

PREVENCIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS: ASPECTOS BIOÉTICOS Y MORALES

**Manuel Bousoño García
Angel García Prieto
M^o Teresa Bascarán Fernández**

El suicidio plantea el más grave de los dilemas éticos en el ámbito de la Medicina. Decidir sobre la continuidad o no de la propia existencia (libertad que se otorga a sí mismo el sujeto suicida); es, con independencia de los motivos, algo sobre lo que puede debatirse largamente, que suscita dudas sobre los límites mismos de los derechos individuales y sobre el concepto de la vida como un bien que hay que proteger por parte de la sociedad y, en particular, por los profesionales médicos, a los cuales dicha sociedad responsabiliza en cuanto a la protección de la misma. Es en suma el núcleo en torno al cual giran numerosas decisiones, actitudes, conductas y cuestiones éticas y morales, que se derivan del planteamiento general del suicidio como un acto esencialmente humano.

El acto suicida puede ser contemplado desde diversos ángulos que tienen que ver con la ética y con el ejercicio de la medicina; también plantea numerosas disyuntivas, ya que puede clasificarse de acuerdo con muy diferentes criterios, que a su vez suscitan nuevas cuestiones; no siempre bien resueltas en el ámbito

ético. Así, por ejemplo, resultan muy diferentes en su planteamiento el suicidio premeditado y el impulsivo, el suscitado por la enfermedad, y el basado en consideraciones altruistas. No es el mismo suicidio el del depresivo endógeno que el de un adolescente despechado; ni el de un esquizofrénico en medio de un delirio persecutorio, que el de una madre que sacrifica su vida por salvar la de sus hijos.

Es frecuente que se recurra a códigos externos para validar la conducta médica ante el acto suicida, y así no es necesario recordar que uno de los códigos éticos más antiguos es el juramento hipocrático. El que hoy en día se recurra a los códigos deontológicos, o a los códigos legales vigentes en el ámbito en que se vive, no es más que el resultado de una larga tradición histórica, en la que partiendo de las ideas de Hipócrates y Maimónides, y de las posteriores adiciones religioso-morales y ético-filosóficas, se han ido perfilando una serie de conceptos básicos en torno a la conducta ética en el ámbito de la medicina en general y del suicidio en particular. Así surgen los principios actuales tan publicitados de autonomía, beneficencia, justicia y honestidad, que han de aplicarse de forma específica a la conducta suicida.

También ha sido y es frecuente el recurso a criterios enmarcados en cosmovisiones vigentes en determinados ámbitos geográficos y momentos históricos concretos; de esta forma, se añaden

factores culturales regionales, que impregnan los códigos de conducta ético-morales. Como ejemplo concreto, tan sólo en el ámbito del mundo occidental, a partir del cristianismo, y más aún desde San Agustín, la vida es concebida como un don divino, que no debe destruirse por obra del hombre, aunque se trate incluso de la propia vida. Santo Tomás especifica que el suicidio es un pecado mortal (del que sólo excluye por disculpable el ocurrido como consecuencia de la locura), y el Concilio de Toledo (693) va más allá y declara la excomunión de los suicidas.

Otro problema aparte lo suscita el hecho de que con muy pocas excepciones, e incluso en el mejor de los casos, los códigos tanto religiosos como civiles son susceptibles de interpretaciones variadas, no siempre fácilmente aplicables a cada caso particular, e incluso al momento histórico que se vive. Aún recientemente se ha visto la dificultad del sistema judicial de Norteamérica, ante el reto planteado por las actuaciones del tristemente famoso Dr. Kevorkian. De poco han servido en este caso los principios éticos elaborados por la Asociación Médica Americana, ni las anotaciones especialmente aplicables a la psiquiatría de este mismo código (APA, 1973).

¿Es lícito o ético el suicidio en algunos casos? y si así fuera, ¿en qué casos?, ¿existe una normativa clara al respecto?, ¿qué responsabilidad tiene el médico en estos casos?, ¿cómo se delimita?, ¿quién

o cómo deben dictarse las normas al respecto?, ¿es necesario su actualización continua, o existen normas de obligado cumplimiento que puedan considerarse universales o permanentes? Estas y otras cuestiones no pueden ser resueltas en el reducido ámbito de este capítulo, pero sí se intentarán analizar algunos de los problemas éticos que suscita el suicidio.

A fin de mantener una mayor claridad expositiva, se subdividirá el suicidio en diversos subtipos en función de una serie de criterios que se exponen a continuación y que permiten su análisis pormenorizado. Por lo tanto, resulta obligado el advertir previamente que raras veces esta subdivisión, tan sólo académica, se adapta a cada uno de los casos concretos que se encuentran en la vida real. Deberá, por lo tanto, considerarse que cuando se analice cada caso individual podrán utilizarse las orientaciones que se exponen, con la limitación de mantener un criterio holístico, de lo que aquí se fracciona a efectos meramente expositivos.

Analizaremos también la actuación médica en el tema del suicidio, y se revisarán al respecto los códigos éticos y deontológicos vigentes en la actualidad en el ámbito español y los criterios de tipo moral, que orientan la conducta del sujeto, creyente o no, en el contexto español mayoritariamente católico, por cuanto dicha tradición y doctrina impregna la sociedad a través de su influencia cultural e histórica.

