



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS Y
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**CAMPO DE ESTUDIO: HUMANIDADES EN SALUD,
BIOÉTICA**

**MUERTE VOLUNTARIA, UNA RE-VISIÓN DESDE LA BIOÉTICA. REFLEXIÓN EN
TORNO AL SUICIDIO RACIONAL Y EL SUICIDIO ASISTIDO**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
MAESTRA EN CIENCIAS**

**PRESENTA:
MARINA Yael CHAUL CERVANTES**

**TUTORES PRINCIPALES:
DR. ÁNGEL ALONSO SALAS
ESCUELA NACIONAL COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES "AZCAPOTZALCO"
DRA. CAROL FRANCES HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ
PROGRAMA UNIVERSITARIO DE BIOÉTICA**

**MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR:
DRA. LILIANA MONDRAGÓN BARRIOS
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA "RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ"
DR. DAVID FAJARDO CHICA
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES FILOSÓFICAS, UNAM**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., SEPTIEMBRE, 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

ÍNDICE

Introducción	5
Primer Capítulo. Abriendo el Mundo del Suicidio	13
El Problema del Suicidio Como Muerte Voluntaria	16
Los “Otros Suicidios”, La racionalidad del Suicidio y su Nexo con la Muerte Asistida	24
Segundo capítulo. Fundamentos del Suicidio Racional	32
El “Suicidio Racional” Desde la Perspectiva Estoica.	34
Suicidio Racional Desde una Visión Actual.	37
El Arte de Vivir y de Morir.....	44
Muerte digna	45
Dignidad.....	48
Autonomía.....	50
Caso: Marie (Moek) Heringa	54
Tercer Capítulo. Cuestionar El Suicidio Racional	64
Narrativa Excluyente.....	66
Criterios de Racionalidad.....	69
Suicidio Racional, Suicidio Asistido y Suicidio Medicamente Asistido.	79
Estigma hacia los padecimientos mentales, un desafío persistente.....	81
Caso: Noa Pothoven.....	86
Cuarto capítulo. Develar el Suicidio por Enfermedad Mental	95

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Pensar la alteridad	97
Suicidio soberano	100
Calidad de Vida y Enfermedad Mental	108
Conclusiones	117
Países Donde se ha Regulado el Suicidio Médicamente Asistido y el Suicidio Asistido	122
Legislación en Países Donde se Permite la Muerte Asistida	123
Criterios para la muerte asistida	124
Bibliografía.....	127

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Agradecimientos

Agradezco especialmente a mi núcleo familiar por el apoyo y amor otorgado, sobre todo por la confianza que me dan a cada paso y proyecto que deseo emprender, sin su presencia, comprensión y sostén constante nada sería posible. A mis amigos y amigas quienes con su cariño y cercanía me impulsan y animan a continuar superándome. A todas aquellas personas que no mencione de manera directa, pero saben que han sido inspiración y ayuda en mi vida y en el proceso de aprendizaje que emprendí. Hago una mención especial a Fer†, sin saberlo y sin que la vida me permitiera compartírtelo fuiste una de las inspiraciones que me llevaron a decidir cursar este posgrado.

Agradezco a mis tutores principales, la Dra. Carol F. Hernández Rodríguez y el Dr. Ángel Alonso Salas por su amabilidad, paciencia, apoyo, orientación y retroalimentación dedicada a lo largo de este posgrado. A los integrantes de mi comité tutor, la Dra. Liliana Mondragón Barrios y el Dr. David Fajardo Chica quienes aportaban gran parte de su conocimiento y tiempo para encaminar mi investigación cuando me sentía perdida. A las maravillosas personas que conocí en el Posgrado, tanto profesores como amistades, deseo que el *thauma* que nos ha acercado a la Bioética permanezca, y que los lazos que formamos perduren.

Por último, y no menos importante, a mi Alma Mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, porque en sus aulas he podido desarrollarme profesional y personalmente; pertenecer a esta máxima casa de estudios siempre será un honor y un gran orgullo. Al CONAHCYT ya que el apoyo económico que se me otorgó en el periodo comprendido de agosto del 2021 a julio del 2023 permitió el desarrollo y culminación de este proyecto de investigación.

¡Gracias infinitas!

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Introducción

Los objetivos de esta tesis son definir y caracterizar el suicidio racional, así como el vínculo que puede darse con la muerte asistida. Identificar criterios éticos y jurídicos existentes aplicables a las personas que desean terminar su vida por medio de un método no violento y/o con asistencia. Todo ello, a través del análisis bioético que retoma valores y principios tales como autonomía, libertad, dignidad, voluntad, entre otros, y que busca -partiendo del respeto y la tolerancia- la apertura al diálogo de la diversidad, para conocer y entender que en el acto del suicidio también existe la determinación individual, libre, autónoma y, por lo tanto, la necesidad de reflexionar en torno a respetar la voluntad de una persona que decide terminar con su vida (Alonso, 2021).

Por lo cual, se han de examinar los discernimientos que permitan conformar un argumento válido para evaluar si es viable el auxilio mediante la muerte asistida a personas cuya decisión es una respuesta racional con perspectiva realista (lograr discernir sobre efectos, consecuencias y responsabilidades de dicha decisión) y bien sustentada sobre las consecuencias de poner fin a su vida y desean un medio indoloro, eficaz y digno para hacerlo, así como la posibilidad de encontrarse en un entorno seguro y en compañía de seres queridos. O si, por el contrario, el modelo de atención a la muerte en un entorno medicalizado es menos recomendable para algunos casos. Con la intención de reflexionar en torno a la aprobación o condena del suicidio asistido de un ser sensible que procede conforme a una evaluación cuidadosa de su situación y alternativas disponibles, quien se plantea la muerte como resultado de una decisión libre, firme, meditada y analizada.

La hipótesis central que defiende el suicidio racional es la existencia de un tipo de suicidio que se asienta en la autonomía y dignidad de la persona; admite como responsable la decisión de alguien que reconoce que terminar con la propia vida es la mejor opción de entre las opciones

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

disponibles; para quien, por ejemplo, padece alguna enfermedad física incurable, cuya condición médica disminuye de manera significativa el tiempo de vida y la calidad de la misma; pero también considera que, aunque no se padezca una condición médica que disminuya de manera significativa el tiempo de vida, como en el caso de algunos adultos mayores, cuando llevan a cabo una reflexión profunda conforme a valores y principios y determinan que su proyecto de vida ha culminado de forma satisfactoria y no desean esperar que la muerte llegue de forma “natural”, también se puede llevar a cabo un suicidio racional (Nelson, L.J., Ramirez, E., 2017).

Empero, el suicidio racional es un concepto que puede referir a un variado tipo de situaciones, siempre y cuando se cumplan con los criterios con los que se asume la racionalidad, como una elección deliberada, autónoma y estable del agente, no coaccionada, no impulsiva, ni debido a una enfermedad mental y sea la mejor opción dentro de las circunstancias (Battin, 1999). A saber, desde hace muchos años la humanidad ha encontrado que algunas muertes voluntarias han sido congruentes -con valores de la propia persona e inclusive de la sociedad a la que pertenece- y por tanto racionales, en diferentes épocas. En el caso de la Grecia clásica los estoicos reconocían razones de honor como motivo importante para tal elección. Por otro lado, en nuestra época y, debido a los avances tecnológicos biomédicos a los que nos hemos enfrentado, es posible admitir que se da un reconocimiento importante o una ponderancia mayor a los casos de enfermos terminales y adultos mayores.

Lo anterior por varios factores, uno de ellos es que se pueden encontrar próximos a la muerte o la muerte es inevitable, otro, que los avances tecnológicos permiten prolongar vidas y estados graves gracias a los instrumentos y herramientas de soporte vital, lo cual ha abierto el debate sobre si esos estados que podrían ser de agonía deberían ser mantenidos cuando la persona pide voluntariamente que ya no sea así. En consecuencia, con el paso del tiempo se ha puesto

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

énfasis en reconocer que existe una obligatoriedad por exigir derechos para demandar una buena muerte o una muerte digna en casos de enfermedad incurable y/ o resistente a tratamiento.

En ese sentido, una herramienta de decisiones clínicas -en algunos contextos y países- se ha vuelto la muerte medicamente asistida, esta como la opción dentro de un contexto médico (como la eutanasia o el suicidio médicamente asistido) con la que cuenta el paciente para terminar con su vida derivado de motivos que se consideran racionales. O, por otro lado, también existe un modelo menos medicalizado (suicidio asistido) como el de Suiza, donde por razones relacionadas con su legislación se permite el auxilio al suicidio siempre y cuando no sea motivado por cuestiones egoístas, por lo que este país puede tener apertura a considerar a personas que propiamente no se encuentre enfermas, como podrían ser adultos mayores que argumentan “vida completa”.

Y, como en nuestro siglo es posible visualizar el campo que abre la Bioética para analizar, proponer y cuestionar las herramientas con las que es posible que cuenten las personas para la toma de decisiones al final de la vida, el debate sobre el suicidio racional se torna relevante. No obstante, es valioso enfatizar que el denominado suicidio racional no es una tipología sustentada o apoyada por los especialistas en salud mental, sino el resultado (actualmente) de quienes se han detenido a considerar diversas circunstancias como el devenir de la historia de la biomedicina apoyada por la ciencia y la tecnología que modificó nociones de vida y muerte, así como la dignidad entrañada en esas mismas.

Razón por la cual, se asume la denominación de suicidio racional como una intención estimable de distinguir entre suicidios que se dan como respuesta racional a un estado vital que, tanto la persona como los que conviven con ella reconocen que es intolerable y se presenta como una alternativa o posibilidad de evitar prolongar un estado de continua desesperanza hacia un futuro

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

que le aproxima a una muerte en circunstancias no deseadas. Y otros, como el síntoma de un padecimiento mental que aleja al sujeto de sus propios intereses, cuyo juicio o visión se encuentra distorsionado o desapegado de la realidad al considerar que la muerte se presenta como única vía de solución; por lo que se decide y ejecuta de manera impulsiva y no meditada la acción de darse muerte “por mano propia”.

Con todo, esta misma categoría que busca romper con el estigma que cubre el tema del suicidio y considera la autonomía y autodeterminación que puede verse contenida, por otra parte, desestima que las personas que viven con un padecimiento mental puedan -en algunos casos- estar tomando una decisión racional, bien fundamentada y apegada a la realidad que la persona en efecto enfrenta. Sin tomar en consideración que en ambos casos -tanto una persona que padece una enfermedad terminal, como alguien que vive con una enfermedad mental que no tiene cura y/o es resistente a tratamiento- se podría estar tomando una decisión racional o razonable (Hewitt, 2013). Ambos podrían ser expresión del deseo de no sufrir un estado que posiblemente no tiene cura o no existe un tratamiento óptimo.

En otras palabras, la misma distinción que se hace respecto de los tipos de suicidio, cuando se habla de suicidio racional, no toma en consideración que existe una decisión racional y responsable cuando se reconoce la voluntad de enfrentar la muerte o de decidir adelantarla, en el momento en el que el agente reflexiona sobre los logros de su vida, así como el sufrimiento y daño integral que un determinado estado vital le podría conferir y en medida de ello es consciente del acto que llevará a cabo y cómo lo llevará a cabo, cuidando que el daño colateral sea lo más atemperado posible (Neira, 2017; Hewitt, 2013).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En función de lo anterior, el trabajo cuenta con cuatro capítulos, en el primer capítulo se retomarán las nociones generales que se conciben acerca del suicidio, lo que otorgará el indicio que responde a ¿cuándo se puede afirmar que un suicidio fue o será racional? A lo largo de este capítulo se abordarán los conceptos que dan sustento a la diferenciación que se hace entre el suicidio racional y los “otros suicidios” y se apuntalarán las principales problemáticas que se derivan de la muerte voluntaria. En el segundo capítulo, se retomarán fundamentos específicos del “suicidio racional” y a lo largo de los subcapítulos, nociones como autonomía, muerte digna, dignidad humana. El tercer capítulo, buscará llevar a cabo una revisión y análisis de los criterios que se precisan para denominar un suicidio como racional, con la intención de determinar si estos criterios excluyen de manera nítida e indiscutible a personas con padecimientos mentales, así como una breve reflexión en torno al estigma de la salud mental.

El último capítulo, retomará el debate sobre la exclusión de las personas con enfermedades mentales de la categoría de suicidio racional, sustentándose en la tesis del suicidio soberano como el acto que en su misma denominación implica que es ejecutado por la voluntad de una persona autónoma que sabe y reconoce que terminar con su vida es una posibilidad más, la cual no le obliga como algo externo, sino que parte del ser humano y siempre puede retractarse de ello (Neira, 2017); de igual manera, en la idea de calidad de vida y el sufrimiento de la persona que vive con un padecimiento mental. Por otro lado, se anexan dos estudios de caso, el primero enfocado en el suicidio racional en la vejez y el segundo en la solicitud de muerte asistida de una menor de edad con padecimientos mentales; así como apartados que ayudan a mostrar y desarrollar la legislación que han dispuesto los países donde se permite la muerte asistida.

De forma que, a través de la reflexión bioética se permita darles visibilidad a sectores de la población que más se ven afectados por los estigmas que gravitan en torno al suicidio. Con la

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

finalidad de identificar, en principio, el argumento legítimo para la asistencia a la muerte voluntaria de una persona que puede ser denominada como “suicida racional”, pero también, que este análisis permita explorar cómo es que la misma categorización y distinción que se plantea entre el suicidio racional y “otros” tipos de suicidios permea en la intención de quienes buscan equiparar el sufrimiento que llega padecer una persona que vive con una enfermedad mental crónica, con el sufrimiento que puede experimentar alguien que padece una enfermedad física incurable y desea poner fin a su vida al reconocer que la misma se presenta como un futuro no acorde con su proyecto de vida o idea de calidad de vida. Lo que conducirá a deliberar sobre la dicotomización en que se incide continuamente entre lo físico y lo mental, pero a su vez reconocer que de entre los padecimientos que se pueden vivir, existen algunos con los que la sociedad empatiza más y, por lo regular tienen un sustento fisicalista.

En este orden de ideas, desde una visión que implica un trabajo con aportaciones en colectivo es como se puede categorizar un acto como racional o incluso soberano. Al reconocer que esas nociones -que desafían- sostienen que el suicidio no siempre puede ser reducido a un acto impulsivo o desesperado, sino que parte de una persona que inicia un proceso racional y coherente con su forma de entender la vida, donde se hace consciente que sus acciones o su acción le conducirá a la muerte. De esta forma, la Bioética ayuda a tener más de una perspectiva respecto del suicidio, al ser una transdisciplina que busca poner en diálogo a las humanidades y las ciencias, como lo sería la médica, donde la disciplina pretende curar algo que de manera previa se diagnosticó o se consideró como patológico y las humanidades -y en específico la filosofía- aportar elementos que posibilitan ampliar los puntos de vista, repensando la acción desde principios como la autonomía, respeto e igualdad.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

No obstante, al reconocer que la distinción que se hace a partir de denominar a un tipo de suicidio como “suicidio racional” se desvincula de una parte del estigma, pero perpetúa otro, es donde se decidió centrar el análisis, con la intención de abrir el debate respecto de si personas con padecimientos mentales deberían pertenecer a la categoría de suicidio racional, de tal forma que, por medio de la propuesta de una inclusión hipotética sea posible valorar la asistencia a personas con padecimientos mentales, cuya decisión es una respuesta racional -con perspectiva realista y bien sustentada sobre las consecuencias de poner fin a su vida y desean poder acceder a un medio indoloro, eficaz y digno para llevarlo a cabo- en la misma medida en la que se otorga el apoyo a enfermedades físicas terminales.

Este trabajo busca repensar y reflexionar desde otra visión, alejada del paradigma tradicional, la falta de nexo que se tiene entre la racionalidad y la enfermedad mental, debido a que se entiende la enfermedad mental como si se despojara completamente a alguien de la capacidad de voluntad y autonomía. Porque, aunque se tenga el diagnóstico, no se confirma *per se* que todos los deseos de suicidio sean de inmediato irracionales, más bien sería preciso hablar de una gradualidad y reconocer que también se puede ser considerado irracional cuando se está privado de información necesaria para tomar decisiones que sean acorde con los valores y realidad de la persona.

En otras palabras, es esencial en el contexto actual que, para que una persona pueda tomar una decisión que vaya acorde con lo que en efecto le acontece y se adecúa a sus valores, principios e ideas fundamentales, debe contar con la posibilidad de acceder a información clara, certera y oportuna tanto de su situación, como de aquellos acontecimientos o hechos de los que desconoce (como podría ser un diagnóstico de enfermedad y sus posibles tratamientos o medios para cuestiones relacionadas con el final de la vida) para lo cual, se requiere apertura y permitir que las

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

personas puedan abordar y explorar diversas alternativas existentes, así como de asegurar que la persona se empodere y tome decisiones prudentes al contar con información suficiente, obtenida de fuentes seguras y verídicas.

Finalmente, cabe mencionar que el contexto en el que se erige esta discusión es la falta de regulación y/o despenalización de la muerte médicamente asistida (MMA) en México, pero tomando en consideración el panorama internacional donde ya se ha regulado la MMA, con la intención de posibilitar la apertura a una discusión contemporánea sobre la elección de la muerte voluntaria en condiciones en el que ser humano actúa intencionadamente al discernir sobre efectos, consecuencias y responsabilidades de sus decisiones, por medio de un proceso de reflexión integral.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Primer Capítulo. Abriendo el Mundo del Suicidio

Querer morir voluntariamente sigue siendo el reclamo del hombre a ser reconocido como un agente moral que desea expresar un gesto de su autonomía, sin que por ello deba pensarse que existe necesariamente una especie de choque entre lo que es como sujeto individual y agente social.
(Serna, 2020)

En este capítulo se analiza el tema de la muerte voluntaria acorde a la categoría de suicidio racional que considera a pacientes terminales y/o resistentes a tratamiento tanto a personas adultas mayores con enfermedades crónicas y/o debilitantes como los principales individuos de quienes dicha decisión de terminar con su vida “por mano propia” se puede comprender como una respuesta racional con perspectiva realista y bien sustentada. De tal manera que, se retomará la conceptualización que reconoce un tipo de suicidio procedente de la toma de decisiones lógica y coherente de quien decide terminar con su vida por razones que hacen referencia a autodeterminarse cuando se encuentra ante situaciones que le aproximan a la muerte.

