



Eutanasia y suicidio

M. en C. Jaime Federico Rebolledo-Mota*

* Médico anestesiólogo, Profesor de la Escuela Superior de Medicina IPN, Maestría en ciencias Bioéticas IPN, Asesor de la comisión Nacional de Bioética

*Sobre la eutanasia
(Eu = bueno, thanatos = muerte; una buena muerte)*

Desde siempre, los seres humanos han deseado una *buena muerte*. Una muerte consecuente con la manera de vivir, como lo proponen Sócrates y Epicuro, si es posible sin dolor de ningún tipo, «ni del alma, ni del cuerpo», como diría Aristóteles. Movidos por un sentimiento compasivo a la solicitud de los moribundos, y ante la incapacidad de contener el dolor y el sufrimiento de aquellos que iban a morir, los *cuidadores* trataban de acortar el tiempo de la agonía, en el entendido de que la muerte sería la única manera de lograrlo. De donde se les prodigaba «una muerte rápida». Dirían los griegos, una buena muerte, una *Eutanasia*. Sin embargo, en la historia más reciente el término eutanasia ha sido tergiversado y su sentido compasivo fue malinterpretado por Hitler y sus asesores, pues consideraron conveniente «ayudarles» a morir a los niños con malformaciones congénitas, a los ancianos y a los enfermos mentales, a los que les aplicaron un *mecanismo de exterminio* al que llamaron «eutanasia», lo cual se manifestó el Vaticano.

Otro aspecto importante que se agregó a la discusión sobre la eutanasia fue precisamente el de los avances médico-tecnológicos (ventiladores mecánicos, diálisis, RCCP), que provocaron nuevos paradigmas puesto que ahora se podía prolongar artificialmente la vida e impedir artificiosamente que el paciente muriera. Esto dio pie para que, de nuevo, el Papa Pío XII se manifestara abiertamente contra las fuerzas de *exterminio* mediante la «eutanasia», contra la obstinación terapéutica, al decir que: «*Nadie puede mantener artificialmente la vida puesto que contraviene la ley de la naturaleza y la voluntad de Dios.*» Paradojas reafirmadas por la tradición hipocrática, que reza: «*No daré a nadie por complacencia un remedio mortal o un consejo que lo induzca a su pérdida.*» De esta manera, la

eutanasia pasó a ser, a nivel internacional, una discusión de escritorio. Todos opinan a favor o en contra de lo que mediana o definitivamente nadie entiende. Los que están a favor, aducen compasión, lo que están en contra, imposición¹. Por otro lado, las razones por las que en Holanda se legisló sobre la eutanasia activa obedeció a la solicitud expresa de los pacientes terminales holandeses (1980)² que exigían su derecho a morir, lo cual en un primer momento, de despenalizó, para consolidar su aceptación como un derecho constitucional en el año 2003. Algunas de las acciones llevadas a cabo por el pueblo holandés para la aceptación de la eutanasia serían: un *referéndum nacional* seguido por un análisis de los poderes y las instituciones económicas financieras³, de salud, educativas, religiosas, medios de comunicación y comisiones de derechos humanos, la familia y los pacientes. Los resultados fueron puestos a consideración de la *Asociación Médica Holandesa (1981)*, sobre la que evidentemente recaía la responsabilidad de responder a la necesidad de morir de los pacientes terminales. Ésta llegó a la conclusión de que para aplicar una eutanasia activa directa sería necesario cumplir con cinco puntos: 1. Paciente consciente, 2. Diagnóstico terminal, 3. Solicitud reiterativa del deseo de morir, 4. Evaluación multidisciplinaria y 5. Conocimiento de sus familiares. Además de los puntos anteriores, comprendían: que el paciente cursara con sufrimientos físicos y psíquicos insoporables, que no exista otra solución razonable y los medicamentos deben ser los adecuados, preferentemente preparados por un anestesiólogo (como se ve, no se habla ni del modo ni del tipo de eutanasia). Con esta base, los legisladores y el poder judicial dictaminaron *no penar la eutanasia*. Concluyeron en aceptar que se suspendieran las terapias y para quien lo solicitase, y si cumplía con los requisitos mencionados, se le aplicase la eutanasia activa directa (sólo procede para ciudadanos holandeses).