Criterios para una clasificación ética del suicidio

Se exponen a continuación una serie de criterios posibles para subdividir el suicidio en subtipos que permitan su análisis desde el punto de vista de la ética. Dichos criterios y análisis son producto de una reflexión personal de los autores, y no deben considerarse como universalmente aceptados. Pero esta limitación es inherente al método de la ciencia que nos ocupa, que en tanto es profundamente humana, está afectada por factores culturales, que no sólo no deben soslayarse, sino que deben tenerse en cuenta en una valoración holística. Por otra parte, la ética médica es una ciencia ya antigua, que bebe en las fuentes de la historia del ejercicio de la medicina, en el seno de diversas culturas, y que por lo tanto deviene en transcultural-histórica. En esta disyuntiva universalista-ahistórica a la que la ética médica aspira, y su realidad circunstancial-histórica, nos vamos a mover en el resto del capítulo.

Criterios de voluntariedad

La conducta suicida se presupone voluntaria, por cuanto si no lo fuera, no sería propiamente suicida, y aunque la voluntariedad o no de una conducta tan compleja como es ésta da lugar a muchas conjeturas, no puede caber duda de que el requisito de voluntariedad es imprescindible, para que se trate de un suicidio auténtico. No obstante,

todas las conductas complejas tienen un grado de voluntariedad variable, por cuanto en ellas coexisten fuerzas motivacionales muy diversas, que disminuyen la condición de voluntariedad de la conducta. Por ello, se exige para su análisis una subdivisión en los aspectos característicos de la conducta voluntaria, que son los siguientes:

1. Pensamiento, y concepción, de la idea o deseo suicida.
2. Deliberación y juicio (cognitivo-afectivo).
3. Decisión (componente de la voluntad).
4. Ejecución y realización.

Pensamiento

El pensamiento está implicado en tanto que es el vehículo sobre el cual aparecen las ideas suicidas, si está alterado -como p. ej., en los procesos delirantes- las ideas suicidas pueden aparecer como consecuencia de dicha alteración. En determinadas situaciones la aparición de ideas en torno a la muerte pueden deberse a una alteración específica del pensamiento, en el cual están implicados factores de sufrimiento y desesperanza. El proceso del pensamiento está matizado por la afectividad, que lo modula, y tiñe con una determinada connotación positiva o negativa. (Lo que permite distinguir por ejemplo la idea suicida deseada del depresivo, de la indeseada del obsesivo). Se requiere un mínimo nivel de inteligencia o capa-

cidad de análisis crítico, para que el sujeto sea consciente de las consecuencias de sus actos, y en dicho sentido, debe al menos ser capaz de entender los procesos y responsabilidades en que incurre. Sólo así puede entenderse el acto como voluntario.

En determinadas enfermedades pueden aparecer ideas suicidas, que incluso no son deseadas por el sujeto que las rechaza, pudiendo sentir en ocasiones incluso angustia ante su propia concepción ideatoria. Tal sería el caso de las ideas suicidas de tipo obsesivo, en cuyo caso el enfermo no desea suicidarse, sino antes bien rechaza dicha idea y tiene miedo de llegar a realizar esta conducta, pese a lo cual la idea reaparece persistentemente produciendo un estado de ansiedad característico de dicha enfermedad.

En otras ocasiones, la idea suicida no es concebida como un deseo real de morir, sino como una forma consciente o no de llamar la atención, de protestar o de manifestar alguna emoción, que no se sabe expresar de otra manera. Esto es frecuente hallarlo en las tentativas de suicidio en la adolescencia, lo cual no evita que en alguna ocasión dichos sujetos tengan éxito en su intento, cuando realmente no lo pretendían.

Deliberación

La deliberación y el juicio del pensamiento están no sólo matizados por la afectividad, sino que además están limi-

tados por el proceso de razonamiento lógico, mediante el cual se llega a la evaluación cognitiva completa de la idea suicida, que sólo en la medida en que es aceptada como propia por el yo del sujeto llega a ser completamente voluntaria (distinguiendo de esta forma las ideas suicidas que padece el psicótico por el sufrimiento que la enfermedad le produce y la desesperanza de una curación, de las ideas suicidas que pueden aparecer en el curso de una psicosis como producto de un proceso delirante o alucinatorio).

En algunas enfermedades la capacidad de deliberación está en cortocircuito y así en aquellas situaciones patológicas, en las que existe una elevada impulsividad: ludopatías, alcoholismo, toxicodependencias, bulimia nerviosa, etc., pueden aparecer actos no deliberados, impulsivos, con conductas suicidas no meditadas, en las que la conducta escapa del control racional, moviéndose las más de las veces a impulsos de afectos o emociones, de difícil contención (acting-out). En otros casos, la disminución de la capacidad de deliberación se produce como consecuencia de una disminución generalizada de las capacidades superiores, y así por ejemplo en los trastornos depresivos o psicóticos, en la demencia o en el retraso mental, y aun de forma transitoria bajo los efectos de sustancias o drogas, que nublan la capacidad del pensamiento racional.

Decisión

La voluntad es la capacidad de control de nuestra propia conducta, y es por tanto imprescindible para que sea auténticamente nuestra; su importancia resulta más evidente cuando falta precisamente dicha capacidad y la conducta se debe a consecuencia de impulsos propios o ajenos, que desbordan nuestra capacidad de control. La decisión es el acto por el que nuestra voluntad determina nuestra conducta, es el momento psicológico en el cual se pasa del pensamiento a la acción. Dicho momento es esencial para el entendimiento de la conducta suicida en algunos casos.