Es importante resaltar que, para ser considerado como un suicidio racional, la decisión da cabida a argumentar una justificación legítima, no únicamente para la persona que así lo expresa, sino para los familiares y seres cercanos, o inclusive -según sea el caso- médicos implicados en esa toma de decisión. Ya que este tipo de muerte voluntaria supone terminar con la vida propia en circunstancias específicas que pueden derivar del dolor y/o sufrimiento intenso provocado por un padecimiento incurable; prever un futuro que pueda ser peor que la muerte misma; y de la reflexión concienzuda que elige la muerte por sobre la vida, tal como ésta es al momento de tomar la decisión.

En virtud de que la racionalidad y la inteligibilidad de las razones que alguien esgrime frente a este tipo de cuestiones están determinadas intersubjetivamente, y lo que motiva la acción de la persona se sustenta en convicciones, creencias y valores personales, se considera que la racionalidad radica no únicamente en los ideales o principios individuales, sino que estas razones

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

son producto de un proceso comprensible para los otros, como lo es reconocer el sufrimiento que alguien puede experimentar si padece una enfermedad sin perspectivas de mejora.

Por otro lado, es valioso mencionar que el estigma que cubre el fenómeno del suicidio contribuye a que nuestra sociedad continúe segregando a las personas que optan por terminar con su vida, dejándolas encasilladas en un estereotipo y paradigma de atención dentro del ámbito de la salud mental. Lo que muchas veces las orilla a la soledad y en múltiples ocasiones resultan en muertes trágicas que, en consecuencia, se perciben con mayor consternación. Ya que existe un gran número de personas y personal encargado de la salud que argumenta o rebate que ningún suicidio pueda ser “racional”.

Debido a que determinan que este deseo está necesariamente relacionado con una enfermedad mental como podría ser la depresión y, por lo tanto, se atribuye que ese deseo no puede estar expresando una decisión racional. Lo anterior, en tanto -en esa visión- se da por sobreentendido que la enfermedad mental obstaculiza la capacidad de quien planea terminar con su vida, sin tomar en consideración que pudiera estar basada en sus valores, proyecto de vida e información clara y suficiente de su situación.

Luego, a causa del estigma resulta difícil a la persona, sino imposible, socializar sus pensamientos y emociones. Más aún, este prejuicio no permite prestar atención sobre la posibilidad o no de acceder a métodos eficientes, indoloros y asesorados para causar su muerte, de manera que se puedan prevenir daños por intentos fallidos. La postura extrema que defiende que nunca un suicidio pueda ser racional implica que sea considerado como inmoral y, por lo tanto, sea reprobable incluso pensar en el apoyo a personas que quisieran terminar con su vida con un método eficaz, indoloro, no violento o denigrante.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

No obstante, dicha postura se pone en cuestión cuando surgen consideraciones sobre calidad de vida y en específico los valores, proyectos, deseos, entre otros implicados en esa toma de decisión (Gould, 2008). Por esta razón, es importante identificar los conceptos esenciales que fundamentan la tesis que defiende la existencia de personas que terminan su vida como consecuencia de un curso de acción racional que podría ser valorado como sensato y por lo tanto defendible, al verse sustentado por buenas razones y/o que se manifieste como un acto acorde con los intereses fundamentales de quien lo lleva a cabo, para posteriormente señalar casos en los que se ha llegado a considerar, incluso social y legalmente tolerable, quitarse la vida “por mano propia” en términos de autonomía de la persona.

En ese orden ideas, al considerar que existen personas con padecimientos y circunstancias como las anteriormente mencionadas que desean terminar con su vida a las cuales se les ha integrado dentro de la categoría de suicidio racional y, pese a que también coexiste un estigma respecto al suicidio (como ya se señaló), también se encuentran modalidades en el contexto médico que procuran poner fin de una mejor manera a la vida de una persona que sufre y que voluntariamente solicita la ayuda, como podría ser la sedación profunda y continua y la ayuda médica para morir. De esta forma, es que se ubica el vínculo entre el suicidio racional y la muerte asistida, lo que permite inferir que si se han dispuesto modalidades para dar apoyo en tales circunstancias, cuando alguien desea dejar de vivir, es porque se ha encontrado que tal acción puede representar un beneficio para la persona y que es un acto en el que se advierte coherencia y sentido.

Es decir, pese a no compartir las convicciones y creencias de la persona, se entiende que los otros -cuando se habla de racionalidad- pueden lograr comprender y, en medida que su situación existencial sea igualmente cognoscible, respetar la decisión de no querer continuar viviendo en ciertas circunstancias (Nelson y Ramírez, 2017). De lo antes planteado, también se admite que la

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

intencionalidad para realizar tal acto tiene un significado basado en la autonomía, libertad y voluntad de la persona que determina poner fin a su vida, lo cual permite sustentar ética y socialmente dicha decisión.

Debido a lo anterior, es importante retomar la discusión y revisar el concepto de “suicidio racional” donde se identifican nociones tales como: voluntad, racionalidad, autonomía, libertad entre otras, que se irán explorando a lo largo de este trabajo, el cual tiene por objetivo permitir vislumbrar distintos enfoques para comprender y rebatir el tema. Se trata entonces, de virar la mirada a las personas que consciente y voluntariamente, desde el reconocimiento de su bienestar, deciden que el momento de morir ha llegado y para las cuales es pertinente cuestionar si es ético el que pudieran acceder a un método que sea eficaz, indoloro y no violento para terminar con su vida.

El Problema del Suicidio Como Muerte Voluntaria

Tomando en consideración la existencia de prejuicios y estigmas que imperan y perpetúan el silencio, no únicamente sobre el suicidio, sino de forma general en relación con la muerte, abordar un tópico que presenta posturas diversas, las cuales pueden generar conflictos irreconciliables, suele provocar que el mismo sea olvidado, ignorado o vetado. A pesar de ello, parece relevante en el contexto actual y en específico desde el análisis bioético, generar y/o retomar la discusión sobre temas tabú, como es decidir voluntariamente terminar con la propia vida.

Antes que todo, es importante recordar que si se considera el suicidio como un problema de salud es por el número de muertes relacionado con el número de habitantes. Y que, con base en información de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) existe un vínculo entre el suicidio y los trastornos mentales, lo que crea una fuerte tendencia a especular que, cualquiera que

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

decida terminar con su vida, lo lleva a cabo porque dicha determinación corresponde a un síntoma de un trastorno mental y, por lo tanto, es un acto impulsivo, irresponsable y coaccionado, en consecuencia, no autónomo.

Al respecto, la primera pregunta que podríamos plantear en relación con el suicidio es ¿el suicidio es una muerte voluntaria? Améry (2005) argumenta que quienes eligen la muerte voluntaria, son seres humanos del “sin-sentido” que han decidido terminar con su vida y, por tanto, romper con una lógica dominante. Asume que el ser humano se pertenece a sí mismo y la manifestación de la muerte voluntaria constituye un acto donde lo imperante es la libertad del individuo de elegir la manera y el momento en que desea hacerlo.

En ese sentido, considera que lo común a las personas que terminan su vida “por mano propia”, es el abismo del enigma de la vida, el absurdo de escapar a la lógica vital, donde las diferencias (sin perder la singularidad del sujeto y su circunstancia) podrían resultar irrelevantes, ya que Améry intenta dejar de lado lo que se sabe desde “afuera”, es decir, desde las ciencias y disciplinas que estudian el fenómeno del suicidio, para entender que “... es el autor quien decide lo que ha de ser vodevil y lo que ha de ser tragedia.” (2005, p. 20), porque en los límites epistémicos del acto voluntario de morir existe una singularidad absoluta, que le da cierto grado de autenticidad a ese instante donde se condensa el sentido de la existencia y se decide poner fin a la vida.

Por otro lado, Thomas Szasz, conocido como antipsiquiatra por las ideas que sostenía respecto a la práctica de esa disciplina, argumentaba que la “locura” que casi siempre se le atribuye a quien decide o planea suicidarse, no es más que una construcción ideológica. Szasz rechazaba la idea de que la persona que se suicida necesariamente se encuentre mentalmente enferma y,

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

cuestionaba la justificación de la intervención psiquiátrica.¹ Por lo que, siguiendo esa misma línea de argumentación, en su texto *Libertad fatal: Ética y política del suicidio* (2002) señala que al utilizar la palabra suicidio, lo hace cuando se refiere a:

. . . la acción de quitarnos la vida de manera voluntaria y deliberada, ya sea matándonos directamente o rechazando un tratamiento que nos mantenga con vida [...] cualquier conducta motivada por una preferencia de la muerte sobre la vida que tiene como consecuencia inmediata (quizá transcurridos unos días) el cese de la propia vida. (p.13)

Asimismo, menciona que en el lenguaje alemán existe la palabra *Freitod* que hace referencia a un “suicidio noble” y se traduce como muerte libre, “muerte libremente deseada”. La muerte, vista de esta manera, representa una “elección intrínseca a la existencia humana”. Es “un comportamiento que siempre ha formado y siempre formará parte de la condición humana” (Szasz, 2002, pp. 7-8). En tanto que la muerte se puede encauzar de forma directa o indirecta (pero consciente de lo que implica), en cualquiera de estas dos alternativas existiría una preferencia de la muerte por sobre la vida, una vida que está hondamente permeada de la visión particular de la persona y de la que si se hace consciencia se reconoce que, si algo tenemos asegurado todos los seres vivos es nuestra finitud, la cual puede presentarse de múltiples formas, algunas de ellas -como retoma Szasz- con la intervención directa o indirecta del mismo ser humano.

Visto desde esta perspectiva, el suicidio es una opción que siempre está presente y decidir adelantar la muerte es algo que le incumbe de manera personalísima al sujeto en cuestión. Szasz (2002) al considerar que como seres humanos tenemos la posibilidad de elegir una muerte pasiva, ya sea por enfermedad o vejez o que por el contrario es factible tomar el control de la propia muerte, señala que continuar viviendo es una elección, tanto como lo es decidir voluntariamente concluir

¹ Véase Basaglia, F. (Ed.) (1978). *Razón, locura y sociedad*.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

la propia vida. En otras palabras, el suicidio se puede pensar como una muerte voluntaria en cuanto es algo privativo al ser humano el poder elegir no continuar viviendo, ya sea porque se renuncia a depender de un tratamiento que podría permitir vivir más años, pero con una calidad de vida deteriorada o porque existe la conclusión de que la vida ha dejado de representar un beneficio y esa persona decide hacerse de un medio para ponerle un fin.

Sumado a ello y debido a que en algunas épocas y culturas la condena que ha existido respecto del suicidio se ha atenuado – y no como una apología en sí- se ha llevado a la mesa de debate el tema de la muerte voluntaria, ya que, por ejemplo, en el ámbito biomédico el uso de tecnologías ha creado un sinfín de elementos que permiten sustentar la vida, lo que por supuesto en el devenir de la tecnología médica transforma la noción que se tiene sobre vida y muerte porque permite ampliar la esperanza de vida de adultos mayores así como de personas que padecen alguna enfermedad grave.

Con todo, de modo opuesto se destacan los casos de quienes no desean sobrevivir con ayuda de un medio artificial que merma su idea de calidad de vida, lo que permite identificar que el decidir terminar con la vida no es referente directo e indubitable del síntoma de una enfermedad mental o perturbación emocional, sino de una toma de decisión sensata y defendible. En consecuencia, se abre camino a comprender que la humanidad se ha hecho de herramientas que le permitan conservar la vida, pero -así como actualmente se cuenta con una alta posibilidad de preservar nuestra vida por medios artificiales- desde siempre ha existido la posibilidad de hacernos de un medio para ponerle fin, cuando se ha llegado a considerar que algo de lo que se vive comienza a hacerla menos disfrutable, si disminuye su valor o se presenta como una afrenta en determinadas circunstancias.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Ron M. Brown, en su libro *El arte del Suicidio* (2001) muestra que el estudio de este tópico, tanto en su historia como en su definición no es tarea sencilla. Desde la antigüedad clásica (en específico la Greco-romana) se utilizaban instrumentos -como la espada, el fuego, la soga- para darse muerte. Sin embargo, no solo se trata de la existencia o los medios utilizados para prolongar la vida o por el contrario terminar con ella, sino el hecho de que un individuo decidiera voluntariamente poner fin a su vida y en específico las razones por las que tomaba dicha decisión. Muchas ocasiones en el contexto de la antigüedad se hacía por razones de honor, representando los valores de la época y contexto. Por lo que, al examinar el tema con detenimiento, es posible identificar el nutrido diálogo de deliberaciones morales y éticas que pueden tratarse en relación con el cambio que tiene y ha tenido la noción de terminar la vida “por mano propia” o la “muerte voluntaria”.

Especialmente la problemática surge cuando se analiza si se debería validar y respetar toda decisión voluntaria de terminar con la propia vida, también si acaso es adecuado o correcto evaluar el tema del suicidio de igual manera, ya sea si se trata de una persona que padece una enfermedad somática grave, incurable e incluso psiquiátrica; o de una persona que decide morir por desamor, un disgusto familiar, e inclusive de alguien que sin padecer una condición física y/o mental grave ha reflexionado que ya no desea seguir viviendo.

O si el tema debiera orientarse en preguntar si es pertinente encauzarlo a la cuestión de la muerte asistida, como se ha llevado a cabo en algunos países², para así disponer leyes en torno a la asistencia que se sustenta en razones médicas específicas, ya sea por una enfermedad o condición que pueden ser irreversibles, resistentes a tratamiento e incluso ir en contra de la dignidad personal.

² Para más información, consultar el apartado “Legislación en países donde se permite la muerte asistida”.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Es decir, si la muerte se puede elegir por una variedad de razones, de forma directa e indirecta, ¿los móviles son aceptados o vistos de la misma manera?

Graue (2021) al respecto afirma:

Nunca será lo mismo la decisión razonada, fundamentada, madura y comentada con quienes nos rodean y entienden, a una determinación fatal, derivada de sentirse sumido en una depresión por factores externos que nos abruma y agobian, ante los cuales parecen no existir expectativas de poder superarlos y continuar enfrentándolos. (p. 24)

Por lo tanto, una aseveración como la anterior asume que se puede hacer una distinción respecto de los tipos de muertes (suicidios) y que existe una que se da como resultado del síntoma de un padecimiento mental donde se concibe la muerte como única vía de escape ante la confusión e imposibilidad de vislumbrar otras opciones y que los “factores externos”³ pueden ser dirimidos con apoyo y orientación profesional, y otra que se presenta como opuesta, donde existe una decisión que se hace de forma racional y responsable. Ya que, para tomar una decisión de esa trascendencia e importancia se debe tener claridad y la “suficiente madurez para haber asimilado los logros y fracasos del pasado, poder contemplar con claridad las circunstancias del presente y contar con la serenidad para evaluar razonadamente el futuro” (Graue, 2021, p. 30).

Ahora bien, Graue (2021) sostiene que es esencial contribuir a que, tanto los intentos como los suicidios se prevenga y reduzcan. Pero, a diferencia de lo que se podría pensar desde perspectivas que sostienen que el suicidio siempre y en todos los casos debe ser prevenido, él en su reflexión plantea que, existen “otros suicidios”, llevados a cabo por personas que toman una decisión madura, sensata y racional, de modo que poseen una autonomía, ésta última como derecho

³ Esta perspectiva se acerca mucho a la forma en la que el filósofo Baruch Spinoza concebía el tema del suicidio, en tanto que consideraba que, lo que motiva a una persona a terminar con su vida son cuestiones externas, porque el impulso “natural” del ser humano es vivir y por esta razón el suicidio se considera de manera generalizada como algo incorrecto.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

inalienable para decidir sobre su propia vida en tanto que corresponda a actos responsables y cuidadosos.

Pero, para que sea posible determinar que el acto es responsable y cuidadoso, así como bien considerado, es esencial que la persona se haga consciente de aquello que implica atender el daño que pueda producir su muerte, como consecuencia de que terminar con la vida de manera voluntaria por fuerza ocasionará una impresión, tanto en los seres cercanos como en la comunidad a la que se pertenezca, ya sea presenciando o sufriendo las consecuencias colaterales de tal acto.

No obstante, el conflicto ante estos “otros” casos radica en que somos seres interrelacionados y por esa misma razón, para procurar que la ejecución del acto sea genuinamente responsable y cuidadosa, se debe procurar causar el menor daño posible, lo que requiere poder contar con una persona receptiva, empática y sin sesgos dogmáticos o afectivos para compartir la reflexión y así tomar en consideración elementos para que la ejecución tenga un impacto atenuado (Graue, 2021).

En relación con lo anterior, surge un dilema, ya que, si se desean evitar daños indeseables como los que se derivan de alguien quien, por ejemplo: se arroja a las vías del metro, se dispara con un arma, se cuelga de una soga, o cualquier otro tipo de muerte que se da en contextos realmente indignos, tristes y violentos, debería existir o buscarse la oportunidad de llevar a cabo una muerte “digna y pacífica”; lo que forzosamente supone la necesidad de acceder a medios eficaces, indoloros, no violentos así como a contar con la disponibilidad de información veraz sobre los métodos que existen y que posibilitan una muerte digna y pacífica, tanto para el que lo lleva a cabo, como para los seres cercanos.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Por lo anterior, un asunto esencial en la reflexión hecha por Graue (2021) es que resalta la necesidad de contar con un marco normativo, soporte médico, psicológico y legal para que se pueda dar una orientación completa a quienes optan por terminar con su vida, pero que es justamente la información que se otorgue, la que debe contar con un soporte interdisciplinar experto. Considerando que, al existir material anglosajón, ahora disponible en la red de internet⁴ que informa de forma literaria sobre los métodos existentes para terminar con la vida de manera pacífica, indolora y eficaz, y que, pese al transcurso de los años continúa teniendo vigencia, el acceso a esa información permite tomar decisiones adecuadamente documentadas, lo cual crea una mayor reflexión y seriedad sobre una forma de morir voluntariamente que permita ponderar y analizar cómo se desea poner fin a la vida.