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

⁴. La decisión obedecía a la Carta de los Derechos Humanos en lo relativo a Los Derechos de los Pacientes y, aun más, a los pacientes terminales donde se considera que: «*desatender sus deseos puede considerarse como una violación a los derechos del ser humano de morir en paz*». *La voluntad del paciente terminal deber ser respetada mientras es capaz de tomar decisiones libres y responsables, esto es, mientras goce de genuina autonomía.* De donde: el problema de la eutanasia, resulta en un dilema⁵ que plantea la posibilidad de que el personal de salud pueda, directa o indirectamente, favorecer la muerte de un paciente en estado terminal, contando para ello, con su consentimiento. Es un problema eminentemente deontológico que compete única y exclusivamente al personal de salud y en su momento, al cuidador primario frente a su paciente, mismo que, con o sin la intervención de nadie habrá de morir. Pero mientras se toma la decisión, se esperaría que ese personal de salud, atendiese y proveyese a los pacientes terminales de las mejores condiciones para que se suceda una **buena muerte**. Cabe señalar que en mi experiencia describo que la «*tendencia eutanásica*» consiste en: *aquellas acciones u omisiones «involuntarias» de los pacientes, familiares y equipos de salud, con las que se provoca o favorecen «incidentes o accidentes» que precipitan el deceso del individuo.* Obviamente es una acción subconsciente, que deriva en un sentimiento de culpa, cuando, luego del fallecimiento, se dan cuenta de que su acción u omisión pudo ser la causante del deceso. Por lo que una eutanasia ha de ser un acto correspondiente de la relación médico-paciente.

¿EL SUICIDIO COMO OPCIÓN?

«He llegado a un instante en que no puedo a fuerza de enfermedades seguir fingiendo que vivo.

A esperar día a día la muerte. Prefiero convocarla y hacerlo a tiempo. No quiero dar molestias ni inspirar lástima a nadie. Habré cumplido hasta la última hora con mi deber.»

Jaime Torres Bodet, Mayo 1974

Suicidio del latín; *sui*, «de sí mismo» y *caedere*, «matar». El suicidio «darse la muerte a sí mismo»; atiende a la intencionalidad.⁶ Para considerarse suicidio, la muerte debe ser el elemento central y el motivo del acto. Ahora bien, desde la tanatología, (*thanatos = muerte, logos = sentido*) haría falta considerar el sentido (si lo tiene) de por qué provocarse la muerte. Hacerlo en nombre de una creencia o una causa social, no se considera suicidio, sino *sacrificio*. En estos casos, los que dan su vida por otros, no son proscritos, ni por la religión, ni por la ley. Este tipo de muertes «tiene un sentido», pues si bien, la intencionalidad es la muerte, *es por el otro*.

El harakiri en Japón es considerado una forma honorable de morir ritualmente. Su sentido está en sobreponerse a situaciones humillantes o sin escapatoria. Se asume el honor

como un valor personal superior a la misma vida; por lo tanto, morir así es un acto digno pues preserva el honor como valor fundamental y la conservación del honor, *atiende al otro*. Por lo tanto, se sobrepone al juicio condenatorio.

El individuo, en tanto se entiende individuo independiente, pudiese, en aras (dícese) de su libertad, entender el suicidio como opción. Mas cuando, además, detenta en el ejercicio del «poder» o «control» de la propia vida como un valor preponderante y, por lo tanto, considera que, ante la angustia⁷, puede disponer de ella libremente. De ser así, es de entenderse que se trata de un ser *aislado* en el más amplio sentido, es decir, sin relación humana alguna, y por ende, sin dignidad (en tanto que ésta, *se sucede* en la relación humana), de donde se desprende que el sentido de «libertad» sólo obedece al carácter histórico trascendente de la relación con el otro que, atiende a su vez, a la responsabilidad. Pues *sin pertenencia* u obligación moral con un otro, al suicida, no le importa si vive o muere. Esos muertos desconocidos, si se suicidaron o no, a nadie le importan. El sentido del suicidio *per se*, en estas circunstancias, no obliga más que a pensar en ignominia.

Por su parte, el suicida *que pertenece y tiene* una obligación moral con otro (cónyuge, hijo, padre, hermano, pareja o amigo), con el que ejerce la dignidad, al atentar contra sí mismo, ¿es un acto libre? Si su libertad deviene de su relación corresponsable con los demás, el suicidio en estas circunstancias, se entiende que *no es opción*. No se quitan la vida, se quitan de la vida compartida, sin consideración para con los demás, y por lo tanto, se entiende el suicidio como un acto irresponsable, pues trasciende sobre los demás de manera negativa. Por eso, el individuo que se sabe y le da sentido a la relación con el otro, no se suicida, puesto que atiende su ser libre, como una responsabilidad de ser en y con el otro. Pero si aun así se suicida, ello obedece o bien a que se destruye la relación y se deja de pertenecer de manera voluntaria o traumática, o bien pudiese atender a otro tipo de razones.

Se aduce un sentido psicopatológico como factor detonante del suicidio; indisoluble de la circunstancia sociocultural como sustrato de esa misma psicopatología, donde elementos como: la culpa, la vergüenza, la soledad y la indiferencia juegan un papel importante para la ruptura con todo tipo de relaciones que dejan al individuo en el «solipsismo», o bien, por las mismas razones, el suicida pretende vengarse de esas circunstancias.