En ciertas situaciones patológicas está alterada la capacidad de decisión, por ejemplo en la depresión inhibida dicha capacidad está disminuida, y pese a la existencia de pensamientos y deseos intensos en torno a la autólisis, el sujeto tiene tan escasa capacidad de decisión que raramente lo intenta. En estos casos, es necesario prever que la acción rápidamente desinhibidora de algunos tratamientos puede desencadenar un fatal desenlace, permitiendo al sujeto antes inhibido la decisión y desinhibición de conducta necesarias para llevar a cabo su intento.

En otros trastornos lo que existe es un escaso control voluntario de la conducta, que es llevada a cabo en función de factores externos al sujeto, que de esta manera aparece como una marioneta fácil de manipular por agentes externos

interesados. Ello permite explicar lo que acontece en el ámbito de diversas sectas, en los que el suicidio puede ser heteroinducido, y la decisión de la conducta suicida queda fuera del control del sujeto, que se limita a acatar una orden externa.

Ejecución

La ejecución o realización es la parte activa de la conducta voluntaria y requiere la integridad de los sistemas neuromusculares esenciales para el movimiento. Este aspecto es esencial para entender los problemas que plantea el suicidio asistido, en el cual el sujeto tiene mermada la capacidad de realización y requiere la ayuda de otro.

En algunas enfermedades psiquiátricas la parte activa o motriz de la conducta puede estar igualmente alterada, como es el caso de la catatonía. Por lo tanto, es esencial, al igual que antes se comentaba respecto a la depresión inhibida, la prevención de la conducta suicida en aquellos casos en los que la imposibilidad de ejecución es el último eslabón que impide al sujeto el llevar a cabo la conducta suicida.

Finalmente, es necesario considerar que el criterio de voluntariedad no da lugar a dos categorías diferentes mutuamente excluyentes, el suicidio voluntario y el no voluntario (este último ni siquiera podría denominarse suicidio), sino que se trata más bien de una dimensión a lo largo de la cual se irán orde-

nando los distintos tipos de suicidio, en la medida que cumplen los criterios de voluntariedad a los que hemos aludido (pensamiento, deliberación, decisión y realización). Sin embargo, resulta evidente que: *a mayor voluntariedad, mayor compromiso ético-moral existe.*

Sin embargo, planteado así el tema hay que hacer matizaciones, puesto que la aplicación de un único criterio resulta en la mayoría de las ocasiones insuficiente. Así, cuando un sacerdote católico, el padre Kolbe, ofrece su vida a cambio de la de otro prisionero de un campo de concentración nazi, sabiendo que va voluntariamente a una muerte segura, ¿se trata de un suicida voluntario con las mismas connotaciones éticas que quien salta por la ventana tras un desengaño amoroso? Resulta evidente que es necesario utilizar, junto al criterio de voluntariedad, otros que permitan realizar un análisis ético más global.

Criterio de causalidad

Ante el suicidio consumado resulta muy difícil el determinar cuál fue su causalidad; en algunos casos se deja una sucinta carta o nota, casos que tan sólo suponen del 15 al 25 % (Leenars, 1988), donde además no siempre se explica cuáles fueron los motivos de su decisión; en la mayoría de las ocasiones ni eso es posible y debemos intuir, por sus circunstancias, cuáles fueron los factores predisponentes, causantes y desencadenantes del fatal desenlace.

Cuando de tentativas de suicidio se trata, no siempre resulta posible esclarecer los extremos antes citados, ni siquiera el potencial suicida los conoce siempre, pues no resulta infrecuente la aparición de una amnesia retrógrada a la tentativa, causada a veces por el método elegido (traumático, tóxico, etc.). En otras ocasiones el sujeto no accede a revelar los motivos de su propósito, o los revela tan sólo parcialmente, quedando en el secreto de su conciencia.

En tercer, lugar cuando de un deseo o intención suicida se trata, la ausencia de factores desencadenantes dificulta la interpretación de dicho deseo. ¿Es siempre patológico?, ¿no resulta una tautología pensar que el deseo suicida es siempre consecuencia de una alteración mental?

En conclusión, el análisis de los factores causales resulta como mínimo difícil. Sin embargo, es uno de los criterios esenciales del análisis ético. Desde una perspectiva teórica, existirían al menos los siguientes subtipos de suicidio, desde el punto de vista causal:

1. Suicidio de origen psicopatológico.
2. Suicidio no psicopatológico.

El primero tiene su origen en una enfermedad del sistema nervioso, que condiciona la aparición de un deseo e impulso suicida, que con mayor o menor intensidad altera el pensamiento, condiciona la afectividad, nubla el juicio, aumenta la impulsividad y determina en mayor o menor medida la conducta. Es necesario especificar que se trata de un

criterio dimensional, por lo que en un sentido estricto no existen dos categorías distintas: el suicidio psicopatológico y el no psicopatológico, sino una dimensión a lo largo de la cual aparece en un extremo el sujeto absolutamente condicionado en su conducta suicida por la alteración psíquica subyacente, como sería el caso de un enfermo delirante que cree que debe lanzarse a volar o recibe órdenes alucinatorias, que condicionan su suicidio por precipitación. En el otro se trata de un acto consciente por parte de un individuo no enfermo, que determina su acción por causas diferentes de la enfermedad, como sería el caso de los pilotos kamikazes japoneses de la II Guerra Mundial (incluso éstos estarían condicionados por factores emocionales como la defensa de la patria, el amor al dios-emperador o deseos altruistas mal entendidos). En medio quedan la mayoría de los casos, en los que una enfermedad mental u otra alteración psíquica condiciona en mayor o menor medida el suicidio.