Bajo estas premisas, una decisión bien sustentada, cuidadosa, responsable y autónoma requiere de contar con la disponibilidad de un agente receptor y sobre todo estar lo suficientemente bien informado - tener acceso a información regulada, que su contenido sea riguroso, con sustento y que ayude a prevenir más daños de los que pueda ocasionar su desconocimiento- pero, he ahí lo complejo de la muerte voluntaria y especialmente del suicidio que se piensa responde a un proceso racional y por tanto autónomo. A consecuencia de que, para que se cumplan las nociones que sustentan y conforman la idea de que un suicidio está acorde con los intereses fundamentales de la persona y se ha contemplado con detenimiento la decisión, los dilemas que se producen interiormente contienen elementos que no corresponden única y exclusivamente al sujeto que desea terminar con su vida.

⁴ Si bien no especifica el material al que se refiere, podemos inferir que trata de literatura como *Final Exit* (1991) escrito por Derek Humphry y *The Peacefull Pill Handbook* (2006) de Philip Nitschke y Fiona Stewart.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Razón por la cual, es que se puede entender que existen tantos suicidios que se presentan en contextos realmente denigrantes y violentos, puesto que, pocas son las personas que pueden acceder a información legítima y/o certificada. Y esto puede deberse al miedo que produce que la información exista sin ningún tipo de restricción, o que hablar de la muerte no es algo que se haga de forma habitual, es decir, no se da lugar al diálogo sobre la muerte voluntaria.

Los “Otros Suicidios”, La racionalidad del Suicidio y su Nexo con la Muerte Asistida

A pesar de lo complejo del tema, abordar su discusión es urgente en un mundo donde, de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM, 2019)⁵ la tasa de mortalidad por suicidio si bien se ha reducido de 12.9 por cada cien mil habitantes en 2000 a 9.17 en 2019, aún se mantiene alta. En México, al contrario de la tendencia mundial, la tasa se incrementó de 3.5 en el año 2000 a 5.3 en el 2019 (BM, 2019). Las últimas cifras que proporciona el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).⁶ del año 2021, fueron de 6.5 por cada cien mil habitantes.

Ya que estos datos alertan y nos proveen una visión cuantitativa sobre la situación nacional y/o mundial del tema del suicidio en general, es importante considerar y debatir en torno a la cuestión cualitativa, porque, datos como los arriba mencionados, por si solos no arrojan luz respecto a los móviles que llevaron a las personas a cometer dicho acto. La generalización de los casos dentro de las estadísticas dificulta el entendimiento sobre las particularidades del fenómeno, lo cual permea en el propósito de algunos defensores de la existencia de un derecho que permita a las personas, como podría ser el caso de personas adultas mayores o pacientes con enfermedades

⁵ Banco Mundial. (2019). *Tasa de mortalidad por suicidio (por cada 100 000 habitantes)* <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.SUIC.P5>

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (8 de septiembre 2022.) *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre). Datos nacionales* https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_SUICIDIOS22.pdf

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

terminales a elegir el momento de su muerte con apoyo o por lo menos, sin obstáculos que le orillen a terminar su vida en soledad y con medios violentos que pudieran resultar indignos.

Es importante destacar que, pese a lo recurrente de las muertes voluntarias se continúan ignorando puntos importantes, ya sea por descuido o prejuicio (Serna, 2020), tales como que no todos desean vivir, si su vida supone intensos sufrimientos, o existen quienes no desean depender del cuidado de otros, si vivir significa por necesidad permanecer medicalizado o que una máquina supla sus funciones vitales; también existen quienes por su cansancio físico o por el proyecto de vida que se plantearon ya no desean continuar viviendo.

Sin embargo, si aseveramos que el respeto a la autonomía de los individuos para decidir sobre su vida, como un concepto que en las consideraciones legales y éticas de sociedades democráticas supone un agente capaz de un autogobierno racional y que, desde una visión liberal, se busca el bienestar de la persona lo que implica su soberanía -en tanto no exista una coacción externa- (Chabot, 2014) parece que la existencia de prejuicios que tradicionalmente estigmatizaron el suicidio como una muerte no voluntaria dificulta el reconocimiento de un enjuiciamiento generalizado sobre las personas que deciden terminar con su propia vida, lo cual no posibilita comprender el carácter humano de la muerte voluntaria.

De esta manera, no se hace visible la existencia de casos en los que se pudiera estar tomando el control de cuándo y cómo morir a partir de una decisión libre, meditada y razonada. Como ya se ha aludido someramente, también podrían ser adultos mayores que desean terminar con su vida, sin padecer alguna enfermedad grave y cuyo comportamiento muestra su capacidad de evaluar y razonar de modo realista su situación existencial. Que, no obstante, también pueden tomar esa decisión por razones muy similares a las que ofrecen personas con enfermedades terminales, como:

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

la pérdida de autonomía y control, pérdida de independencia y sentido de la vida (Nelson, Ramírez, 2017).

Aun así, dependiendo de la época y contexto cultural e inclusive de la disciplina que aborde el tema, el suicidio ha sido entendido de diversas maneras. Desde la perspectiva occidental y en específico por parte de la religión católica, que permea de manera importante nuestra cultura, el suicidio ha sido considerado pecado, porque se sostiene que la persona que se suicida atenta contra algo sagrado, la vida que ha sido otorgada por dios y sólo es él quien puede quitarla. Por otro lado, también ha sido concebido como delito, en tanto el daño se hace al entramado social del que forma parte el sujeto que decide terminar con su vida. (Álvarez, 2014).

Por lo anterior, podemos señalar que los abordajes del suicidio son contingentes, como son los cambios que se suscitan en una sociedad. Al respecto Szasz (2002) afirma que:

En el transcurso del tiempo, las actitudes sociales ante muchas conductas han cambiado: lo que anteriormente se juzgaba pecado puede haberse convertido en un crimen, una enfermedad, un estilo de vida, un derecho constitucional o incluso un tratamiento médico. El suicidio empezó como pecado, luego fue un crimen, más tarde se convirtió en enfermedad mental y ahora algunos proponen calificarlo como «tratamiento», con tal de que la «cura» esté en manos de los médicos (p.10).

Por ende, según el ámbito de estudio, se han propuesto tipologías de suicidio, como en el caso de las disciplinas *psi* (ver Tabla 1). Que suelen describir un aspecto humano que tiende a la alienación, porque entienden que quien desea la muerte se está dañando a sí mismo y quien se daña a sí mismo es irracional. De cierta forma consideran que, al buscar su muerte, la persona lo hace en un acto de autodestrucción que resulta contra *natura*, pero también que dicho acto tiene fuertes influencias “externas” que le orillan a una muerte trágica.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Razón por la cual, dichas tipologías parece que no aclaran el suicidio que se intenta pensar de forma tangencial a los parámetros circunscritos en el ámbito de la salud mental. Por consiguiente, en el análisis sobre los derechos y las obligaciones, así como decisiones que atañen a la persona, se ha pensado un tipo de suicidio que pareciera representar a una minoría que podría ser defendida debido a los motivos expresados por la persona, que puede o no encontrarse en circunstancias de desesperanza, dolor y sufrimiento irremediable.

Tabla 1

Tipologías de Suicidio

	Teoría	Autores	Tipos		Basados en
Teorías clásicas	Sociológica	Durkheim (1951)	Cuatro tipos:		Énfasis en la influencia de factores sociales. Integración dentro de una sociedad
			1.- Egoísta, 2.-Altruista,	3.-Anómico, 4.-Fatalista	
Teorías clásicas	Psicoanalítica	Freud (1904, 1938), Menninger (1938)	Dos tipologías: (Freud)		Intrapsíquica. Autodestrucción. Deseo de regresar a un estadio previo Tres motivaciones: matar, morir, ser asesinado
			1.-Intencional 2.-Semi- Intencional	1.-Crónico 2.-Localizado 3.-Orgánico	
Teorías Contemporáneas	Psicológica	Scheidman (1966)	Cuatro subtipos de personas: con el término <i>pside</i>		Psicodinámica centrada en la Cesación
			1.-buscador; 2.- iniciador	3.-ignorador; 4.- desafiante	
	Conductual	Henderson y Williams (1974)	Modelo de 6 factores:		Describen circunstancias y comportamiento de individuos
			Depresión Extra punitivo Alienación	Operante Moldeador Evitación	
	Relacional	Leonard (1967)	Tres tipos:		Orientación relacional. Nivel de independencia y diferenciación de la figura parental
			1.-Dependiente insatisfecho	2.-Simbiótico satisfecho 3.-No aceptante	
Psicosocial	Schneidman (1968)	Tres tipos:		Variedad de motivos psicológicos. Interacción de factores sociales y psicológicos.	
		1.-egoísta	2.-diádico 3.-no genérico		
Necesidades y Motivaciones	Mintz, (1968) Schneidman, (1980) Baechler (1979)	Baechler (1979) 4 categorías de suicidio:		Motivaciones inconscientes. Combinaciones de necesidades frustradas o insatisfechas.	
		Escapista Agresivo	Oblativo Lúdico		
Tipologías empíricas	Estudio empírico de la tipología del suicidio	Wold e investigadores del Centro de Prevención del Suicidio (SCP).	10 subgrupos		Descriptorios clínicos y demográficos. Combinaciones de factores psicológicos, relacionales, motivacionales
		Bagley, Jacobson, Rehin (1976) Reynolds y Berman (1995)	(1) mujeres descartadas; (2) hombres violentos; (3) depresión mediana edad; (4) síndrome arlequín; (5) No puedo vivir sin ti;	(6) No puedo vivir contigo; (7) crisis adolescente-familiar; (8) abajo y fuera; (9) viejo y solo; y (10) caótico	
			Tres grupos: (1) depresivo; (2) sociópata; y (3) enfermedad física. Cinco subgrupos: escape, confusión, agresión, alienación depresión		

Nota: Realizada con información de Martin, J., LaCroix, J., Novak L. y Ghahramanlou-Holloway, M. (2020) Typologies of suicide: A Critical Literature Review, *Archives of Suicide Research*, 24, 24-40. DOI: 10.1080/13811118.2018.1564100

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Donde se realza la intencionalidad y motivaciones racionales que justifican el acto de quien decide terminar su vida, como es el caso del llamado “suicidio racional”, un tipo de suicidio que no está considerado dentro de la tipología de las disciplinas *psi* y que suele ser polémico por considerar éstas mismas que nunca una decisión de querer adelantar la muerte va a ser coherente con los intereses fundamentales de la persona.

Y es posible reconocerlo puesto que, de acuerdo con Linares (2021), “en nuestra época, la condena moral sobre el suicidio ha sido transferida al ámbito médico y psiquiátrico, porque se supone de inmediato que el suicida actúa *irracionalmente*” (Linares, 2021, p. 292). Desde esa perspectiva, se perpetúa la tendencia a percibir cualquier suicidio como “irracional”, pero también como una acción cobarde o contraria a los intereses del individuo.

De forma opuesta a ese paradigma, Linares (2021) argumenta, con un sustento filosófico, que el suicidio toma sentido cuando la persona lo lleva a cabo para evitar cualquier tipo de muerte atroz, indigna y cruel, y que no debe ser considerada una acción cobarde ya que requiere de valentía y entereza para cumplir tal voluntad “porque es mejor arrebatarse al otro la decisión que me condena a morir” (p.293). Así, el suicidio se manifiesta como un último acto soberano, que se propone terminar con la vida que no se quiere vivir.

Asumiendo que la “sentencia” puede venir tanto de un Estado totalitario que abusa del poder político, como de una enfermedad discapacitante o terminal que, al ser igual de inclemente, justifica a algunas personas el “tomar la muerte en sus propias manos” y llevar a cabo un último acto libre ante la más extrema necesidad. Al presentarse estas razones para buscar la muerte, se comprende la insatisfacción de la persona con su vida, tanto como la vive en el presente, así como se pueda presentar en un futuro. O como se ha mencionado con anterioridad, en la actualidad, desafiando el

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

poder de las biotecnologías que le presentan al ser humano nuevas alternativas para olvidar una realidad persistente de la naturaleza humana que es, la posibilidad de terminar con su propia vida. (Linares, 2021)

Si bien no existe consenso sobre cómo tratar y juzgar el tema del suicidio, particularmente si lo que se intenta es legitimar o no la decisión de la persona que se suicida, es importante cuestionar ¿cuáles son las condiciones por las que se otorgan “derechos” para terminar con la vida propia? La pregunta en sí misma parecería ir en contra de la autonomía de las personas, pero debe retomarse ya que con el paso de los años la forma en la que vivimos y morimos se ha transformado gracias a la capacidad de incidencia que le han dado al ser humano los conocimientos adquiridos y los desarrollos tecnológicos. Por lo cual, es conveniente generar una vía de reflexión que permita abordar el tema con el análisis necesario que permita reconocer si puede ser éticamente justificable intervenir en su deseo racional, en favor de darle la asistencia a seres humanos que quieren tomar el control de cómo y cuándo morir.

Por su parte, Álvarez del Río (2021) también sostiene que “no todos los suicidios son iguales” y recupera con su lectura sobre Thomas Szasz que el término *suicidio*, que en sus raíces latinas significa “matarse a sí mismo”, es una invención occidental del siglo XVII que pretendía sustituir el término *autoasesinato*, transformando la concepción de tal forma que se percibe a un sujeto que “es más víctima que responsable” (Szasz, 2002, como se citó en Álvarez del Río, 2021). Y, aunque acepte que en un gran porcentaje los casos de suicidio pueden ser expresión de una enfermedad mental, también sostiene la existencia de personas que posterior a una reflexión profunda concluyen que lo mejor para sí mismas es dejar de vivir, ello con la finalidad de no sufrir.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Es decir, concibe que existen suicidios que deberían ser prevenidos y otros en los que sería importante cuestionar y reflexionar si, por el contrario, deberían ser apoyados y acompañados como en el caso de la vejez o por enfermedad grave e incurable. Dicha reflexión la hace tomando en consideración el antecedente de Países Bajos, Bélgica y Suiza, donde, hasta el momento, se reconocen como legales para su asistencia a morir razones sustentadas en el sufrimiento causado por enfermedades físicas o psiquiátricas (según el país).

Al exponerlo de esta forma, se pone énfasis en algo sumamente importante, que es evitar un daño, en otras palabras, evitar que quien esté convencido de querer suicidarse tenga que hacerlo de modo violento y doloroso, o que incluso al no poder acceder o encontrar una manera segura y adecuada de poner fin a su vida se vea obligada a seguir viviendo o sobreviviendo, pero también de buscar otras alternativas para evitar muertes por medio de darle lugar a los valores y razones de la persona, buscando reconocer que el simple hecho de acercarse a la narrativa de la persona puede disuadirle de su decisión.

Ahora bien, la pregunta que se deduce es ¿cuándo podríamos afirmar que en un acto de suicidio “... se han ofrecido las mejores razones para hacerlo, sobre las que se ha deliberado y que goza, del mismo modo, de justificación”? (Serna, 2020, p. 2) En concreto ¿cuándo podemos decir que un suicidio fue o será racional? Aunque en nuestros días es más común encontrar defensores de los derechos de las personas al final de la vida, estos sostienen la idea de una muerte voluntaria relacionada con cuestiones del estado de salud de la persona, como padecimientos crónicos, incurables o enfermedades terminales (Carrigan, 2014; Chabot, 2014).

Sin embargo, algunos no excluyen la existencia de adultos mayores sin los padecimientos mencionados, que deberían tener acceso al apoyo o medios para elegir una muerte pacífica, ya que

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

argumentan y defienden la decisión personal, la cual, no deriva del impulso, soledad o algún otro motivo que por lo regular se relacione con lo “irracional”. Es por este tipo de casos que se comienza a considerar que existe una racionalidad que debe ser respetada, ya que, en relación con los valores, preferencias y creencias de la persona, sus razones presentan un patrón coherente y lógico para los otros, es decir, la racionalidad del acto se asume pese a que alguien pueda no compartir las creencias y valores propios de la persona.

Esto sucede en gran medida porque, como argumenta Cohen (2012) los seres humanos somos seres sensibles y capaces de desplegar una vida biológica y biográfica, que tendemos a maximizar el placer y disminuir el dolor, lo anterior como resultado racional de una respuesta primitiva (aversión al dolor). Por lo que, en consecuencia, el acto de poner fin a la vida busca poner un fin a algún sufrimiento -que se puede prolongar en el tiempo y que podría no presentar expectativa de remisión- concentrando “actitudes autónomas, acordes con la integridad personal fundada en la independencia de criterio.” (Cohen, 2012, p. 276)

A este respecto, la reflexión en torno al suicidio frente a una enfermedad terminal, grave o condiciones que disminuyen la capacidad física de una persona se ha incrementado, lo que ha dado paso a perspectivas y actitudes adoptadas respecto a la decisión de cómo y cuándo morir que aceptan y justifican que alguien ponga fin a su vida siempre y cuando cumpla con ciertos criterios, los cuales se asumen según el contexto y los valores que son importantes para la sociedad a la que se pertenece.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Segundo capítulo. Fundamentos del Suicidio Racional

El presente capítulo retoma los fundamentos del suicidio racional, para reconocer desde la antigüedad con la visión que la escuela helénica estoica y en específico Lucio Anneo Séneca tenía sobre la muerte, pero en específico del suicidio y, la perspectiva que en nuestra época nos permite considerar un suicidio como racional, ya que la “racionalidad”, se vuelve la condición necesaria para aceptación y permisibilidad moral del suicidio (Battin, 1999). De esta forma, se mostrarán las razones que nos han conducido a esa noción, reconociendo que el eje de ambas visiones es la idea de calidad de vida, con las diferencias de cada temporalidad, pero con la consistencia de que el ser humano tiene la capacidad, que se va desarrollando, de tomar decisiones tan importantes como lo es decidir cuándo es el momento de poner fin a la vida.