Durkheim distingue tres clases de suicidios: 1. El suicidio egoísta, que se manifestará por un estado de apatía y de ausencia de apego a la vida, 2. El suicidio altruista, por la energía y la pasión, 3. El suicidio anómico se caracterizará por un estado de irritación y de disgusto, irritación vinculada con la decepción resultado de que se ha cobrado conciencia de la desproporción entre las aspiraciones y las satisfacciones⁸. Como fuere, la intención del suicida pretende la definición existencial, para quedar *ahí en la conciencia del otro*. Aca-

so como Judas arrepentido, como Julieta o como Werther enamorados, posicionados en una idea o en un ideal. Acaso, como muchos dan a entender en sus mensajes póstumos, lo hagan por venganza, incompetencia o desesperanza. Pero puesto que las implicaciones de un suicidio trascienden en tanto que atentan contra la responsabilidad de ser en y con el otro, todo acto suicida, en estas circunstancias, no es opción, sino *un acto irresponsable*.

Otras circunstancias son las que dejan al individuo completamente *fuerza del control*, y sin posibilidad de *mantenerse en sí* (por ejemplo, tortura). El individuo se entiende con el derecho a la libertad y, para ello, se da la opción del suicidio, que puede ser racional y válida cuando comprende que la vida en esas circunstancias (indignas) no tiene sentido. Es precisamente en estas circunstancias que surge la pregunta: ¿El paciente en estado terminal se suicida?

Los pacientes terminales tendrían la opción del suicidio, en tanto que su muerte no obedece a quitarse la vida, ni si quiera quitarse *de la vida*, sino atiende a *terminar su vida*. Terminarla, en tanto que ello los define existencialmente

atendiendo su relación histórico-trascendente con los demás. Extenderla, sobreviviendo con dolor y sufrimiento, indignamente, no cambiará en nada la idea que los demás tengan de él. Incluso, como parte de terminar su vida (darle el acabado) debe entenderse precisamente el que no cambie esa idea simbólica que los demás tienen de él, toda vez que además, la «herencia existencial» (que incluyen todos sus valores), al momento de su muerte está comprometida. Pero, puesto que las implicaciones en este caso de morir por suicidio, trascienden, entonces se atiende a la responsabilidad de ser en y con el otro. El suicidio en estas circunstancias, es opción como lo señala Torres Bodet, como *un acto responsable*.

El suicida cambia la perspectiva. El fin lo fin determina. V. Frankl⁹ refiere que «*un suicidio pudiese estar alguna vez justificado como un sacrificio conscientemente ofrecido*». Es importante recalcar que, en tanto se atiende *un sentido*, la elección del suicidio en sí mismo no es un acto de valentía o cobardía, sino en algún momento es un acto irresponsable y en otro, un acto responsable y consecuente con la naturaleza finita de la existencia.

1. Parte de las conclusiones de escritorio, los señala son los nuevos modos y tipos de eutanasia que complican aún más el entender a los moribundos. Como lo señala Pérez Valera. «Eutanasia ¿piedad o delito?» Ed. JUS Mex. 1989. También se propone la llamada: *Autotanasia*: (Auto = por sí mismo). Mauro Rodríguez: «Eutanasia Autotanasia». Manual Moderno.
2. El 20% de los pacientes terminales con dolor e insomnio solicitan abiertamente la eutanasia activa directa, generalmente porque se encuentran bajo «obstinación terapéutica o bien, en el abandono absoluto». Controlado el dolor y el insomnio, disminuye a un 6%. Experiencia personal del autor.
3. «En última instancia la determinante es económica» (C. Marx. El capital, FCE.) El problema patrimonial, institucional y familiar es que el *estado terminal consume hasta cinco veces más recursos que un paciente recuperable*.
4. Es considerable el número de médicos que declaran que no tendrían inconveniente en poner término a la vida de sus pacientes si éstos lo solicitaran y la ley lo autorizara, tal como lo revelan las encuestas de opinión. Los resultados, por un lado, muestran que en el plano teórico no pocos médicos están a favor de la legalización de la eutanasia, pero revelan también que son muchos menos los que están dispuestos a realizarlo.
5. Dilema, conflicto de decisión ante argumentos igualmente razonables.
6. En el caso de que el suicidio tenga consecuencias legales, la ley recoge que debe haber prueba de intención de morir, así como la propia muerte para que el acto sea considerado un suicidio.
7. Dr. Campillo Serrano. La Angustia Vital, Gaceta Médica de México 1994 pág. 163.
8. Durheim. El suicidio, FCE.
9. Frankl V. Psicoanálisis y existencialismo, FCE.