Resulta evidente que mientras en el suicidio psicopatológico la voluntariedad del sujeto está disminuida, en el otro no lo está. En consecuencia: *a mayor causalidad psicopatológica, menor imputabilidad y responsabilidad por parte del sujeto.*

La imputabilidad y responsabilidad del suicida tienen menor importancia en los países en los cuales el suicidio nunca ha estado penado o ha dejado de estarlo (p. ej., España), pero no debe de olvidarse que incluso en estos supuestos de no

penalidad pueden producirse daños a terceros (materiales o personales, colectivos, etc.), y que no son tan infrecuentes los casos de suicidios ampliados en que una madre o padre se suicida previo homicidio de un hijo o familiar dependiente de él. En otros países el suicidio sigue siendo punible (Inglaterra, algunos estados de Norteamérica, etc.).

Por otra parte, para la familia o amistades del suicida resulta en muchas ocasiones importante, como explicación de lo acontecido, el encontrar una causalidad psicopatológica, que atenúe el sufrimiento por una parte, al no atribuir así culpa al familiar suicida, y sirve para adoptar actitudes preventivas, en caso de que la psicopatología tenga carácter genético.

Los límites de la búsqueda psicopatológica terminan allá donde haya otra causalidad evidente, en ausencia de psicopatología previa al acto suicida. No puede mantenerse que "todo aquel que atenta contra su vida no está en su sano juicio". Además, la presencia de una psicopatología a veces menor no exime totalmente de la responsabilidad. Incluso en casos de grave psicopatología, consideraciones ético-morales permiten al enfermo en muchos casos el control de la conducta suficiente como para evitar la tentación suicida. El acto suicida es, en conclusión, una conducta compleja, y exige un análisis pormenorizado en cada caso concreto, respecto a su causalidad psicopatológica o no.

Finalmente, existe una jerarquía dentro de la psicopatología, en cuanto a su influencia mayor o menor sobre los elementos esenciales del acto suicida. No tienen el mismo condicionamiento psicopatológico el suicidio de un paciente psicótico, que el de un neurótico leve. El ocurrido durante un episodio confusional, que el realizado bajo una embriaguez deliberadamente buscada para superar el miedo.

Criterio de finalidad

Si establecer una hipótesis de causalidad es difícil, más aún resulta determinar la motivación o finalidad de la conducta del sujeto suicida. El contenido íntimo del pensamiento del sujeto puede resultar inescrutable, pero pese a ello, el esfuerzo realizado en esta dirección resulta sumamente esclarecedor en el ámbito de la ética.

Pueden existir diversas clasificaciones de los motivos suicidas, pero desde el punto de vista ético-moral, resulta útil el distinguir entre:

- 1.- Motivaciones egoístas.
2. Motivaciones altruistas.

Nuevamente nos encontramos ante una dimensión, ya que la distinción entre motivos egoístas o altruistas, que a primera vista parecería categorial, no siempre resulta clara. En primer lugar cabe distinguir si se trata de motivaciones conscientes o no, y en segundo lugar deberá delimitarse lo que se entiende por egoísta. Así, el misionero que sacrifi-

ca su vida dirigiéndose a una muerte segura por martirio, para alcanzar la salvación del alma, ¿es egoísta con respecto a su alma? o ¿es egoísmo de especie sacrificar la propia vida, para salvar la de los hijos?, o aún más: el canceroso suicida que teniendo una cobertura del seguro de vida que incluye la muerte autoinfligida pero no el cáncer, ¿es egoísta al primar la economía de su familia, por encima de sus consideraciones éticas, probablemente contrarias a tal acto?

Si consiguen superarse las dificultades de definición anteriormente expuestas, resulta evidente que desde el punto de vista finalista, motivacional, egoísta-altruista: *a mayor motivación egoísta, mayor compromiso ético-moral existe.*

Criterios respecto a la inducción y auxilio al suicidio

Si bien nuestro ordenamiento jurídico actual no contempla el castigo al suicida, sí considera delito la inducción al suicidio a través del artículo 409 del Código Penal. El tema es complejo de determinar, por cuanto la delimitación de lo que es inducción no está clara ni resulta en muchos casos posible saber si ha habido o no inducción directa o indirecta, especialmente cuando el suicida es un enfermo mental, susceptible por sus especiales características de ser más fácilmente inducido o incluso forzado a realizar dicho acto.

Pese a la dificultad de determinación en casos individuales concretos, resulta

evidente que: *la existencia de inducción o auxilio al suicidio por parte de un tercero supone un grave compromiso ético-moral*. El auxilio al suicida en su acto autolítico está igualmente penado por el mencionado artículo 409 del Código Penal Español, planteándose sin embargo diversos problemas en su aplicación práctica que tienen que ver con los conceptos de auxilio, directo o indirecto, motivado por causas egoístas (económicas, etc.), o altruistas (acabar con el sufrimiento del suicida), y que ahora están de actualidad, por la polémica suscitada en torno al Dr. Kevorkian.

En este sentido cabe preguntarse: ¿es auxilio indirecto la publicación de un libro que explicita métodos «seguros» de suicidio? La realidad observada es que los métodos publicados en el libro en cuestión han aumentado en su frecuencia de utilización desde la publicación. Más allá y quizá más en relación con la inducción al suicidio, se ha comentado en otro lugar la existencia de «epidemias» de suicidio, a raíz de la publicación en prensa de noticias respecto a algún suicida. ¿Tienen en este sentido responsabilidad los periodistas que publican la noticia?