Dentro de la categoría de suicidio racional se piensa actualmente en mayor medida a personas con enfermedades terminales y/o resistentes a tratamiento, adultos mayores con enfermedades crónicas o que plantean que su proyecto de vida ha concluido de forma satisfactoria y debido a la edad no desean continuar viviendo. Sin embargo, los casos de suicidio racional debido a sus criterios no se limitan a los ejemplos antes planteados, porque algunos defensores del suicidio racional y de la posibilidad de tomar la decisión de no continuar viviendo consideran que el suicidio racional se puede llevar a cabo sin padecer una enfermedad, sin estar “cercano a la muerte”, como lo sostiene Philip Nitschke, quien podría considerar el caso de algún adulto que en un contexto en el que nadie dependa de él, esté decidiendo bajo una profunda reflexión que no desea continuar viviendo y tome en consideración a sus seres queridos examinando cómo es que ejecutaría tal acto.

La cual es una posición que se aproxima de forma importante a la visión que sostenía Séneca, quien en sus escritos comparte que -a partir de una educación virtuosa- el ser humano debe

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

contar con la capacidad de reconocer que no está obligado a vivir si la vida puede presentarse como “mala vida” o “vida indigna”, ya que es una razón de peso para que “por mano propia” decida ponerle fin, al reconocer que ante la muerte no hay que temer, pues esta es parte de la vida. No obstante, para quienes actualmente defienden el suicidio racional en el sentido más ampliado de la palabra “racionalidad”, en otras palabras, cuando no se trata del suicidio de personas que se encuentran en circunstancias próximas a la muerte se debería presentar la decisión en un escenario muy particular, e inclusive decir ideal, por lo que, defensores de los derechos a elegir el final de la vida, tienden a pensar que las enfermedades o la edad son motivos sustanciales (sino de los principales en nuestra época) para que uno decida cuándo poner fin a su vida y que dicha decisión no sea vista con la misma aversión con la que suele evocarse la palabra suicidio.

Debido a lo anterior, es importante reconocer que la noción de suicidio racional permite una visión apegada a la autonomía del ser humano, a reconocer su capacidad intrínseca para tomar decisiones respecto a su propia persona, salud, estado de bienestar, etc. y que, por supuesto es una perspectiva que considera que, sobre la vida, el ser humano tiene una importante participación y acción. A diferencia de visiones que asumen que la vida tiene un valor independiente del que la persona le otorgue y que no es dueño de sí como para tomar la decisión de acabar con la misma.

Al reflexionar en torno a este tema, es valioso discurrir desde una visión bioética que el análisis de las acciones humanas es examinado desde la argumentación y sustentación de principios básicos que a todos los seres humanos se les deben respetar que serían los Derechos Humanos, mismos que como sociedades hemos creado para cuidar y velar porque exista y se perciba como trascendental la decisión y reflexión sobre temas relevantes respecto al inicio desarrollo y fin de la vida. Donde el ser humano requiere de una incidencia notable respecto a su propia persona, basándose en valores como autonomía, dignidad, libertad y muerte digna, entre muchos otros.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

El “Suicidio Racional” Desde la Perspectiva Estoica.

En virtud de lo anterior, es significativo reconocer que existe un antecedente de la antigüedad que permite comprender cómo la sociedad, el contexto y la educación hacen parte del reconocimiento de un acto como racional. Como lo sería el estoicismo, para esta escuela helénica, el ser humano debía reflexionar sobre sí mismo y entender que, lo que actualmente podemos considerar y asumir como males: la enfermedad, la muerte y pobreza, no lo son, ya que de alguna forma se puede permanecer inmutable ante ellos, puesto que lo único que depende de la persona es el sentido que le da a los acontecimientos y la intención moral de sus actos.

Entonces, si lo que depende del hombre es el actuar conforme a su razón, esto es lo único que resulta valioso, lo demás deviene indiferente y eso le permite posicionarse por sobre las contingencias. Debido a que una de las virtudes esenciales de la tradición estoica es la templanza, que permite al ser humano mirar el mundo racionalmente en circunstancias complejas. Por lo cual, la sabiduría junto con las virtudes (prudencia, justicia, templanza, entre otras) permite comprender al ser humano no como un ser pasivo ante el mundo, sino que se enfrenta mediante el uso de la razón a vicisitudes que le presenta su existencia. Siendo coherente consigo mismo y el mundo donde habita, quien sigue las enseñanzas del estoicismo comprende el mal como parte de la vida y lo enfrenta de manera impasible.

De tal forma que, en tanto ser humano racional se presentará como imperturbable y capaz de afrontar con valor y serenidad la muerte. Lucio Anneo Séneca, por su parte, concebía la muerte voluntaria como un camino hacia la libertad, ya que existe una razón libre que logra ponderar entre los beneficios que la vida puede ofrecer en proporción con los males que se puedan padecer. Séneca concebía que lo que podemos considerar bueno no es solamente vivir, sino vivir una vida buena, lo que es diametralmente opuesto a la cosmovisión judeocristiana que considera que los seres

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

humanos hemos sido creados por un ser divino y la vida posee un valor intrínseco, ajeno al que el sujeto pueda otorgarle.

Por lo tanto, si se trata de vivir una vida acorde con la idea de vivir bien, desde la visión de la enseñanza de los estoicos, su extensión es irrelevante. Por esa razón Séneca escribiría en sus *Epístolas morales a Lucilio* en el libro VII “No temer ni al dolor, ni a la muerte”.

«Medita sobre la muerte.» Quien esto dice, nos exhorta a que meditemos sobre la libertad. Quien aprendió a morir, se olvidó de ser esclavo; se sitúa por encima o, al menos, fuera de toda sujeción. ¿Qué le importan la cárcel, la guardia, los cerrojos? Tiene abierta la puerta. Una sola es la cadena que nos mantiene sujetos: el amor a la vida; este sentimiento, aunque no lo debemos rechazar, hay que reducirlo de tal manera que, si alguna vez las circunstancias lo exigieren, nada nos detenga ni nos impida que estemos preparados a realizar al instante lo que algún día es preciso que realicemos. (Séneca trad, en 2013 p. 358)

Igualmente, en el libro VIII *Causas que pueden justificar el suicidio* menciona “Más la vida, como sabes, no debe conservarse por encima de todo, ya que no es un bien el vivir, sino el vivir con rectitud. En consecuencia, el sabio vivirá mientras deba, no mientras pueda” (Séneca, trad. en 2013). A propósito de ello, pensaba en lo primordial de la calidad de la vida, teniendo en cuenta que la muerte no es un daño cuando se debe huir del peligro de vivir mal. Así pues, la razón debería indicar el acto apropiado para cada caso.

En suma, el estoicismo sostenía que en la vida se pueden presentar circunstancias donde el suicidio sería un acto racional, como aquel que se cometía para sustraerse de la enfermedad o sufrimiento, como para escapar de una situación de infamia. En este sentido, el suicidio exalta la libertad interior, cuando realmente representa un acto de liberación, esto quiere decir que es defendible y resulta acorde con los intereses fundamentales de la persona.

Séneca al respecto señalaba que:

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Por otra parte, así como no siempre es mejor la vida más larga, así resulta siempre peor la muerte que más se prolonga.

Más que en ningún otro asunto es en el trance la de muerte cuando debemos seguir la inclinación de nuestra alma. Busque la salida por donde le guíe su impulso: bien sea que apetezca la espada, o la cuerda, o algún veneno que penetre en las venas, prosiga hasta el final y rompa las cadenas de la esclavitud. Su vida cada cual debe hacerla aceptable a los demás, su muerte a sí mismo: la mejor es la que nos agrada. (Séneca trad. en 2013 pp. 376- 377)

Con esta enseñanza se entiende que la vida no nos retiene y muy por el contrario se nos han otorgado “muchas salidas”, por lo tanto, nuestra labor es aprender a morir, es decir, habitar un cuerpo como el domicilio del que se debe salir en algún momento y al que solo se apega cuando no se percata que, es el camino a la libertad el poder reconocer cuándo es el mejor momento para partir. Entonces, la libertad radica en reconocer que algún día tenemos que partir y, por lo tanto, se debe poner límites a nuestros deseos “...a fin de que aprendamos que para morir no existe más obstáculo que nuestra voluntad” (Séneca trad. en 2013 p. 378)

Sin embargo, para los estoicos si se puede gozar de una vida digna, no habría motivos razonables para terminar con ella, por lo que no sucumbir a las pasiones era una guía de actuación e indicador de un acto racional. Lo que supone que, en ocasiones existen razones lógicas y válidas para defender que la vida y lo que se vive ya no es preferible. Y ya que la vida no nos retiene, si somos infelices es porque no nos hemos sabido retirar a buen tiempo, cerrándonos el camino de la libertad, porque “morir más pronto o más tarde no es la cuestión; morir bien o mal, ésa es la cuestión; pero morir bien supone evitar el riesgo de vivir mal.” Séneca trad. en 2013 p. 375).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Suicidio Racional Desde una Visión Actual.

El debate sobre la eutanasia y el suicidio es un problema crucial de derechos civiles para una sociedad democrática y que se pretende moralmente plural, en la que el Estado tiene que garantizar el derecho a disenter con respecto a las opiniones y prácticas morales mayoritarias; es decir, en este caso se trata de la defensa del derecho a decidir por uno mismo cuándo y cómo queremos morir.
(Linares, 2021)

Continuando con los fundamentos de una visión diferente, en este apartado se examinará la noción de “suicidio racional” respecto a ideas más próximas a nuestro tiempo. Y ya que no existe un verdadero consenso y mucho menos la asociación del suicidio a la racionalidad en el marco de la práctica médica, en específico el modelo psiquiátrico, se recurre a la idea de nociones filosóficas, que a través de análisis de los conceptos teóricos permite darle fundamento a la discusión, aunque, no se puede en este trabajo descartar que, si bien los conceptos teóricos son fundamentos elementales, para la Bioética -y su saber interdisciplinar- es un asunto que obliga el verificar que para que una muerte voluntaria sea considerada racional, habría que llevar a cabo una evaluación a la persona para reconocer si se trata de la decisión de terminar con su vida como respuesta genuinamente racional; todo ello, por ser la Bioética el “puente” que permite coincidir a las humanidades y las ciencias, y que el robustecimiento de su saber depende de la interacción entre las disciplinas que aportan diversas perspectivas y visiones.

Al abordar la noción de “suicidio racional” podemos entender, en principio y desde una visión más actual, el acto de personas mentalmente capaces de tomar una decisión respecto de su muerte y de la competencia reconocida por otros para tomar una decisión tan crucial como lo es terminar con la propia vida. Ya que, darle el calificativo de “racional” al acto apunta a que dicha acción procede de una decisión reflexionada, voluntaria y libre en el margen de las consideraciones de orden moral, ético y legal, entre otros.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Pero ¿qué se entiende por racional en el suicidio? Reza (2009) sugiere que para que sea posible determinar que un suicidio es racional, se deberían garantizar cuatro criterios en el acto suicida. Primero: la persona es capaz de tomar una decisión al evaluar las consecuencias de su acto a corto, mediano y largo plazo y adoptar una posición respecto a esa decisión. Segundo, debe saber que su acto es definitivo. Tercero, debe tener una perspectiva realista del mundo y no encontrarse en un estado alterado a causa de un trastorno mental. Por último, debe saber las consecuencias e implicaciones de su acto, no únicamente para sí mismo, sino para las personas cercanas (pp. 26-27).

Aunque se presentan argumentos que pueden ser debatibles, a partir de estos criterios es posible reconocer la idea de que existen suicidios que concentran cuestiones que admiten la capacidad racional. Es decir, que la persona que se enfrenta a la pregunta sobre su futuro -el cual ya no se presenta como favorable- esté mentalmente capacitada para tomar decisiones, como lo es la irreversible determinación de terminar con la propia vida y lo hace como un acto de decisión individual libre y autónoma.

Cohen (2012), con relación al estudio sobre las prácticas suicidas que realiza, identifica que, dentro de las modalidades suicidas existe “... la idea de que los enfermos terminales o los enfermos crónicos con una ínfima calidad de vida, fundándose en razones legítimas, pueden elegir una muerte voluntaria.” (p.38) pero no es lo mismo para sujetos que lo deciden por un disgusto, o porque tuvieron una eventualidad que con el tiempo pudiera ser superada. También insiste que, en el siglo XXI, gracias a la técnica, es posible mantener artificialmente con vida a alguien aún en contra de su voluntad y que de este hecho se ha derivado el incremento de quienes sugestivamente admiten que ciertos casos de suicidios se caracterizan por su racionalidad. En otras palabras,

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

reconoce a personas que presentan argumentos fuertemente fundados en la autodeterminación y que por razones de salud deciden poner fin a su vida suicidándose.

De igual manera, Cohen (2012) para identificar si un suicidio es racional o no, retoma dos criterios operacionales que ofrece Margaret Pabst Battin (1995): el formal y el fáctico. El formal refiere a que la persona debe ser capaz de inferir una conclusión a partir de premisas, sin incurrir errores en la forma lógica, pero también que sea capaz de evaluar las consecuencias de sus acciones basada en *información adecuada*. Lo que supone una decisión autónoma, siempre y cuando se sustente en principios racionales, lo que significa no tomar decisiones basándose en “compulsiones internas”, como emociones y caprichos. Solo en ese sentido, considera que la persona presenta una conducta y actitud autónoma acorde con la integridad y el criterio personal para tomar la decisión de morir. (Cohen, 2012, p.276)

Fundamentalmente en esta idea se basa la exigencia de racionalidad representada en decisiones de carácter voluntario. Contrario a la idea de la concepción del suicidio ligada a la patología mental, la cual ha sido y sigue siendo predominante. Al respecto, Alonso (2021) inspirado en las disertaciones de Tristram Engelhardt y reflexionando desde una Bioética secular, misma que permite la apertura al diálogo de la diversidad en el plano del respeto -para conocer o ser interpelados por enfoques diversos- sugiere que el problema del suicidio desde el análisis bioético se identifica cuando se hace una distinción entre casos y se defiende la existencia de la determinación individual, libre, autónoma y la necesidad de respetar la voluntad de una persona de terminar con su vida.

En específico cuando se trata de seres humanos que han decidido suicidarse al enfrentarse a una enfermedad terminal o que desde el momento en el que adquieren conciencia sobre su estado

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

de salud, se plantean la posibilidad de poner fin a su vida. Alonso (2021) distingue entre dos tipos de suicidio. El primero, donde se pueda justificar la intervención psiquiátrica para evitar un suicidio de sujetos vulnerables, que podría ser inducido por un problema que ataña a la atención de ese campo. El segundo, “el suicidio racional” en el que la persona es “competente para tomar una decisión argumentada y respetable.” (Alonso, 2021, p. 21). que se relaciona con un estado de salud incurable.

Pero, encuentra un problema, cuando se impide la decisión racional de terminar con la vida propia en el segundo tipo de casos, se puede orillar a la persona a una muerte dolorosa e incluso a intentos fallidos de suicidio que pueden tener terribles repercusiones físicas y emocionales para las personas que no logran concretar la muerte, pero también para sus familiares y seres queridos. Así, sostiene que, mientras esta decisión se relacione con un tema de sufrimiento grave e irremediable y se dé “en total estado de lucidez (entendido como un acto deliberado y premeditado, exento de vicios y presiones ajenas) y no obedezca a una “salida fácil”, a un “trastorno mental” o a una “servidumbre de las pasiones” (Alonso, 2021, p. 40), la acción de terminar con la propia vida tiene como característica fundamental, en este tipo de muerte voluntaria, la autonomía de los individuos para decidir sobre su vida.

Por ende, el fenómeno del suicidio nos obliga a reflexionar sobre el respeto de la autonomía de la persona y su capacidad de autodeterminación, en específico el derecho a decidir sobre su cuerpo y su vida. Porque el acto que se lleva a cabo “por mano propia” y no deriva de una presión coercitiva, revela y permite reconocer personas con valores no afines a los predominantes en la sociedad. Como observa Alonso (2021), existen cuatro cuestiones importantes a tomar en consideración respecto del suicidio:

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

- 1.- Las personas que deciden terminar con su vida no comparten con la sociedad ideales, metas y expectativas.
- 2.- Esta decisión les permite a seres vulnerables recuperar “algo de su dignidad”.
- 3.- Muestra la ruptura con los ideales marcados por algunas religiones y en específico la pérdida de la idea de la sacralidad de la vida.
- 4.- El suicidio remarca que las acciones que no agradan al ancho de la población generan molestia y/o rechazo.

Lo que por necesidad hace una socialización de la muerte, en el sentido de que como seres humanos asumimos una exigencia de convivencia y de tomar acuerdos conjuntos sobre una base racional de tolerancia y respeto al otro. Razón por la cual, es importante comprender que la capacidad humana de apropiación siempre implicará una responsabilidad, es decir, si quiero terminar con *mi* vida o *mi* existencia, debo entender que ponerle fin voluntariamente tendrá un impacto en los otros. Por lo que deviene relevante cuestionar como sociedad laica y plural la pertinencia del apoyo que se pueda brindar a las personas que planean terminar con su vida.

Esto sucede porque en la actualidad nuestros valores y las modificaciones que ha sufrido nuestro entorno y la manera de concebirnos a nosotros mismos se han transformado de tal forma que se ha cuestionado que todos los suicidios respondan al estigma de un trastorno mental que altera el juicio de las personas. Y se ha comenzado a dar validez al sufrimiento a causa de un padecimiento físico como motivo racional para elegir no continuar con la vida. Lo que cabría preguntar en adelante es, si el sufrimiento que puede devenir de una cuestión meramente existencial pueda ser validado igualmente.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Ahora, con base en lo anterior, ¿cómo se justificarían las personas que se suicidan? Principalmente aceptando que los seres sensibles en general procuramos maximizar el placer y evitar el dolor. Segundo, el acto puede ser efectuado por una persona capaz de razonar, es decir, que posee una visión realista del mundo y procesa la información de manera adecuada. Por último, la distinción de la vida biológica y biográfica, donde en esta última se le da un contenido existencial a la vida.

