en castellano: Dios salvaje. Un estudio del suicidio, Bogotá, Tesis-Norma, 1999, pág. 82.
- Battin, Margaret P., Ethical Issues in Suicide, Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall, 1995, págs. 131-133.
 - Brandt, Richard B., «The Morality and Rationality of Suicide», en Perlin, Seymour (ed.), A Handbook for the Study of Suicide, pp. 61-75, Oxford, Oxford University Press, 1975, (ahora en Weir, Robert F. (ed.), Ethical Issues in Death and Dying: Second Edition, Nueva York, Columbia University Press, 1986).
 - Devine, Philip E., "Choosing their time", Time, Abril 4, 2005 / Vol. 165 - N 14, pp. 26, 27.
 - Devine, Philip E., "On Choosing Death", en Donnelly, J., Suicide: Right or Wrong, Buffalo, Nueva York, Prometheus Books, 1990, págs. 201-205.
 - Foot Philippa, Bondad natural. Una visión naturalista de la ética, Buenos Aires, Paidós, 2002, pág. 137, nota 15.
 - Forman, Edwin. y Ekman Ladd, Rosalind, Ethical Dilemmas in Pediatrics: A Case Study Approach, Maryland, University Press of America. 1995, versión castellana: Dilemas éticos en pediatría, Diana Cohen y Fernando Matera (eds.), Buenos Aires, Paidós, 1998, págs. 201-206.
 - Gerald L. Klerman, «Affective Disorders», The Harvard Guide to Modern Psychiatry. Cambridge, MA, y Londres: Harvard University Press, 1978, cap. 13, p. 255. Citado por Joel Feinberg en «Whose Life is Anyway?» en Ethical Issues in Death and Dying. Second edition, Tom Beauchamp y Robert Veatch (eds.), Prentice Hall, 1996, pp. 138-143. Esta historia real sería llevada al cine con el título Whose life is it anyway? (1981), dirigida por John Badham y protagonizada por Richard Dreyfuss.
 - Glass, Richard M., «AIDS and Suicide», Journal of the American Association 259, March ,1988, págs. 1369-1370.
 - Nussbaum, M., «Aristotelian Social Democracy», en R.B.Douglas, G.Mara y H. Richardson, Liberalism and the Good, New York, Routledge, 1990, pág. 221.
 - OMS. http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicidecharts/en/
 - Santos Cifuentes, Derechos personalísimos, Buenos Aires, Ed. Astrea, 1995.
 - Schneidman, Edwin S., «Preventing Suicide», American Journal of Nursing, Mayo de 1965 (ahora en Donnelly, J. (ed.), Suicide: Right or Wrong. Buffalo, Nueva York, Prometheus Books, 1990 (ahora en Weir, Robert, F. (ed.), Ethical Issues in Death and Dying: Second Edition. Nueva York, Columbia University Press, 1986), pág. 111.

Curriculum del Autor

- *Doctora en Filosofía (UBA).*
- *Magíster en Bioética, Monash University, Australia.*
- *Docente del Departamento de Filosofía de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (UBA) e imparte cursos virtuales de Bioética.*
- *Investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).*
- *Autora de El suicidio: deseo imposible. O la paradoja de la muerte voluntaria en la filosofía de Baruj Spinoza. Buenos Aires, Ediciones del Signo, 2003, de Temas de bioética para inquietos morales. Buenos Aires, - Ediciones del Signo. 2004 y de Inteligencia ética para la vida cotidiana, Buenos Aires, Sudamericana, 2006.*

Publicación: Septiembre de 2007

Preguntas, aportes y comentarios serán respondidos por el relator o por expertos en el tema a través de la lista de Cardiología Transdisciplinaria y Salud Mental en Cardiología

Llene los campos del formulario y oprima el botón "Enviar"

Preguntas, aportes o comentarios:

Nombre y apellido:

País: Argentina

Dirección de E-Mail:

Confirmación Dirección de E-Mail:

Enviar

Borrar