Consideraciones ético-morales en torno a ciertos tipos de suicidio

El suicidio ampliado en el que una persona se suicida junto con otra(s) que pueden o no participar de la idea suicida ocurre casi siempre como consecuencia

de una enfermedad mental severa, donde el autor principal ve tan deformada la realidad que no encuentra otra solución que la muerte no sólo para sí, sino para los otros (con frecuencia familiares directamente dependientes del autor). Cabría distinguir entre el suicidio ampliado en el que se desea voluntariamente por el suicida la muerte de los otros de aquellos otros casos en los que ocurren otras muertes como consecuencia del acto suicida, siendo éstas muertes no siempre previstas por la intención del suicida. En la mayoría de estos casos, el trastorno psicopatológico es tan severo, que cabría dentro de las excepciones ya planteadas por Santo Tomás.

Por otra parte, al afectar no sólo a la vida del propio sujeto, sino a la de otros, resulta que: *el suicidio ampliado supone un mayor compromiso ético-moral*. Tienen sin embargo que tenerse en cuenta la existencia de otras connotaciones (enfermedad mental, etc.).

El suicidio colectivo supone un caso discretamente distinto, en el que dos o más personas se comprometen al suicidio por diversas causas, que casi nunca tienen que ver con situaciones psicopatológicas (los raros casos de delirios compartidos *-folie a deux-* con final suicida serían las excepciones más claras). Por la misma razón que en el caso anterior, *el suicidio colectivo supone un grave quebranto ético*.

Existirían diversos tipos de suicidios colectivos, según todos los participantes

estuvieran de acuerdo o no en el suicidio, el método de adopción de la decisión suicida (p. ej., por los dirigentes de una secta, por métodos "democráticos" mayoritarios, por consenso, etc.), su forma de aplicación (autoaplicada en cada caso, llevada a cabo por un reducido número de personas elegidas, etc.). Casos como los suicidios colectivos de una secta en la Guayana, o recientemente en Waco, ponen de manifiesto la importancia del análisis ético. Incluso en estos casos, deben analizarse todos los componentes, causalidad, motivación, etc.; así, cabe recordar que en el caso del suicidio colectivo de los defensores judíos de Massada, frente al ejército romano, la motivación era ahorrar sufrimientos al estar amenazados de muerte por crucifixión.

Mención aparte merecen los llamados *equivalentes suicidas*, en los que el sujeto realiza actividades que conllevan un elevado riesgo de muerte, como podría ser el juego de la ruleta rusa, conducir en dirección contraria en una autopista u otras conductas similares. *Los equivalentes suicidas reflejan un grave quebranto ético*. Sin embargo, ciertas conductas que conllevan elevado riesgo no pueden tener igual valoración. No resulta similar la conducta del torero en la plaza de toros, del corredor de los "sanfermines", o del policía del equipo de desactivación de explosivos, que el del sujeto que juega a quitarse de enfrente de un tren en el último segundo, aun

cuando los riesgos pudieran ser similares desde un punto de vista puramente estadístico. En el caso del torero o del policía, el riesgo es consecuencia indirecta de su profesión, mientras que en el caso del que salta de la vía del tren, el riesgo es buscado deliberadamente como una forma de excitación (*sensation seeking behaviors*), o formando parte de conductas psicopáticas, apuestas, etc.

Por otra parte, al igual que cuando se comentaba la jerarquía existente entre distintos tipos de psicopatología, respecto a las conductas de riesgo existen gradaciones que tienen que ver con la finalidad buscada (el riesgo en sí, la excitación de una actividad deportiva, la competición, la ganancia de dinero en apuestas, etc.). Así, actividades tales como el alpinismo, la conducción de motos o automóviles, el boxeo, el toreo, el submarinismo, etc., que conllevan un elevado riesgo, podrían ser catalogadas como equivalentes en determinados casos, mientras que en otras el riesgo es mucho menor, y aunque ocasionalmente pueden ocurrir accidentes imprevisibles, dicha posibilidad está muy lejos de la auténtica voluntad del sujeto.

Ética y deontología médica en torno a la conducta suicida

La ética y la conducta suicida tienen además de lo anteriormente expuesto otros puntos en común, como son los relativos a la conducta médica en relación con el suicidio, la mala práctica y

los códigos deontológicos aplicables a la conducta suicida.

Conducta médica y suicidio

Existen, según Williams (1990), 6 principios éticos que regulan la conducta médica, a los que Arrecherra (1995) añade el último, que figura en la siguiente lista de siete:

1. Preservación de la vida.
2. Aliviar el sufrimiento.
3. Evitar la yatrogenia (*primum non nocere*).
4. Principio de autonomía del sujeto.
5. Principio de justicia.
6. Principio de veracidad.
7. Hacer el bien al paciente.

Preservación de la vida

Es el deber primordial del médico, y es en este sentido de donde surge su obligación de prever y prevenir el suicidio del enfermo. Para lo primero debe recurrir al conocimiento del riesgo suicida en cada caso particular, lo que hoy en día puede suponer el empleo de escalas de evaluación del riesgo suicida, o alternativamente realizar una exploración psicopatológica sobre el tema. Por lo tanto, no debe temer preguñitar abiertamente por ideas suicidas, por cuanto esta pregunta no induce su aparición, y permite por otra parte el adoptar las medidas preventivas pertinentes. Para prevenir de forma adecuada la conducta suicida, le será obligado al médico el aplicar todas las medidas a su alcance,

tanto terapéuticas como de advertencia a la familia, convivientes, personal auxiliar, etc., para evitar las ocasiones de suicidio o limitar el riesgo al mínimo (p. ej., preferirá utilizar aquellos tratamientos con cuya intoxicación el paciente no corra grave riesgo, frente a aquellos otros que tengan un elevado índice de letalidad por autoingesta; del mismo modo, deberá avisar a la familia y tomar las medidas adecuadas en el medio en el que va a vivir el paciente -hospitalario, ambulatorio, etc.).