En conclusión, la racionalidad del suicidio se asume cuando es posible reconocer que la decisión es una conclusión lógica de las circunstancias y se expresa como libertad y autonomía cuando la vida no ofrece oportunidad alguna de proporcionar beneficio a la persona. Pero, también desde el paradigma psiquiátrico, como la capacidad cognitiva de tomar decisiones fundadas en una perspectiva realista y no distorsionada de los intereses individuales.

Pese a la idea predominante de que el suicidio es un acto que en todo caso debe ser evitado, no es posible negar que dicho acto nos interpela. Nos conduce a cuestionar si estamos dando más valor a la vida por sí misma, que a la persona que la vive y no se está facilitando que las personas expresen las razones por las que están tomando tal decisión. Por el contrario, si pensamos que el suicidio se revela como “el último acto soberano”, la expresión que rechaza vivir una vida que no se quiere vivir, se debe asumir que dicho acto se funda en la libertad individual, el derecho a la autodeterminación.

Sin embargo, la literatura existente presenta al suicidio racional como una noción que divide a los casos, por un lado, quienes son racionales y toman una decisión que puede no solo ser justificable teóricamente sino en el ámbito de la ciencia, ya que la persona es considerada capaz de tomar tal decisión puesto que su capacidad cognitiva le permite analizar su situación desde una

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

perspectiva realista y por otro, quienes bajo el arquetipo de enfermedad mental no compaginan con la idea de que ellos también pueden estar tomando una decisión libre, firme, sensata y coherente con su idea de calidad de vida.

Finalmente, el “suicidio racional” se concibe como el resultado de una decisión libre, firme, meditada y analizada de un ser sensible que procede conforme a una evaluación cuidadosa de su situación y alternativas disponibles. Como acto, se lleva a cabo por una persona capaz de hacer una reflexión donde ésta pondera los puntos a favor y en contra; toma en consideración la manera en cómo ejecutará el acto y al mismo tiempo, comprende la inevitabilidad de afectar a sus seres cercanos, por lo cual, cuando es posible, repara en el método a utilizar y lo que implica en su contexto terminar con la vida propia.

Con todo, si las personas se confrontan a un futuro que ciertamente se presenta como una infeliz existencia o una vida indigna, la elección de la propia muerte puede ser la afirmación del sentido, que se funda en la autonomía del ser racional, tomando como motivo válido que la prolongación de la vida puede ser indeseable. De esta manera, se entiende que corresponde a la Bioética la reflexión de argumentos y evidencia científica que permita acuerdos mínimos que posteriormente pueden ser transferidos o concretados en el ámbito del Derecho, donde se pugne por evitar la imposición de una visión del mundo a los otros y con esto se impida darle voz a la multiplicidad. Pero no para justificar excepciones, sino para ofrecer un modelo de vida con base en la dignidad humana, como pretenden quienes sustentan que, para materializar un modo de vida en las prácticas, es necesario institucionalizar socialmente valores y principios con acuerdos mínimos delimitados en los Derechos Humanos.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

El Arte de Vivir y de Morir.

Por lo que habría que tomar en consideración que, en el presente es posible debatir cuestiones sobre el morir pronto o demasiado tarde, como lo podemos hacer cuando se trata de morir de tal manera que se evite el vivir mal. En ese sentido, John Hardwig (2009) identifica que a partir del progreso en la salud pública y desarrollo de la tecnología médica nos enfrentamos a un tipo de muerte diferente, porque nos dio, por un lado, mejor salud y vidas más longevas, y, por otro, enfermedades crónicas y terminales prolongadas, donde resulta importante reflexionar respecto de la “necesidad” de la muerte cuando la vida resulta insoportable.

Lo anterior destaca una gran diferencia, puesto que existe una alta probabilidad de que muchas personas que se convierten en pacientes se enfrenten a una muerte “lenta” y a una edad avanzada. En este tipo de casos, es posible aducir que el suicidio pretende ser la respuesta a una situación insostenible, donde se procura salvar la dignidad y libertad individual según los valores propios. A la postre, para tomar la decisión del control de la propia muerte implicará el arte de aprender cómo ir al “encuentro con la muerte”; por lo que ésta se convertirá en una tarea humana que deberá enfocar sus empeños en reconocer el momento adecuado para luego ponerle fin a la vida (Hardwig, 2009)

El mismo Hardwig sostiene que existen suicidios que son resultado de una decisión sabia y valiente. Por lo cual, podemos comprender que el morir “demasiado tarde” no se restringe a casos de enfermedades terminales o crónicas, también existen situaciones donde existe lucidez, se está libre de dolor o enfermedades significativas y la persona cree que es un buen momento para morir.

Dicha postura se podría aclarar retomando a Hume (trad. en 2017) quien menciona:

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Que el suicidio puede ser muchas veces consistente con el interés y con nuestro deber para con nosotros mismos, no puede cuestionarlo quien conceda que la edad, la enfermedad o la mala fortuna pueden convertir a la vida en una carga y hacerla aún peor que la aniquilación. (p. 188)

Esta actitud, encara al sometimiento, indignidad o necesidad, deviniendo en expresión de libertad. La libertad que permite al ser humano decidir el curso que ha de tomar su propia vida. Porque el ser humano tiene la capacidad de cuestionarse sobre la calidad de su vida. Y como ya se ha aseverado, el ser humano puede darse a sí mismo muerte y esto se le presenta como una posibilidad permanente, donde mientras no se pueda suprimir, evitar o negar tanto la muerte, como la vejez y la enfermedad -que puedan afectar la dignidad humana- la realidad persistente es que podemos terminar con nuestra propia vida. (Linares, 2021)

Se reconoce así que, la calidad de vida es importante para el ser humano ya que no está obligado a mantenerse con vida a cualquier precio, sino que se debe ponderar un bienestar integral. Puesto que no sólo somos vida biológica, el acto de morir voluntariamente denota que existen aspectos circunstanciales que hacen valiosa la vida. Como los proyectos que cada uno se plantea en el tiempo, ya sea realizar estudios, formar una familia, viajar o inclusive un sentido trascendente por el que valga la pena vivir. Pero a la vez, que dentro de esos proyectos también pueda estar incluida una forma de morir que sea considerada mejor que otra. Es decir, no solo tratar de asegurarse no morir “demasiado tarde”, sino de no morir en condiciones indignas.

Muerte digna

Si bien el concepto de vida y muerte digna tampoco cuenta con un consenso de definición exacta y clara, se tiene un acercamiento casi intuitivo que permite comprender que al menos en lo tocante al tema de morir con dignidad, se pueden marcar pautas que permitan el diálogo acorde a la voluntad de una persona que está por morir, ya sea por cuestiones de edad avanzada y/o por una

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

enfermedad grave donde se define que algo es bueno o malo, valioso o no. Por lo cual, en este apartado se abordará lo más elemental sobre esta noción. Para ello, se retoma el concepto de buena muerte en comparación con una mala muerte de quienes defienden la idea de muerte digna como Boudewjin Chabot, lo que permitirá vislumbrar los componentes de la noción de muerte digna como son dignidad y autonomía.

Principalmente Chabot (2014) reconoce dos cuestiones sumamente importantes que atañen al ámbito bioético que son: la autonomía y la autodeterminación. Autonomía como la capacidad que tiene el ser humano de autogobernarse a través de su razón y valores. Y la autodeterminación como el resultado de una deliberación reflexionada y bien analizada de su situación particular con base en sus principios. Ahora bien, para estimar que una muerte pueda ser considerada buena, sostiene que debe ser: compasiva, que uno mismo pueda elegir las circunstancias en las que pueda sentirse lo más cómodo y reconfortado posible. También -de forma ideal- morir al final de una larga vida -ya sea por enfermedad que no degrade la idea de calidad de vida de la persona- o vejez y sin violencia, como fallecer tranquilamente en el hogar, rodeada/o por las personas amadas.

Lo que en contraste define como una mala muerte es el morir solo/a o rodeado/a por desconocidos, una muerte prematura, violenta, larga, desgastante y, en consecuencia, devastadora para toda/os. Si bien la muerte se da por lo general en contextos como enfermedad o vejez, se puede presentar en otros en los que no estén involucrados ninguno de los anteriores, no obstante, tanto la enfermedad como la vejez permiten de forma particular a la persona reflexionar la forma y manera en la que podría o quisiera morir (si esto es posible) y definir si una muerte es o será digna o indigna.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

De frente a lo anterior, es necesario destacar que a cada persona se le deben reconocer las capacidades para esclarecer sus decisiones y por lo tanto sus acciones. En el caso de decisiones al final de la vida, donde el ser humano se encuentra en una situación particular que por lo general lo aleja de una situación ideal para morir, se debe tener en consideración que es posible coincidir en que existen cánones para sostener que un tipo de muerte es más honrosa o menos denigrante que otra, por ejemplo, el estado de sufrimiento que se busca evitar, junto con el dolor constante y persistente que pueden generar ciertas enfermedades.

Además, en virtud del respeto a la persona, se debe asumir que posee los atributos para elegir la manera en la que afrontará la muerte, basándose en sus ideales, valores, principios, deseos, etc. Por lo tanto, definir la muerte digna es un tema que demanda la colaboración de diversas disciplinas, pues el concepto se integra por varios elementos que involucran desde el ámbito médico, individual y social. Sin embargo, a lo que se debería dar mayor importancia sería a poder sustentarse en los valores, deseos y necesidades propias de la persona y darles prioridad para así favorecer a que su muerte se de en las mejores condiciones posibles.

De ahí que, para que algo sea considerado digno, conlleva que estén involucrados los medios de los que una persona se puede hacer para que el proceso previo a morir y el momento de la muerte, manifieste la voluntad y deseos de cada persona. Por ejemplo, contar con un equipo de cuidados paliativos que pueda mitigar el dolor tanto físico como psíquico de la persona; dejar estipulado por escrito ciertas voluntades para asegurarse que en un momento de inconsciencia alguien pueda tomar decisiones basadas en lo que la persona hubiera querido si pudiera comunicarse; en algunos casos la muerte asistida, ya que permitiría una muerte eficaz, sin dolor, acompañada y vigilada por personal especialista en la materia, entre otros muchos elementos que se enlazan con las ideas y valores de cada sujeto.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En tanto que la muerte es algo que se puede considerar como buena o mala según las circunstancias biológicas, emocionales y biográficas de una persona en particular, la dignidad de la persona es algo que también entra en juego y, al ser la dignidad intrínseca al ser humano, se trata de un elemento que le da sustento al concepto de muerte digna porque considera a la dignidad como libertad y condición de fin en sí mismo. Algo constitutivo del ser humano y por lo cual es merecedor de respeto, cuidado y valoración.

Dignidad

Luego entonces, ¿qué es la dignidad de una persona? González Valenzuela reconoce que, si bien la dignidad tiene un lugar central en las discusiones éticas, no por lo mismo es un concepto con un significado claramente definido. Por lo que recuerda que, etimológicamente la palabra del latín *dignum, dignus* que en griego corresponde a *axios* (ἀξιος), que significa, valioso, apreciado, precioso, merecedor; da como resultado que la dignidad equivale a algo que merece honores y estima.

Pero, también menciona que las dos nociones que se identifican en las concepciones filosóficas de la ética y que conforman la idea que hasta el día de hoy se sostiene sobre la dignidad son: una proveniente del Renacimiento con Pico Della Mirandola en el texto *De hominis dignitate* (1488) en la que dignidad y libertad son equivalentes, en tanto la condición libre del ser humano define su propio ser y se da a sí mismo “un sitio en el mundo”. En esta noción, la libertad es la posibilidad dentro del proceso en el cual el ser humano elige el comportamiento y acciones que a la vez lo definirán.

Otra noción, se origina a partir de la Ilustración con Immanuel Kant donde concibe la dignidad como algo intrínseco al ser humano en tanto este es un fin en sí mismo que, contrario a

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

lo que se puede instrumentalizar o mercantilizar, el ser humano no puede ni debe ser utilizado como objeto o cosa que sirva a los fines de otros. Kant atribuye al ser humano una dignidad que radica en su naturaleza racional, pero que ésta se sostiene en la autonomía.

La dignidad significa el carácter de fin en sí mismo (y no de medio para otros fines), que conlleva todo hombre, su no instrumentalidad; aquella condición por la cual no puede considerarse medio, ni objeto, ni mercancía, ni cosa, al servicio de nada ni de nadie; su condición esencialmente libre y no esclavizable, no intercambiable (González, J.,2008 p. 277)

Lo que apunta a una definición de dignidad como valor intrínseco a todo ser humano, en tanto tal. De manera que la dignidad personal, sea lo que cada persona defenderá y valorará de sí misma y al mismo tiempo lo que debe reconocer y respetar en todos los demás seres humanos. Sin embargo, la dignidad se corresponde con otro valor que es la autonomía, este principio es fundamental para la bioética pues acorde con Juliana González (2008) reflexionando en torno al ensayo del filósofo Jorge Linares “La bioética desde la perspectiva filosófica” menciona que

[el debate bioético] sólo puede darse en sociedades democráticas y como forma, él mismo, de democratización; y a su vez la democracia no puede darse sino como un fortalecimiento de la autonomía, la de los individuos y la de las comunidades, aunque incluso, a su juicio, la de los individuos tiene prioridad sobre la de las comunidades, en tanto que éstas no pueden invalidar el derecho de los individuos a disentir. (González, p.32)

Si bien, se habla de términos polisémicos y la dignidad referirá tanto a lo que es intrínseco del ser humano, pero también a las preferencias de cada individuo, esta es relacional en medida que colinda con otros términos que tienen implicaciones éticas, filosóficas y políticas en tanto se trata de valores, ideales y virtudes que gravitan en torno a la idea central de la dignidad humana.

Es cierto que la bioética hace referencia a otros principios, como es el de autonomía, el de respeto, integridad; y hay quien cree incluso, que podría prescindirse del de dignidad porque queda incluido en el de autonomía, lo cual, a todas luces es forma muy precaria de atender al problema. A mi juicio, todos estos conceptos forman más bien una constelación, cada uno de los cuales se iluminan y

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

complementan entre sí, y si acaso, el que los vertebral a todos, es el concepto de dignidad, sobre todo si no se peca de amnesia filosófica de la tradición cultural de occidente. (González, J., 2005. pp. 55-56)

Autonomía

Si la noción de dignidad es el punto desde el cual gravitan otros valores y principios como el de la autonomía, se destaca que la autolegislación que tiene cada persona respecto a su modo de actuar y por tanto de ser, adquiere un significado moral en medida que el ser humano le otorga un valor y sentido a los imperativos que regulan su actuar. Donde

... quien decide siempre es el individuo, en su plena libertad individual. No cabe hablar de decisión, y menos aún de decisión ética, si no es acción de un sujeto libre, autónomo, en su plena individualidad y autonomía, de acuerdo con su propia conciencia: ésta es el sujeto mismo, el agente de la decisión (González, 2000, p.131.)

Por lo tanto, la autonomía constituye parte de lo humano, una dualidad con lo dado y lo que el ser humano asume. Donde se convierte en “creador” de las leyes que han de regir su comportamiento y vida. Lo que permite marcar una diferencia entre lo que elegimos y lo que nos obliga o estamos mandados a hacer, no es destino, sino una posibilidad de reflexionar gracias a nuestra capacidad racional, pero también de llevar a la acción decisiones que implican valores. En ese orden de ideas, la autonomía es algo que se obtiene al ejercer la libertad de forma responsable, lo que posibilita reconocer la capacidad de autogobierno, por lo que se asume que mientras una decisión no afecte a los demás debería ser respetada, basándose en el principio del daño.

Mas, al ser la autonomía algo dinámico y que se obtiene, esta puede verse disminuida. Se considera así principalmente en casos de menores de edad, adultos mayores y personas con ciertos padecimientos, donde dicha capacidad de toma de decisiones que le ayuda a ponderar aquello que más conviene a sus propios intereses, se ve afectada y, por lo tanto, la persona y sus intereses

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

merecen protección. En el caso de infantes presume que su autonomía se encuentra disminuida porque de forma biológica su capacidad de deliberación sobre sus objetivos personales y actuar en consecuencia se encuentra en desarrollo; en el caso de adultos mayores, sus circunstancias y quizá el deterioro propio de la edad impactan en la deliberación o pueden estar siendo coaccionados por otros.

Para el caso de personas con padecimientos se debe considerar que, aunque éstas tienen el derecho a tomar sus propias decisiones en cuestiones que solo conciernen a ellas y que le afecta solamente a ellas, se considera que si tiene un padecimiento, por ejemplo, físico o mental que les hace carecer de la capacidad ya sea parcial o total para la toma de decisiones como podría ser la demencia, lo que se denomina discapacidad intelectual moderada o severa o las personas que se encuentran en un estado cuya capacidad cognitiva se encuentra nublada por una crisis derivada de una enfermedad, deben ser protegidas y sus derechos velados por otros.

Lo anterior, puede dar paso a dos cuestiones diametralmente opuestas pero conectadas, una el cuidado y protección que se busca mantener hacia las personas y otra que puede tornarse en sobreprotección, el paternalismo y/o la infantilización de las personas respecto a su propio cuidado y beneficio, imposibilitando que se respete su autonomía y por lo tanto su dignidad, por pensar que, a las personas antes mencionada o bien les falta el conocimiento médico, técnico y especializado que tienen los profesionales de la salud y por eso son incapaces de tomar decisiones informadas sobre su propia atención en salud o, su capacidad cognitiva no les permite tomar las mejores decisiones respecto a sí mismas.