Este principio puede producir conflictos de confidencialidad, que el médico deberá superar convenciendo al paciente de la conveniencia de avisar a la familia, y de limitación del principio de autonomía cuando deba recluir al paciente en una unidad hospitalaria vigilada, para prevenir el riesgo de suicidio. Esta limitación sólo está justificada por la existencia de una enfermedad mental, que conlleve limitación de la capacidad de juicio por parte del paciente.

Aliviar el sufrimiento

Este principio matiza el anterior en los casos de grave sufrimiento del paciente, por el cual el médico está autorizado a utilizar métodos de tratamiento en pacientes terminales que alivien dicho sufrimiento, aunque puedan suponer un cierto acortamiento de la vida del paciente. La inducción o auxilio al suicidio no pueden entenderse como dirigidos a aliviar el sufrimiento,

para de esta forma justificar el mismo (tal es el planteamiento erróneo realizado por el Dr. Kevorkian junto con algunos movimientos y asociaciones que defienden el "derecho" a disponer de la propia vida).

La necesidad de limitar el principio de aliviar el sufrimiento surge de la necesidad de preservar la vida como un bien esencial del ser humano, que debe estar por encima de otras consideraciones. De no hacerse de esta forma, la sociedad se desliza por una resbalosa pendiente, en la cual se llega, como se llegó en la Alemania nacional-socialista, a eliminar a los minusválidos y enfermos mentales irrecuperables, "para aliviar su sufrimiento" (Degkwitz, 1985). La lógica en este sentido es irrefutable. Dado que estos sujetos no son capaces de decidir por sí mismos, por presentar una situación de incapacidad, es la sociedad quien decide, presuponiendo un sufrimiento que no siempre es objetivable y, en consecuencia, les elimina o ayuda a suicidarse, ya que ellos mismos son incapaces de hacerlo. La reciente aprobación en un estado del norte de Australia de ciertos supuestos de eutanasia debe hacer reflexionar a los responsables políticos y sanitarios del riesgo que supone ir más allá de lo que 2.000 años de historia han impuesto como norma aceptable.

Evitar la yatrogenia

Debe tenerse en cuenta este principio, especialmente al establecer estrate-

gias preventivas y tratamientos pertinentes en los pacientes con riesgo suicida. Deben evitarse los medicamentos conocidamente tóxicos, los que favorezcan la impulsividad, disminuyan el control cognitivo-volitivo y las terapias experimentales cuya utilidad se desconoce o no está probada, así como aquellas psicoterapias que prolongan inútilmente el estado de sufrimiento o favorecen la desesperanza.

Principio de autonomía del sujeto

Es un principio que se aduce con frecuencia al favorecer, justificar, permitir, inducir o auxiliar la conducta suicida. Debe permitirse al sujeto elegir los tratamientos en función de un consentimiento informado de manera suficiente, en especial en aquellos casos terminales que supongan un riesgo de prolongación innecesaria de la vida sin alivio del sufrimiento. Puede ser admisible que un paciente renuncie a un tratamiento que podría prolongarle su vida temporalmente, a costa de un sufrimiento que él considera intolerable; pero no lo es que invocando el principio de autonomía decida poner fin a su vida, y menos aún que pretenda el auxilio del médico con un fin diametralmente opuesto al sentido último de la medicina (preservación de la vida).

Principio de justicia

El médico debe guiar su actuación buscando que se garantice la distribu-

ción equitativa de los recursos médicos. En casos extremos de insuficiencia de medios puede decidir quién tiene una probabilidad razonable de supervivencia al repartir los medios. En todo caso, dichas decisiones no pueden basarse en los deseos subjetivos de los pacientes que pudieran desear morir.

Principio de veracidad

El médico guiará su actuación por este principio, y así expondrá la verdad de su situación al paciente, pero sólo aquella verdad que no dañe al paciente, es decir, que tendrá en consideración el principio de no perjudicar al exponer realidades que pueden resultar de imposible asimilación por parte del paciente. No debe dejar al paciente sin esperanza, por cuanto esta situación conduce al paciente con frecuencia al suicidio.

Con la exposición de la verdad, matizada por la capacidad de aceptación de la misma por parte del paciente, se cumple el objetivo médico de cumplir con este principio sin lesionar el objetivo de mantener la esperanza, y así por ejemplo en las enfermedades potencialmente mortales como el cáncer, esperanza inicial de curación, y más adelante si ello es imposible, de supervivencia por un largo período, y más adelante, cuando la situación es terminal, esperanza al menos de evitar o limitar el sufrimiento, para al final guardar la esperanza de apoyo y acompañamiento en el siempre duro trance de la muerte. Incluso, más

allá, mantener en la familia la esperanza en otra forma de vida de acuerdo con las creencias de cada caso.

Por otra parte, el médico debe saber que la verdad que posee es, como toda verdad científica, temporal, limitada y discutible, sujeta a error y cambio con el avance de la medicina; y sólo con dichas limitaciones podrá exponerla al paciente o a la familia, jueces, etc., y así debe empezar toda declaración con el humilde: "De acuerdo con el estado actual de los conocimientos médicos".

Hacer el bien al paciente

El principio mencionado debe guiar toda actuación médica, y sólo tiene como limitación el primero de los principios mencionados, por cuanto se considera que no puede haber mayor bien para el paciente que el de la vida. Este principio admite también la matización impuesta por la realidad social, en aquellas situaciones en las cuales el bien social se contrapone al «bien» del paciente. Así, en el caso de que el paciente suponga un riesgo en su convivencia en la sociedad, el médico verá levantada su obligación de confidencialidad, para informar al juez a petición de éste, o en casos extremos tendrá la obligación de prevenir y advertir de la conducta potencialmente agresiva de un paciente (polémica suscitada a partir del conocido «Caso Tarasoff» en EE.UU.). Este último aspecto es relevante en el momento de prevenir el riesgo de «suicidios ampliados».

La «Declaración de Madrid», documento realizado durante el X Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría, celebrado en Madrid durante 1996, puntualiza que «los psiquiatras deben en todo momento tener en cuenta las fronteras de la relación psiquiatra-paciente, guiadas principalmente por el respeto al paciente y orientadas a su bienestar e integridad».

Además de lo anteriormente expuesto, en el código deontológico vigente (1990) figuran los siguientes artículos:

1. Artículo 28. 1. El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de un paciente ni por propia decisión (eutanasia), ni cuando el enfermo o sus allegados lo soliciten, ni por ninguna otra exigencia. La eutanasia u «homicidio por compasión» es contraria a la ética médica.

La acción contraria a la ética de estas conductas (auxilio al suicidio y eutanasia) está subrayada por las declaraciones en el mismo sentido de la Asociación Médica Mundial, así como otros organismos de carácter nacional e internacional.

2. Artículo 31. El médico en ningún caso dejará de prestar su atención al paciente que la necesitara por intento de suicidio, huelga de hambre o rechazo de tratamiento. Respetará la libertad de los pacientes y tratará de persuadirlos a que depongan su conducta, aplicando, en las situaciones límite, previo requerimiento de la autorización judicial, la imprescindible asistencia médica.

De acuerdo al comentario realizado por Gonzalo Herranz Rodríguez (1992),

este último artículo regula la atención médica en tres supuestos, el de suicidio, el de huelga de hambre y el de rechazo de tratamiento. A este respecto basta aclarar que en España el Tribunal Constitucional ha declarado, en su sentencia 121/1990, que la preservación de la vida ha de prevalecer sobre el respeto de la autonomía, en situaciones críticas como las supuestas por huelgas de hambre llevadas al extremo.

Suicidio y mal-praxis psiquiátrica

La conducta suicida en los pacientes psiquiátricos es la causa más frecuente de demandas judiciales al psiquiatra por mal-praxis (Carrasco Gómez, 1990). En la mayoría de los casos se pide la aplicación de la figura de «imprudencia temeraria», por no prever ni prevenir adecuadamente la conducta suicida del paciente.

La dificultad de probar de forma fehaciente la ausencia de previsión de la conducta suicida ha hecho que la mayor parte de las demandas hayan sido desestimadas en el pasado; esta situación puede cambiar por la aplicación reciente del criterio de inversión de la carga de la prueba, por la que actualmente es el profesional quien deberá probar que tomó las medidas adecuadas. Si antes era difícil probar que no las había tomado, resulta evidente que a partir de la inversión de la carga de la prueba, que en realidad supone pensar que el profesional es culpable hasta que se pueda probar lo contrario, hará que en un futuro resulte

sumamente difícil salir airoso de una demanda similar, y que alcancemos cotas similares a las existentes en EE.UU., respecto a juicios de malpráctica como consecuencia de un suicidio.

La mal-praxis ocurre cuando no se alcanza el estándar de atención apropiado al conocimiento médico existente en cada momento. El «estándar de atención» se define como «el grado de atención que una persona o profesional razonablemente prudente ejercitaría en iguales o similares circunstancias» (Maris, 1992). Esta definición da dos parámetros de referencia, las circunstancias concretas historico-geográficas (momento y lugar) y la evaluación por comparación con lo que otros profesionales harían en sus mismas circunstancias. Respecto al primer parámetro, resulta evidente que no se puede juzgar con el mismo criterio una conducta médica en un hospital de campaña en una guerra africana, o lo que ilustres médicos hacían tan sólo dos siglos atrás, con lo que hoy se considera mínimo en un hospital de primera de una ciudad europea. Respecto al segundo criterio, alude a la frecuente intromisión de otras profesiones (psicólogos, asistentes sociales, etc.), en lo que sólo médicos de la misma especialidad pueden ser capaces de evaluar.

La necesidad de ajuste temporal de los conocimientos obliga a que el médico recicle los suyos de forma periódica, para adecuarlos a los avances de la Medicina. En el momento actual, el médico, y en particular el psiquiatra, debe conocer aquellas enfermedades y situaciones que

conllevan elevación del riesgo de suicidio, debe saber explorar y evaluar dicho riesgo recurriendo a escalas estandarizadas, si ello fuera necesario, y debe saber prevenir y tratar el mismo con las herramientas terapéuticas a su alcance y, alternativamente, si no dispone de medios suficientes, debe remitir al enfermo para su tratamiento apropiado a otros médicos o centros donde pueda ser tratado de forma adecuada. Debe ser también capaz de manejar las situaciones de crisis, informar a la familia de manera clara y adecuada, motivar al paciente para el tratamiento y asumir la responsabilidad de su situación.

Finalmente, es necesario delimitar el concepto de mal-praxis con la anotación de Cabrera Forneiro (1994), acerca de que: «La imprevisibilidad de la conducta suicida es la norma y, en consecuencia, por muchas medidas de seguridad, previsiones y tratamientos que se adopten, el que realmente tiene una determinación autolítica segura acaba suicidándose. Sólo la historia detallada, la vigilancia en unidades especiales, (y) el empleo de la medicación adecuada pueden paliar de alguna manera este controvertido problema».