En ese sentido, se sostiene que los profesionales de la salud están obligados a actuar por el bien de sus pacientes, incluso si ello significa pasar por alto las decisiones de los sujetos, actuando

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

incluso en contra de lo que más les conviene o desean. Pero, habría que retomar consideraciones importantes al respecto, a menos que la persona carezca totalmente de capacidad, los familiares y el personal médico deben estar involucrados, pero no por ello, pasar por alto los deseos expresos de la persona.

Sin dejar de destacar que, en relación con la autonomía, se debe considerar tanto a quienes se les considera autónomos sin más, como a aquellos que tienen una autonomía parcial o totalmente disminuida, dado que todos merecen contar con las posibilidades (que inclusive disponga el Estado) para una muerte digna acorde con valores, creencias y sin tener que estar condicionados por los términos y nociones respecto al dolor y/o sufrimiento que tengan los demás (familiares, médicos, etc.).

Por último, es necesario reconocer que, cuando la decisión sea una cuestión de conciencia, y responsabilidad de la persona en su propia autonomía y libre albedrío, la decisión es ética, porque se realiza de acuerdo con dos recursos con que cuenta la vida moral: la razón, (racionalidad), y los valores y principios éticos (González, 2000). Empero, en tanto el diálogo no se abra, se puede imponer ideas respecto a cómo debe darse una muerte digna o cuándo se presenta como indigna.

En conclusión, dentro del espectro de cuestiones que atañen a la muerte digna en relación con otros valores, se reconoce los medios que pueden ser utilizadas y considerados para otorgarle o facilitarle a alguien una muerte digna. Como lo sería la muerte asistida, tema que se verá más adelante, con el cual se debe ser muy precavido ya que la imposición de posturas e ideologías evita que exista posibilidad de disenso y pluralidad respecto a lo que se considera una muerte digna, sin por ello descartar que se deban buscar acuerdos que sigan pugnando por el cuidado y protección de personas que sí pueden estar siendo coaccionadas.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Además, es importante visualizar con hechos (como se verá en el siguiente caso) que en efecto en nuestro tiempo nos podemos encontrar con personas adultas que deciden que no desean continuar viviendo, porque parte de lo que consideran digno es poder valerse por sí mismas, el poder tomar decisiones y contar con la tranquilidad que a muchas personas les otorga el saber que si en algún punto de su existencia requieren del apoyo para poder acceder a un medio que le proporcione una muerte pacífica, eficaz, indolora, no solo para su calma y tranquilidad, sino para la de sus seres queridos, este medio estará disponible y no le implicará problemas incluso legales y morales a sí misma o a sus allegados.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Caso: Marie (Moek) Heringa

En enero de 2013 Albert Heringa, oriundo de Bolduque, Países Bajos, fue acusado por el fiscal neerlandés de violar la prohibición de suicidio asistido que se encuentra estipulada en el artículo 293, subsección 1 y el artículo 294, subsección 2 del Código Penal neerlandés, al ayudar a su madre Marie Heringa (Moek) a morir. El caso se hizo público en el año 2010 tras la emisión del documental “El último deseo de Moek”, donde Albert videograbó y compartió el proceso y razones por las que asistió la muerte de su madre; lo que estimuló un gran debate en el país en torno al tema de la muerte asistida.

Al respecto, su hijo argumentaba que se vio obligado a realizar el suicidio asistido debido a una situación de emergencia en la que tuvo que elegir entre deberes e intereses mutuamente conflictivos. Los deberes eran: por un lado, cumplir con la ley que solo autoriza en casos específicos la muerte asistida por parte de un profesional de la salud; por otro, el deber moral y social de cuidar y ayudar a su madre Marie de 99 años quien había tomado la decisión de llevar a cabo su muerte autodirigida y digna, en casa y sin supervisión médica

Marie Heringa previamente había sido diagnosticada con insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, osteoporosis y degeneración muscular. Aunque no padecía una enfermedad grave o que pusiera en riesgo su vida, sostenía que quería solicitar la eutanasia ya que su vida estaba completa y no pretendía continuar viviendo más años. Su hijo Albert, aludía que su madre había sido firme y clara al respecto, su decisión fue voluntaria, bien considerada y persistente.

Muestra de ello fue que, en 2008 Marie le solicitó a Albert Heringa reunirse con su médico general para requerir la ayuda del profesional de la salud para morir por medio de la eutanasia. En

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

esa ocasión, Marie informó explícitamente a su médico de cabecera que se sentía cansada de vivir y valoraba su vida como completa. Después de la reunión para hacerle dicha solicitud, el médico determinó que no era candidata elegible para la muerte asistida, ya que el argumento de vida completa no se circunscribía dentro de los criterios para dar esa asistencia por parte del profesional de la salud.

Por esta razón, en junio de 2008, Marie insistía en querer poner fin a su vida, pero ya que no podía por sí sola reunir la medicación requerida para hacerlo de manera exitosa, y debido a que por su edad dependía del auxilio de los demás, fue que su hijo Albert decidió ayudarla proporcionándole una mezcla de tabletas de oxazepam, temazepam y cloroquina que ella misma ingirió. Años más tarde, en 2015, un tribunal de apelación de la ciudad de Arnhem decidió que Albert Heringa, quien ayudó en 2008 a su madre de 99 años a morir, no debía ser procesado, esto porque los jueces concluyeron que el hijo tuvo que escoger entre obedecer las leyes neerlandesas y el deber moral, no escrito, de ayudar a su madre a morir con dignidad.

Sin embargo, dicha batalla legal duró varios años, con diversas apelaciones de parte del hijo de Marie Heringa. En dos ocasiones Albert fue absuelto, pero el Tribunal Supremo envió nuevamente el caso a la Corte al sostener que la muerte asistida que no se lleva a cabo por un médico debe someterse a reglas muy estrictas. Al final, en el año 2018, Albert recibió la condena simbólica de seis meses de cárcel suspendida.

Empero, es indispensable llevar a cabo un breve análisis de las implicaciones legales del caso, ya que en Países Bajos la ayuda para morir fue reconocida por el Tribunal Supremo desde 1984 y despenalizada en 1994. Aunque la ley que regula la eutanasia entró en vigor en 2002, se sigue penalizando hasta con 12 años de cárcel si se vulneran los requisitos que ésta ha determinado.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Por lo cual, el Tribunal Supremo dictaminó que, en los Países Bajos, la muerte asistida por un médico (artículo 293, inciso 1 del Código Penal) y el suicidio asistido, no son punibles cuando los realiza un médico de acuerdo con los criterios de diligencia debida, según lo dispuesto en el artículo 2 de la Ley de Eutanasia que se muestra en la Figura 1.

(A)	(B)	(C)
<p style="text-align: center;">Dutch Euthanasia Act</p> <p>Article 2 1. The due care requirements, referred to in section 293, second paragraph of the Dutch Penal Code, imply that the physician:</p> <p>a. is convinced that the patient's request is voluntary and well-considered.</p> <p>b. is convinced that it concerns an unbearable suffering by the patient with no prospect of improvement.</p> <p>c. has informed the patient about the situation the latter is in and about his prospects.</p> <p>d. together with the patient is convinced that there is no reasonable other solution for the patient's situation.</p> <p>e. has consulted at least one other, independent physician who sees the patient and who issues a written opinion about the statutory due care criteria a-d prior to physicians' granting of the request.</p> <p>f. performs termination of life or euthanasia with due medical care.</p>	<p style="text-align: center;">Dutch Penal Code</p> <p>Article 40 A person who commits a crime he is forced into due to force majeure is not punishable.</p> <p>Article 293 1. A person who intentionally ends the life of another person at the latter's explicit and grave wish, is given a prison sentence of no more than twelve years or a fine of the fifth category.</p> <p>2. The crime referred to in paragraph 1 is not punishable if it is committed by a physician who acted in accordance with the statutory due care criteria laid down in Section 2 of the Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act or Euthanasia Act [Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding] and who has reported this act to the municipal pathologist in accordance with Section 7, subsection 2 of the Burial and Cremation Act [Wet op de lijkbezorging (Wlb)].</p> <p>Article 294 1. A person who intentionally incites another to commit suicide will, if the suicide is committed, be given a prison sentence of no more than three years or a fine of the fourth category.</p> <p>2. A person who intentionally performs assisted suicide or provides the means thereto will, if the suicide is committed, be given a prison sentence of no more than three years or a fine of the fourth category. Section 293, paragraph 2 applies by analogy.</p>	<p style="text-align: center;">European Convention on Human Rights</p> <p>Article 2 1. Everyone's right to life shall be protected by law. No one shall be deprived of his life intentionally save in the execution of a sentence of a court following his conviction of a crime for which this penalty is provided by law.</p> <p>2. Deprivation of life shall not be regarded as inflicted in contravention of this Article when it results from the use of force which is no more than absolutely necessary: (a) in defence of any person from unlawful violence; (b) in order to effect a lawful arrest or to prevent the escape of a person lawfully detained; (c) in action lawfully taken for the purpose of quelling a riot or insurrection.</p> <p>Article 8 1. Everyone has the right to respect for his private and family life, his home and his correspondence.</p> <p>2. There shall be no interference by a public authority with the exercise of this right except such as is in accordance with the law and is necessary in a democratic society in the interests of national security, public safety or the economic well-being of the country, for the prevention of disorder or crime, for the protection of health or morals, or for the protection of the rights and freedoms of others.</p>

Figure 1. Applicable laws and regulations of the (A) Dutch Euthanasia act; (B) Dutch penal code; (C) European Convention on Human Rights.

Nota. Tomado de “From Reciprocity to Autonomy in Physician-Assisted Death: An Ethical Analysis of the Dutch Supreme Court Falling in the Albert Heringa Case” (p. 52), por B. W. Florijn, 2022, *The American Journal of Bioethics*, 22(2)

Debido a ello, la muerte asistida por un médico solo está permitida en las condiciones especificadas en el artículo 293 inciso 2 del Código Penal. De esta manera, al realizar la muerte asistida, los médicos recurren a un concepto jurídico nombrado “fuerza mayor”, basado en una situación de emergencia provocada por un conflicto de deberes: el deber del médico de proteger la vida y el deber de aliviar el sufrimiento de su paciente. Este concepto significa un evento o circunstancia extraordinaria que impide al médico cumplir con una obligación habitual (Kious y Battin, 2022).

De modo que, es crucial atender los criterios de la ley de la muerte asistida para valorar que no se ha incurrido en un delito y asegurar que las condiciones de “fuerza mayor” se cumplan. En

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

ese marco, los médicos que brindan ayuda para morir deben demostrar que han evaluado detenidamente la solicitud del paciente, la gravedad de su sufrimiento y si ha sido una solicitud bien considerada por parte del mismo. En concreto, los criterios estipulados que se deben seguir y respetar para considerar que han sido bien observados, son los siguientes:

- 1.- la solicitud es bien considerada y voluntaria,
- 2.- el paciente sufre insoportablemente sin ninguna perspectiva de mejora,
- 3.- el paciente está informado sobre su situación y perspectivas,
- 4.- no existen alternativas razonables para aliviar el sufrimiento,
- 5.- el médico tratante debe consultar a un médico independiente para evaluar los criterios uno a cuatro, antes de que los médicos concedan la solicitud,
- 6.- se realiza la eutanasia con el debido cuidado y atención médica.

Basándose en el “Modelo deliberativo”⁷ donde el médico y el paciente entablan un diálogo para determinar qué curso de acción tomar en cada caso (Florijn, 2022), la Corte Suprema argumentó que una relación médico-paciente vital y recíproca constituye una justificada defensa a favor de una mayor autodeterminación en la muerte asistida por un médico. Por lo que se considera una forma de atención a la cual deben apegarse los médicos al momento de atender a sus pacientes.

Por otro lado, otra de las cuestiones que se tomaba en consideración y al que se apelaba en el caso Heringa era el derecho al respeto de la vida privada y familiar, promovido en el artículo 8

⁷ El modelo deliberativo es uno de los modelos que atiende los conflictos que surgen entre la autonomía y valores del paciente, pero también los valores del médico. Este modelo toma en consideración las expectativas, tanto del médico y del paciente, como criterios éticos y legales para una relación médico-paciente ideal. En ese sentido, en el modelo deliberativo, el médico por medio de ofrecer información veraz, pero también de una escucha activa, ayuda al paciente a determinar y elegir de entre sus valores relacionados con su salud, aquellos que sirvan como fundamento para tomar la decisión más adecuada dentro de las alternativas posibles. Lo anterior, por medio de un diálogo respetuoso y de consideraciones mutuas sin coacción; la labor del médico es trabajar conjuntamente para dar información científica-técnica de su disciplina, pero a la vez, establecer una relación que respete la dignidad y valores del paciente y que vía el diálogo se concrete una decisión que se adecúe a un sistema de valores en juego.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

del Convenio Europeo de Derechos Humanos. No obstante, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) decidió que la protección de la vida, contenida en el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos no puede “interpretarse como que confiere el derecho diametralmente opuesto, a saber, el derecho a morir; ni puede crear un derecho a la autodeterminación en el sentido de conferir a un individuo el derecho a elegir la muerte en lugar de la vida” (Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2002).

De igual manera, existen elementos importantes que el Tribunal de Distrito neerlandés (2013) expresó al tratar el caso. Primero, para que un “no médico” pueda invocar “la fuerza mayor”, “debe referirse a un acto que se deriva de una angustia específica existente, que es adecuado para poner fin a esa angustia (el conflicto de intereses) y que cumple los requisitos de proporcionalidad y subsidiariedad”.

Segundo, declaró que no existía un impulso externo al que Albert no debiera razonablemente haberse resistido, puesto que había asumido erróneamente que, ya que el médico de cabecera no estaba dispuesto a realizar la muerte asistida, no pudiera haber buscado y encontrado un médico que estuviera dispuesto a hacerlo (Florijn, 2022). De este modo, se arguyó que no existía una situación de emergencia y, por lo tanto, se esperaba un equilibrio cuidadoso de los intereses en el conflicto de deberes de Albert, ya que no era médico, no tenía experiencia en la administración de medicamentos letales y no estaba capacitado para enfrentarse a posibles complicaciones (Florijn, 2022).

Asimismo, la figura jurídica a la que apeló el hijo de Moek estaba siendo utilizada fuera del contexto médico y, al parecer, sin agotar todas las posibilidades de apoyo por parte de otro médico. Cuestión que también resultaba complicada ya que los criterios para la muerte médicamente

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

asistida no incluían la asistencia de un adulto mayor que no padeciera una enfermedad grave sin perspectiva de mejora y un sufrimiento insoportable derivado de la misma.

Pese a lo anterior, desde una perspectiva ética, Albert intentaba demostrar que estaba moralmente obligado a ayudar a su madre. En una entrevista para una televisora declaró: “No me siento culpable. No me arrepiento de lo que pasó. Si la justicia decide ahora que soy culpable, para mí no es muy relevante. Creo que sería importante para la sociedad, no para mí” (Agencia EFE, 2018, 0m 17s). Ya que él descubrió que su madre estaba tan decidida a terminar con su vida, que tenía acumulada una dosis de medicamentos y esto lo motivó a no dejarla sola en esa decisión.

En consecuencia, en un caso como el de este tipo, el acceso a la asistencia para morir limita el derecho a la autodeterminación de adultos mayores sin padecimientos incurables, porque la legislación, en Países Bajos, contempla que solo debe darse el apoyo en casos de sufrimiento intolerable por una condición médica que no puede curarse. Es decir, la toma de decisiones con apoyo y asistencia para elegir terminar la vida, en esos años y hasta el momento -en ese país- solo se da en el contexto médico. Por lo cual, puede vislumbrarse el poco entendimiento y empatía que se tiene o asume con las personas adultas mayores que desean morir, pero que no padecen una enfermedad terminal.

Además, se continúa apelando al sufrimiento enraizado en una condición médica como criterio para la muerte asistida donde, antes que todo, el médico desde una posición y perspectiva paternalista debe agotar todas las posibilidades de mejora de la enfermedad de su paciente. De ahí que, esta forma de discernir y legislar deja fuera de esa posibilidad a adultos mayores que consideran que su vida está completa o sienten cansancio existencial, sin tomar en consideración que el sufrimiento podría ser de tipo físico, emocional, espiritual y existencial (Nayyar et al., 2019).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

De la misma manera, se podría entender que, en caso de que se autorizara a adultos mayores con “vida completa” o “cansancio vital” la asistencia para morir, se daría con base en un modelo de elegibilidad que estaría juzgando los problemas existenciales de un adulto mayor, donde se deba convencer a otros que las razones que se tienen pueden justificar la asistencia de su muerte, para que ésta sea eficaz, indolora y rápida. Así como suponer que una evaluación de la capacidad cognitiva sea un indicador realmente efectivo para este sector de la población.

En conclusión, el gran debate que se suscitó a partir del conocimiento de este hecho se dio porque se trataba de pensar en la posibilidad de la muerte asistida en casos que no tienen fundamento en condiciones que correspondan o puedan atenderse y/o curarse mediante tratamientos o terapias. Por lo que entra en cuestión, en primera instancia, si en opinión de tribunales y profesionales de la salud que son quienes pueden estipular cuándo sí y cuándo no se da la asistencia, la autonomía de un adulto mayor que se considera satisfecho con su vida y desea terminarla antes de ser completamente dependiente, sería una justificación suficiente para la asistencia médica.

En este caso, el cual se trata de una persona de 99 años que considera que su vida está “completa”, o que se encuentra “cansada de vivir”, en ausencia de una enfermedad grave o que suponga un peligro para su vida, existe otro elemento que no se debe desestimar, y es el sufrimiento; porque si bien Marie (Moek) no sufría por una enfermedad grave, no se podría suponer que el pedido de ayuda a morir no implicara prevenir un sufrimiento incompatible con su proyecto e idea de vida y muerte digna.

La visión occidentalizada que dicotomiza mente y cuerpo insiste en fisicalizar el sufrimiento y no considerar que existencialmente también se puede estar sufriendo. Por lo cual, si

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

se va a atender el sufrimiento de las personas que padecen una enfermedad terminal, ¿por qué excluir a adultos mayores que puedan sufrir por el temor a ver su autonomía disminuida? Estableciendo que es una decisión voluntaria al pensar y reflexionar en la vida que no se quisiera vivir.

Desde la perspectiva del adulto mayor, cabría reflexionar en torno a que encuentra su motivación en cuestiones como que en el futuro deba depender de otros; querer evitar convertirse en una carga para sus seres queridos; el cansancio físico que conlleva la edad o el miedo y repulsa de llegar a un punto donde sea incapaz de comunicar sus deseos y se torne vulnerable o, por el contrario, simplemente puede considerar que ha hecho todo lo que tenía planeado y su proyecto de vida ha concluido y desea darse un buen final.

Derivado de este caso es importante formular la siguiente pregunta: ¿El derecho a una muerte digna debe existir o efectuarse únicamente en el contexto médico? Y si no es así ¿podría un “no médico” ayudar a morir a un familiar, amigo, etc.? Hasta el día de hoy continúan existiendo múltiples cuestiones dilemáticas donde es difícil lograr un consenso que permita que adultos mayores puedan solicitar ayuda para terminar con su vida cuando se sienten cansados de vivir o están satisfechos con lo que han logrado a lo largo de años y consideran que su momento de morir ha llegado, ya que es habitual especular que al ser adultos mayores pueden estar siendo coaccionados por familiares, sentirse solos o padecer depresión.

Lo que se ha logrado hasta el momento con las legislaciones que regulan la muerte asistida por un médico es crear límites que podemos considerar arbitrarios. Pero que intentan proporcionar la certeza de que tanto los médicos como las personas vulnerables estén protegidos ante la ley. Si bien esta práctica surgió en el contexto médico con la intención de atender nuevas necesidades que

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

surgen a partir del desarrollo de la tecnología y la ciencia que posibilita prolongar la vida, no significa que también la calidad de ésta vaya en incremento o el deseo mismo de continuar viviendo.

En este orden de ideas, resulta complicado decidir por el otro cuándo es un “buen” momento para morir o cuándo sí se le puede ayudar a morir. Por lo mismo, cuando se trata de legislar se disponen límites que dejan siempre a alguien fuera. El deliberar quién puede morir con asistencia y quién no, resulta una tarea difícil para los encargados de legislar y los profesionales de la salud, por lo que los movimientos que defienden el “Derecho a morir dignamente”, pueden evocar la controversia que surgió en los 90’s cuando se publicó el libro *Final Exit* (1991), escrito por Derek Humphry, en el cual se proporcionaba una serie de datos para que las personas adultas que se encontraban sufriendo por una enfermedad y no se ciñeran a los criterios para una muerte asistida en el contexto médico, o en su país no existiera ese derecho, pudieran por sí mismas terminar con su vida de forma pacífica, indolora y eficaz.

Bajo esta lógica y estos hechos, habría que examinar si es deseable orientar el camino a que exista el derecho a decidir terminar la vida por motivos como los antes mencionados -dentro del contexto de atención médica- con parámetros que permitan analizar la decisión del sujeto y apoyarlo, o sí más bien, de forma opuesta se debe enfocar a un modelo no medicalizado. Ya que un gran problema existente es, aunque terminar con la propia vida no está penalizado, sí está tipificado como delito el asistir el suicidio, lo que responde a cuestiones sobre los límites de los derechos individuales y sobre la decisión de la propia existencia. Pero, de forma crucial se busca cuidar que estas prácticas no lleven a personas vulnerables y vulneradas a cometer este acto sin tener previamente una reflexión profunda sobre las razones por las que desea poner fin a su vida.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En otras palabras, que el ámbito médico esté involucrado permite, por una parte, asegurarse que las personas no están siendo coaccionadas para terminar con su vida, pero, al mismo tiempo limita el acceso a quienes no se adhieren a sus criterios (de enfermedades somáticas graves, incurables y que representen un dolor intolerable) aun cuando no están siendo coaccionadas. Lo que tiene como consecuencia que no pueden tener derecho a una muerte pacífica, indolora y eficaz y que de forma muy probable o actúen en la clandestinidad o, en el intento, el daño sea mayor, pues el desconocimiento sobre barbitúricos -como en este caso- o el método que se utilice puede provocar un fallo y por lo tanto un mal mayor.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Tercer Capítulo. Cuestionar El Suicidio Racional

[...] contemplamos los suicidios no desde el umbral de la muerte, donde se encuentran quienes la buscaron de modo voluntario, sino desde el de la vida, donde nos hallamos.
(Bauzá, 2018)

El presente capítulo procura dar espacio a cuestionar los criterios que constituyen la noción de suicidio racional. La cuestión gira en torno a revisar si, la intención de pensar que el suicidio racional puede ser un acto apreciado desde una perspectiva tolerante y comprensiva y que no sea juzgado tan severamente, no aporta más a la estigmatización en tanto que dentro de sus propios criterios está segregando al principal sector de la sociedad al que más impacta el tema del suicidio. Con el objetivo de identificar si, la racionalidad asumida y que no empata con el arquetipo de enfermedad mental, por el contrario, amplía la convicción de que solo si se padece una enfermedad física incurable es meritorio considerar que el acto pueda ser sensato y defendible para así luchar - de manera preponderante en esos casos- por la existencia de un derecho a morir sin dolor, de manera eficaz y con la posibilidad de hacerlo en un entorno pacífico.

Si bien es importante reconocer que el concepto de suicidio racional permite repensar la postura que ha legado nuestra sociedad- adquirida gracias a, primero un fuerte estigma y después a temer lo desconocido, lo que escapa a la lógica vital y se convierte en inefabilidad, el momento de morir- no basta con ello si se pretende desvincularse de los estigmas que cubren el asunto del suicidio y en particular la relación tergiversada que tiene con la salud mental, puesto que no se trata de desligar la salud mental y las decisiones voluntarias de morir, sino de pensar que en el caso de personas con algún padecimiento mental, es una cuestión vital la que podría llevar a tomar una decisión de tal índole y que se encuentra dentro del marco de referencias simbólicas, conceptuales, epistemológicas, etc. de la persona que actúa y que estas deben de ser tomadas en consideración.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Pero, también es necesario reflexionar sobre la consideración asidua de que las personas con condiciones mentales diversas no poseen en ningún momento la capacidad de tomar una decisión tan importante como es terminar con su propia vida, ya que se estaría asumiendo una postura que patologiza la diversidad al adherirse a un modelo que dicotomiza mente y cuerpo. Considerando que, cuando la categoría de suicidio racional es adaptable a personas que viven con una enfermedad somática, pero no a quienes viven con una enfermedad mental ese paradigma genera un problema de ambigüedad, ya que no está aceptando que ambos son estados vitales en los que convergen en una sola experiencia afectaciones distintas de las que el ser humano puede tomar conciencia, y de la que es posible percibir un sufrimiento ocasionado por ese mismo estado vital.

En cambio, desde una perspectiva tolerante que considera a ambos casos como un estado vital, es posible preguntar, si no es que estas personas preferirían terminar con su vida sin tener que recurrir a medios violentos, en compañía, encontrar el espacio para hablarlo y reconocer si es posible cambiar de opinión y no tener que adelantar la decisión porque se vive bajo un gran estigma y rechazo. Con lo anterior, no se busca descuidar la salud mental y desestimar el trabajo de prevención o ignorar las altas cifras de suicidio que indican que el tema sea un problema de salud.

Más bien, se intenta repensar la actitud que se adopta ante la decisión de los otros de morir, repensar ¿qué le corresponde hacer a los médicos, a los psicólogos, psiquiatras y a la sociedad en general ante las personas que sí plantean y planean su muerte aun cuando tienen un diagnóstico de enfermedad mental o ningún otro padecimiento más que la certeza de no querer vivir más años? ¿Cómo no perpetuar el estigma y qué elementos sirven y cuáles no para adoptar una postura y visión distinta ante el tema del suicido racional y el suicidio en general?

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Así pues, es indispensable reconocer que las causas son multifactoriales y no es suficiente con los discursos validados socialmente que asumen que los suicidios se reducen a un fallo en la red de neurotransmisores y que están directamente vinculados a la destructividad; porque la pregunta de si continuar viviendo vale la pena, se debe contestar únicamente por la persona quien es la que define si está viviendo bien o mal. Pero, sin dejar de atender la cuestión de la cultura y las respectivas visiones sobre la muerte, ya que así es como se comprende que existen muertes que se validan a través de conceptos, en tanto se toman en consideración factores como: edad, daños, si existen antecedentes de padecimiento físico o psicológico, el contexto familiar y social, entre otros.

Indiscutiblemente, se debe hacer una revisión para determinar si no se genera mayor discriminación al no incluir en el discurso del suicidio racional a las personas que padecen enfermedades mentales que no tienen cura y el impacto que esta visión tiene en los discursos contra los que se enfrentan quienes buscan que las personas que viven con un padecimiento mental puedan – en algún momento si es posible- contar con información para que si se toma la decisión de morir, no se continúe presentando en circunstancias realmente indignas o con la ayuda suficiente para que esa decisión pueda ser reconsiderada y por lo mismo ya no sea una opción para la persona en cuestión. De tal forma que, para comenzar a vislumbrar la ruta que ayude a contestar las interrogantes que han surgido, se analizarán los términos que originan ciertas narrativas, así como los criterios propuestos por Margaret Pabst Battin para aducir que un suicidio es racional.

Narrativa Excluyente

El lenguaje, como se esbozaba en el primer capítulo, es importante para escudriñar en los discursos predominantes que discriminan y segregan. Al respecto, es indispensable recordar que, la palabra “suicidarse” en la definición dada por la Real Academia Española en su vigesimotercera edición,

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

refiere a una muerte voluntaria, es decir, a causar deliberadamente la propia muerte. No obstante, en el uso cotidiano, la palabra *suicidio* contiene una carga social, porque no solo se describe la manera de morir, sino además se encuentra implícita la condena a dicha acción ya que, el sufijo *-icidio-* como lo menciona Szasz (2002) refiere a un acto reprobatorio, un suceso no deseado.

Mientras que en nuestro idioma castellano existe la palabra suicidio como la forma de nombrar la muerte que uno se provoca *por mano propia*, si se está de acuerdo, se justifica o comprende el motivo por el que alguien decide suicidarse, se valora como racional y se le añade ese adjetivo. El cual confiere al ser humano de manera tácita la capacidad de dominio de sí mismo; en cambio, si no se encuentra justificación y se reprueba el hecho de que alguien termine con su vida, el acto podría estimarse de irracional o patológico.

Lo anterior, nos dirige a otro problema- que ya se apuntaba en el capítulo previo- si decidir cuándo morir es un asunto que tiene que ver con lo más propio del ser humano, tendría que existir la posibilidad de comunicar a los otros cuando se quiere y pretende terminar con la propia vida. Empero, no es un tópico aceptable, ni común; en consecuencia, la apertura al tema requiere de cuidarse del propio espanto y miedo ante la muerte, buscar e intentar abrir el diálogo para comprender la situación e identificar si es posible hacer algo que permita ayudar a la persona, con la posibilidad de que esta cambie de opinión.

Como resultado, al adjetivar el suicidio como racional se puede, en primera instancia, comprender la pretensión de romper con la idea de que todos los suicidios deban ser prevenidos o que las razones por las que se comete se deriven de una enfermedad mental, de la impulsividad o falta de reflexión. Igualmente, crear una diferencia que permita remarcar que existen suicidios que

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

socialmente pueden tener consideraciones distintas y no merecen ser personas a las que por un intento fallido se les prive de la libertad.

No obstante, se hace el énfasis para diferenciarse de “los otros”, lo que de cierta manera fomenta que el estigma se perpetúe y se continúe segregando a las personas que tienen un padecimiento mental. Por ende, desde esta perspectiva que puede ser loable, no se aporta un beneficio para la problemática de la salud mental, que es uno de los temas que entran en juego, porque se continúa aceptando -desde una visión paternalista- que ningún suicidio que sea llevado a cabo por alguien que tiene un diagnóstico de trastorno mental, sea racional. Esto es así, en tanto se les concibe como carentes de capacidad para tomar decisiones. Pese a que muchas de estas personas poseen la capacidad mental para tomar una decisión racional, que circunscribe la capacidad de percibir, apreciar todos los hechos relevantes y llegar a un juicio racional sobre ellos (Giwa, 2019).

Por lo que, es interesante notar que cuando se hace referencia al suicidio racional se considera que las personas que tienen trastornos mentales no pueden pertenecer a dicha categoría, esto sin hacer antes un análisis exhaustivo. Por ello, es necesario remarcar que dentro de la categorización de pacientes psiquiátricos existen diferentes tipos de trastornos, algunos de ellos como las psicosis o depresiones graves afectan el funcionamiento y la capacidad mental de las personas (Álvarez del Río, 2005) donde, aunque su perspectiva pueda estar afectada en un grado, no implica que cuando no se encuentre en un estado de crisis, le sea imposible reconocer el daño que tal estado le ha provocado o le puede provocar a su vida.

Si no se tuviera una sobreestimación de la racionalidad, lo que se tomaría en cuenta sería la capacidad o la posibilidad de sufrir del ser vivo y se tendría como imperativo atender el sufrimiento

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

de todas las personas. Ahora, debido a que no es así y la misma complejidad del tema, se tiene una ponderación mayor por defender - y si es posible ayudar- a alguien que decide terminar con su vida a causa de un padecimiento físico terminal, en cambio, concebir que un padecimiento mental sea la razón para terminar con la propia vida es más difícil de asumir, esto como consecuencia de la ambigüedad que se crea entre el agente que actúa y el origen de la enfermedad.

Y aunque ambos sufrimientos son válidos, uno de los objetivos de la medicina, como se reconoce en el informe *Los Fines de la Medicina* publicado en 1996 por un grupo de investigadores del Hasting Center, es evitar la muerte prematura y procurar una muerte en paz. Porque, para el ámbito de la salud, lo fundamental es reconocer que sí existen suicidios que deben ser prevenibles, como son aquellos que responden a causas externas modificables. Por lo cual, más que pensar en la capacidad del sujeto, se debería plantear si es posible hacer tal cambio en la perspectiva o vida de la persona, de tal forma que el suicidio se vuelva una posibilidad que no valga la pena

Criterios de Racionalidad

En el segundo capítulo se retomaron algunas de las nociones que existen respecto del suicidio racional. Esto, por un lado, implica reconocer la diferenciación de la manera, los motivos y razones por las que alguien decide suicidarse, por lo que, de forma laxa se tiende a diferenciar el suicidio en dos categorías; una como ya se mencionó sería el suicidio racional y otra, en la cual se hace énfasis de la prevención y no se concibe una categoría concreta, al menos no una categoría que pueda adjetivarse o percibirse de modo positivo, como lo es determinar que una acción tan definitiva pueda ser juzgada como racional.

Por otro lado, como se ha remarcado de manera constante, en cuanto a las personas en las que se piensa y refiere actualmente cuando se hace alusión a un suicidio racional, los textos que

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

abordan este tópico mencionan que, en nuestra época derivado de los cambios y transformaciones suscitados por la ciencia y tecnología en los ámbitos de la salud, se considera que se lleva a cabo un suicidio racional cuando lo cometen personas enfermas terminales o con padecimientos sin perspectiva de mejora, así como adultos mayores no coaccionados (Salas, 2021; Álvarez del Río 2021; McCue, R. y Balasubramaniam, M 2017).

Y, si bien el espectro del suicidio, entendido como una muerte voluntaria y por tanto como una elección intrínseca a la existencia humana (Szasz, 2002), en general, va desde percibirlo como un acto moralmente malo, hasta pensarlo como un asunto de derechos humanos básico (Pabst, 2015), esto indica que constantemente el tema se mueve en un ámbito de lo individual como lo social. Por esta razón, en este contexto, se entiende por acción racional aquel acto derivado de la toma de decisión de una persona madura, y que es posible convenir en que su acto tiene sustento en su autonomía, valores, estilo de vida, situación presente o preocupación futura. Y en el ámbito de lo social, los demás distinguen en su acto una consecuencia lógica y congruente, por lo cual, respetan la decisión e inclusive en algunos casos la apoyan.

No obstante, como lo destaca Margaret Pabst en *The Ethics of Suicide* al revisar el tema del suicidio en diversas culturas y tradiciones, y propiamente el papel que desempeña la persona en su propia muerte, es posible ver el problema desde una multidimensionalidad y no únicamente como un asunto o resultado de un padecimiento mental al que comúnmente se hace referencia o se evoca de forma casi automática cuando se menciona la palabra suicidio.

La idea que sostiene la autora en este texto es que el espectro de puntos de vista sobre la ética de acabar con la propia vida tiene su raíz en las prácticas modernas de cómo morimos y que a menudo están superpuestas. Ella identifica seis: suicidio asistido por un médico en una

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

enfermedad terminal; huelgas de hambre y suicidios de protesta social; autosacrificio y martirio; prácticas religiosas y rituales que conducen a la muerte; suicidios de honor o lealtad y atentados suicidas (Pabst, 2015). Al identificar las formas en las que se muere de manera deliberada, comprende que el suicidio no siempre se presenta como una tragedia prevenible o como un acto que daña, en consecuencia, reitera la conveniencia de retomar la reflexión respecto a este tema.

Entonces, llevar a cabo una reflexión en torno al suicidio y en específico el suicidio racional, implica tomar en consideración elementos filosóficos, como el reconocer que la persona posee y asume la posibilidad e interés de hacerse la pregunta que Camus consideró en su ensayo *El mito de Sísifo* por antonomasia la más intrínseca al ser humano, cuestionarse por el sentido de la existencia y reconocer si vale la pena o no vivir. En este sentido, debemos reconocer que la forma en la que se hace frente a la vida incluye, para algunos, la forma en la que morirán, es decir, si aceptamos que el sentido se lo da de manera individual cada ser humano, pese a que la vida es un constante hacer absurdo -como la labor conferida a Sísifo- actuar en consecuencia responde a la multidimensionalidad del ser humano que no en todo momento está llevando a cabo procesos racionales para vivir.