Aspectos religiosos de la conducta médica

Ya se ha comentado anteriormente la postura de defensa a ultranza de la vida de la inmensa mayoría de los credos religiosos, y en particular de la Iglesia Católica, cuyas concepciones a este res-

pecto interesan de forma especial, al ser España un país de tradición católica milenaria y mayoritaria. Esta postura de defensa de la vida como un valor suprahumano ha sido defendida de forma inequívoca por el Papa Juan Pablo II, y por los obispos e instituciones de la Iglesia, como el Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios, que en su Carta a los Agentes de Salud (1995) expresa de forma clara en su articulado los puntos que anunciamos a continuación.

Supresión de la vida

Derecho inviolable a la vida

136. La inviolabilidad de la vida humana significa e implica por último la ilicitud de todo acto directamente supresivo. «La inviolabilidad del derecho a la vida del ser humano inocente desde la concepción hasta la muerte natural es un signo y una exigencia de la inviolabilidad misma de la persona, a la cual el creador le ha otorgado el don de la vida» (Juan Pablo II a los participantes a la 35 Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, 1983).

Dios mismo «se yergue como vengador de toda vida inocente: reclamaré la vida del hombre al hombre: a todos y cada uno reclamaré la vida de su hermano» (Génesis, 9,5), y es categórico en su mandamiento: «No matarás».

Derecho exclusivo de Dios

137. Por eso, «ninguno puede atentar contra la vida de un hombre inocente sin

oponerse al amor de Dios por él, sin violar un derecho fundamental, irrenunciable e inalienable» (Juan Pablo II en la Encíclica *Veritatis Splendor*).

No categórico a toda otra autoridad

Este derecho le viene al hombre inmediatamente de Dios (no de otro: los padres, la sociedad, una autoridad humana). «Por consiguiente, no hay ningún hombre, ninguna autoridad humana, ninguna ciencia, ninguna 'indicación' médica, eugenésica, social, económica, moral que pueda exhibir o dar un válido título jurídico para una directa deliberada disposición sobre una vida humana inocente; vale decir una disposición que mire a su destrucción, ya sea como objetivo, ya sea como medio para otro fin que de por sí pueda no ser ilícito» (Pío XII).

En particular «nadie y ninguno puede autorizar el homicidio de un ser humano inocente, feto o embrión que sea, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Ninguno, además puede requerir ese gesto homicida para sí mismo o para otra persona confiada a su responsabilidad, ni puede consentirlos explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata, en efecto, de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad» (Congregación para la Doctrina de la Fe).

Deber de salvaguardar la vida

138. «Ministros de la vida y jamás instrumentos de muerte» (Juan Pablo II a las asociaciones médicas católicas italianas, 1978). De los agentes de salud «se espera el deber de salvaguardar la vida, de vigilar a fin de que ésta evolucione y se desarrolle en todo el arco de la existencia, en el respeto al designio trazado por el Creador» (Juan Pablo II al Congreso Mundial de Médicos Católicos, 1982).

Particular vigilancia

«Este ministerio vigilante de salvaguarda de la vida humana reprueba el homicidio como acto moralmente grave, en contradicción con la misión médica y se opone a la muerte voluntaria, el suicidio, como 'inaceptable', disuadiendo de ello a quien fuese tentado. Entre las modalidades homicidas o suicidas de supresión de la vida, existen dos -el aborto y la eutanasia- hacia las cuales este ministerio ha de realizar hoy una particular vigilancia y en cierto modo profético, debido a que el contexto cultural y legislativo es con frecuencia insensible, cuando no propiamente favorable a su difusión.» Hasta aquí la larga cita del Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios. En su Carta de los Agentes de Salud (1995), la postura se resume en pocas palabras: en un sí rotundo a la vida y una negativa a toda forma de suicidio, bien sea como decisión personal, o como apoyo, inducción, auxilio o tolerancia del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association: The principles of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry. *Am J Psychiatry* 1973; 130: 1058-1064.

Arrechderra JJ. Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos. Madrid: IM & C, 1995.

Cabrera Forneiro J, Fuertes Rocañín JC. La enfermedad Mental Ante la Ley. Universidad Pontificia de Comillas: Libro del Año, 1994.

Carrasco Gómez JJ. Responsabilidad Médica y Psiquiátrica. Madrid: Colex, 1990.

Consejo Pontificio para la Pastoral de los Agentes Sanitarios: Carta de los Agentes de la Salud. Madrid: Palabra, 1995.

Degkwitz R. Pensamiento y actuación médicos en el nacionalsocialismo. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 1985; 17 (ed. española): 12-30.

Herranz Rodríguez G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona: Eunsa, 1992.

Leenars AA. *Suicide Notes: Predictive Clues and Patterns*. New York: Human Science Press, 1988. Maris, RW. *Forensic Suicidology: Litigation of Suicide Cases and Equivocal Deaths*. En: Bongar B, ed. *Suicide*. New York: Oxford University Press, 1992.

Organización Médica Colegial. Código de ética y deontología médica. Madrid: Consejo General de Colegios de Médicos de España, 1990.

X Congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración de Madrid. Madrid, 1996.

(Actualización del original publicado en: Bobes García, J.; González Seijo, J.C.; Sáiz Martínez, P.A. **Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas**. Ed. Masson, Barcelona, 1997; capítulo 11. Reproducido con autorización).