Por otro lado, es indispensable aceptar, como lo apunta la misma autora en *Ethical Issues in Suicide* (1982) al abordar el tema del suicidio racional, que a pesar de que ninguno de nuestros actos sea enteramente racional -porque no estamos del todo libres de la emoción, coerción circunstancial u otros componentes- podemos distinguir entre “las cosas que elegimos hacer racionalmente, o las que es racional que hagamos, y los actos alternativos que podrían hacerse de la misma circunstancia, pero no son actos racionales.” (p.131).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Por lo que ofrece cinco criterios -no obstante, los criterios para el suicidio racional en sí no explican por qué la exclusión de personas con enfermedades mentales- que validarán el acto del suicidio como racional. Dichos criterios son:

- Capacidad de razonar
- Visión realista del mundo
- La adecuación de la información
- Prevención del daño
- Conformidad con intereses fundamentales (Pabst, 1982, p. 132)

Por *capacidad de razonar* entiende dos cosas: una, que las conclusiones parten de una forma lógica coherente, es decir, no se cometen errores en la estructura y curso de las premisas que sirven para el razonamiento; dos, la persona puede advertir las consecuencias de las posiciones que adopte o de las acciones que planea realizar. Uno de los ejemplos que utiliza para clarificar este punto son las notas que dejan las personas que se suicidan, donde se refleja -de manera escrita- si la persona podía o no notar y diferenciar tanto las consecuencias lógicas como causales de su acto.

Como lo es tener certeza de que, para la persona que se suicida, no habrá más que la muerte, y que no poseerá interacciones con sus seres queridos una vez cometido el acto, es decir, no existirá la posibilidad de resucitar o despertar como si se tratara de un sueño. La importancia de reconocer que una persona no está romantizando la muerte, busca vengarse o no comprende que estará muerto, son los indicadores que Pabst retoma en el criterio de capacidad de razonar, que, a su vez requiere de los demás criterios para reforzarse.

El siguiente criterio que es, una *visión realista del mundo* apunta a que, si una persona se suicida pensando que al aventarse por una ventana tendrá la facultad de volar, ya es un claro

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

ejemplo que evidencia una creencia falsa y sin sustento. Sin embargo, en este punto se entra en conflicto porque, si bien se puede desear terminar con la vida pensando que existe algo más allá de la muerte y que se sustenta en algo metafísico, no puede ser considerado irracional, porque tiene un sustento en un contexto específico, como la religión o cultura.

El tercer punto, *adecuación de la información*, resulta aún más controversial porque cómo saber que siempre se cuenta con la información completa y adecuada. Para ilustrar este criterio retomo el texto de Marta Lamas *El regalo de la suicida* (2021) donde narra por medio de epístolas y datos biográficos, el contexto en el que Virginia Woolf decide suicidarse. Virginia contaba con un historial de depresiones, intentos de suicidio y aunque su padecimiento en ese entonces estaba “controlado” por medio de fármacos, ella y su marido Leonard Woolf identificaban que los síntomas se iban agravando con el tiempo, con todo, hay que tener presente que era una época donde la psiquiatría era limitada.

Entonces, al reconocer Virginia que su estado no tendría mejora y se estaba tornando una “carga” para sí misma y para su esposo, decide dejarle una nota a Leonard antes de ir al río Ouse a suicidarse. Lamas (2021), afirma que “El suicidio de Virginia fue el regalo que le permitió no solo trabajar mejor, como ella misma pronosticó, sino que le hizo justicia al regalarle la compañía amorosa de Trekkie durante los cinco lustros finales de su vida.” (p. 52) por lo que deja ver entre líneas que Virginia le da el regalo de la libertad a Leonard al liberarlo de la “carga” de vivir con una persona que hasta ese momento no tiene cura, pero también es posible pensar que ella se estaba liberando de un mal que día a día mermaba su vida y el goce de la misma.

Con lo anterior, se pretende señalar el problema del tercer criterio; si para indicar que algo es racional debemos contar con toda la información, nos hará falta tomar en consideración lo que

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

los demás piensan y sienten, pero también saber si en ese momento exacto no se está tomando una decisión por la falta de conocimiento en el área de la salud que implica ignorar el padecimiento exacto o qué causa tal estado de desazón, como la depresión. Y, aun así, no todas las predicciones que tiene una persona deprimida son irracionales.

Como sería el caso que plantea Pabst, de una persona que adolece de Parkinson, que se encuentra deprimida y percibe su futuro sombrío, y en efecto, ese futuro se presenta como real, ya que el Parkinson puede llevar a una persona a la incapacidad total. Por lo tanto, aunque la persona puede estar distorsionando la información, no significa que no puede tener una visión adecuada de lo que muy probablemente le depara el futuro. Entonces, Pabst (1982) apunta que “el suicidio racional debe calcular cuan dañino será para [la persona] si las cosas se ponen mal. [...] y si este riesgo es compensado por la posibilidad de mejores resultados.” (p.141)

El cuarto criterio, referente a la *prevención del daño*, dependerá de la persona, ya que si considera que la muerte es el peor mal o que el sufrimiento lo es, buscar la opción que contravenga sus pensamientos será irracional, ¿qué quiere decirse con esto? si la vida es un bien y se considera que se debe preservar pese a todo, se actúa de manera congruente; pero, si se piensa que la vida tiene valor en sí misma, no obstante mantenerla incluye dolor y sufrimiento que impida verla como un bien y se decide ponerle fin, también sería congruente con la idea y visión de alguien más. En este punto podemos tomar como ejemplo el caso de Lucio Anneo Séneca, quien decide terminar con su vida al reconocer que continuar con ella sería vivir bajo el yugo de un tirano o que alguien más pudiera matarle⁸. En ese orden de ideas “si es racional evitar el daño, entonces, a veces es racional evitar la vida” (Pabst, 1982, p. 143)

⁸ El filósofo cuya carrera política fue importante, decidió cortarse las venas y acelerar el proceso al meterse en agua caliente, ya que su antiguo discípulo, el emperador Nerón, consideraba que Séneca estaba implicado en un complot

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Desde la perspectiva estoica, los motivos que legitiman el suicidio no son únicamente el dolor intenso o -como lo vivimos en la actualidad- por una enfermedad terminal. Aunque en esta escuela helénica se cultivaban y formaban con la finalidad de enfrentar el dolor, el predominio de sufrimiento físico o emocional legitimaba y era una razón para el suicidio. Ya que, en esos casos como indica Linares (2021) “el acto de darse muerte tiene sentido para evitar otro tipo de muerte atroz, indigna, cruel. Porque es mejor arrebatarse al otro la decisión que me condena a morir, la resolución de mi muerte, para convertirla en *mi* voluntad.” (p. 293).

Por último, en el quinto criterio *conformidad con intereses fundamentales*, vale recordar lo que Pabst constantemente menciona a lo largo del libro *Ethical Issues in Suicide*; que un acto sea racional no implica que sea moral. Ahora bien, con la finalidad de clarificar el último criterio, se puede reflexionar en torno al apartado antes expuesto del caso de Marie Heringa. Cuando la mujer de 99 años decide que no quiere vivir más tiempo porque sus intereses o proyectos centrales pudieron haber culminado o verse frustrados por las limitaciones físicas y mentales propias de la edad y que llevaría a cabo tal acto, aun cuando pudiera tomarle mucho tiempo, ya que se le negó la asistencia a morir por parte de su médico de cabecera.

Es posible reconocer que “el suicidio también puede ser racional si es el único medio efectivo por el cual uno puede evitar el cambio en los fines que uno tiene, incluso si esos fines fueran cambiados por uno mismo.” (Pabst, 1982, p. 148). En esta lógica, Marie se basaba en sus intereses fundamentales para satisfacer su último deseo, que era poder decidir cómo y cuándo morir.

contra él. Por esa razón, optó por terminar con su vida de manera honrosa., al saber que, si no terminaba con su vida por mano propia, alguien más lo haría o viviría domeñado por un dictador.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Ahora bien, para completar la información respecto de los criterios que se consideran al precisar que un suicidio es racional, Pabst culmina indicando que el suicidio no es *la* opción racional, si no *una* opción, porque cuando no existan otras formas, medios y posibilidades para prevenir daño, cumplir metas o expresar las convicciones centrales del ser humano, el suicidio puede ser *una* de las opciones que se puede considerar. No obstante, siguiendo los criterios otorgados por la autora y complementando con ejemplos reales, no queda claro por qué se continúa excluyendo a personas con trastornos mentales.

Porque bien podrían adecuarse algunos casos a los criterios mencionados, así como a los cuatro componentes comúnmente acordados por la comunidad médica y legal que determinan la capacidad. Los cuales refieren a: las habilidades para comunicar una elección, comprender la información relevante, apreciar las consecuencias médicas de la situación y razonar sobre las opciones de tratamiento. Asimismo, la comprensión, apreciación y comunicación son elementos clave que, junto con el razonamiento se deben contemplar para identificar por qué se excluye a las personas con enfermedades mentales. Ya que son requisitos que se han convertido en el factor determinante para catalogar un suicidio de racional (Giwa, 2019).

Debido a ello, se requiere continuar con el análisis e identificar si no es posible también hablar de suicidio racional cuando se trata de personas que tienen diagnóstico de un trastorno mental. Para comprender por qué hasta el momento no es así, en un primer momento se puede recurrir a la idea de que existe una permisibilidad moral de intervenciones fuertemente paternalista, y que, por esa razón no se les incluye, ya que, desde un modelo médico-psiquiátrico “toman como punto de partida la suposición de que el suicidio siempre es elegido desde la irracionalidad” (Cohen, 2007, p. 232).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Para esta visión existen síntomas e indicadores detectables por medio de estudios psiquiátricos que responden a un estado de irracionalidad, como son: depresión, ambivalencia, problemas emocionales; enfermedades físicas que afecten las capacidades cognitivas de la persona (como puede ser el Alzheimer y Parkinson), así como enfermedad mental clínicamente diagnosticada. Por lo cual, desde este arquetipo la respuesta no es identificar si la acción es racional, sino tratar de impedir que el acto se lleve a cabo, sustentándose en que lo que es lo mejor para la persona es continuar con vida.

Estas intervenciones, que van desde la persuasión, institucionalización de la persona, terapia profiláctica, intervención en la tentativa, entre otras, encuentran su justificación al asumir que existen situaciones bajo las cuales un individuo no puede tomar una decisión de forma autónoma y que, esa decisión resulta en un daño severo e irreversible para sí mismo. Pero avalarlas requiere reunir una serie de información o datos que garanticen una “decisión intervencionista”. Lo anterior se enfrenta a la problemática de la autonomía, respeto a la persona y su derecho de autodeterminarse en lo que concierne a su propio cuerpo, porque implica poner un límite a la libertad individual y a la libertad de acción.

Al respecto, Cohen (2007) menciona que el paternalismo puede ser: restrictivo, directivo, débil o fuerte, puro o impuro⁹, pero que a la postre, es una “espada de doble filo” porque si bien es la base sobre la cual se asienta la justificación para impedir un suicidio, también lo puede ser para

⁹ Tanto el paternalismo “Débil” como el “Fuerte” refieren al control de las decisiones y acciones de las personas cuya autonomía se encuentra disminuida, por lo que se puede pasar por alto el rechazo de un paciente a un tratamiento, al considerar que el paciente no es competente para tomar decisiones. El “Puro” alude a interceder en la libertad de un sujeto por su propio bien, por ejemplo, solicitud de suicidio asistido por parte del paciente; el opuesto es el “Impuro”, ya que está interesado en los otros, como lo serían las transfusiones forzadas de sangre para testigos de Jehová. En el caso del paternalismo “Restrictivo” y “Directivo” apunta al control de las decisiones y acciones de las personas con autonomía completa. La persona a quien se busca beneficiar es también por la que pasan por encima de sus deseos, opciones y elecciones. El médico no acepta el deseo expreso o el pedido de un paciente para no ser intervenido o no acepta cumplir con los deseos o decisiones del paciente.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

la consumación de este. Como en el suicidio asistido, porque si el paternalismo es “puro” se intercede en la libertad de la persona respondiendo a lo que la persona considere que es su propio bien y por tanto se buscará dar el apoyo desde la asistencia a la muerte, ya sea desde el contexto médico o por medio de asociaciones sin fines de lucro, como se lleva a cabo en Suiza.

En consecuencia, se entra en conflicto con el concepto de autonomía que tiene un alcance alto, pues reconocer cómo actuar o qué hacer ante personas que deciden terminar con su vida de manera voluntaria en la multiplicidad de escenarios que se presentan, requiere ir más allá de suponer o dar por hecho una serie de elementos y no perder de vista el respeto de los valores de las personas. Por ello Cohen (2007) considera que, si bien estamos insertos en un contexto que nos predetermina, ser autónomo implica “poder comportarse de acuerdo con aquellos valores que elegimos personalmente y con los cuales nos identificamos” (pág. 234).

Sin embargo, en un modelo más restrictivo, lo que se procura es que la persona se encuentre en plena capacidad mental para que, haciendo uso de su libertad pueda deliberar qué hacer con su vida (Cohen, 2007). De igual manera, con la intervención se pretende proteger los futuros intereses autónomos y simboliza la protección y sentido de responsabilidad. No obstante, no deja de existir la pregunta que Cohen plantea ¿a qué edad se comienza a ser autónomo? Y añadiría, ¿cómo establecer el grado de autonomía que se requiere para poder decidir sobre uno mismo?

Es importante reconocer que estos modelos de atención que ponen un énfasis desmesurado en la vulnerabilidad podrían infantilizar a las personas y ello va en detrimento de la idea de una sociedad que cultive el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones, lo cual impacta muchos sectores, pero principalmente el de la salud, donde en muchas ocasiones se han llevado a cabo

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

prácticas brutales, pues se fomenta la actitud dependiente y no modelos donde se involucre de manera importante a la persona que tiene afectada su salud.

Suicidio Racional, Suicidio Asistido y Suicidio Medicamento Asistido.

Al analizar los criterios utilizados para determinar que un suicidio es racional, es evidente que no es posible limitarlos al padecimiento de una enfermedad física, lo que permite también hablar de suicidio racional en la vejez. No obstante, continúa la incógnita de por qué la información a la que se puede acceder para investigar sobre este tópico hace referencia a personas cuyas razones se circunscriben particularmente a una enfermedad física y adultos mayores, pero no a personas con diagnóstico de enfermedad mental grave e incurable.

La primera respuesta es que, de forma muy habituada se piensa que la persona que padece una enfermedad mental y planea o tiene un intento de suicidio no actúa autónomamente debido a que se ha considerado por mucho tiempo que en realidad lo que desea en el fondo es ser rescatada de las circunstancias que le llevan a tomar esa decisión y esta, sería más bien una “manifestación encubierta de un pedido de ayuda”.

Sin embargo, el tema se torna más complejo cuando se revisa la legislación de países como Bélgica o Países Bajos donde se permite ayudar a morir a pacientes psiquiátricos. De modo que, surge un amplio cuestionamiento donde cabe la duda de si se acepta el apoyo para personas que viven con padecimientos mentales porque se identifica que también los motivos de estas últimas personas responden a razones sustentadas en momentos de lucidez respecto de una enfermedad, o porque se pretende terminar con el estigma hacia estas personas desde el apoyo igualitario y el reconocimiento de todos a morir con dignidad, sea cual sea el padecimiento, mientras éste sea refractario a tratamiento.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En otras palabras, se han creado ciertas legislaciones que desdibujan la línea que permite distinguir con claridad cuando un suicidio pueda ser concebido o nombrado como racional, porque en cuanto a lo que refiere a cuestiones relacionadas con el final de la vida como lo sería el suicidio asistido (SA)¹⁰, el suicidio médicamente asistido (SMA)¹¹ y el suicidio racional, estos refieren a sujetos que deciden terminar con su vida y cumplen con casi las mismas nociones o criterios (puede ser una excepción en el caso del SMA cuando la persona no tiene una enfermedad somática grave y resistente a tratamiento). Antes bien, el suicidio médicamente asistido se da -como su nombre lo indica- en el contexto médico, en el país donde se regule, exista la legislación pertinente y el sujeto cumpla con los criterios estipulados para ayudarlo a terminar con su vida por medios indoloros, eficaces, pero siempre por razón de una enfermedad incurable o terminal.

En cambio, el suicidio racional es una tipología en la que se describe una serie de criterios por los cuales las personas consideran que alguien terminó su vida cuyo su proceso y decisión fue racional y que no obtuvo o no solicitó ayuda (ya sea porque en su país no existe legislación sobre la muerte asistida o porque no cumple con los criterios establecidos) pero de la cual, en principio - como hemos esbozado aquí- se entiende que pretende romper con un paradigma tradicional, pero que, al ser una categoría no amplia y diferenciada, perpetúa otros estigmas relacionados con las enfermedades mentales y el suicidio de personas que las padecen.

¹⁰ Este tipo de suicidio solo se da en Suiza, ya que la legislación permite ayudar de forma desinteresada a alguien a través de un procedimiento que llevan a cabo organizaciones sin fines de lucro, pero siempre cumpliendo los criterios que cada organización establece. Cuando la persona cumple con el proceso y los criterios, un equipo de voluntarios se asegura de que la decisión sea voluntaria, bien considerada y persistente, para que una vez que lo anterior sea verificado, la persona pueda ingerir el medicamento que le producirá la muerte, acompañada de un voluntario capacitado para atender cualquier eventualidad.

¹¹ El suicidio (medicamente) asistido es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia (Quill, 1994, como se citó en Álvarez del Río, 2005).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Ya que se está llevando a cabo una separación del agente que actúa, con la capacidad de toma de decisiones basada en argumentos relativos a su calidad de vida y el sufrimiento que pueda derivarse de esos estados vitales donde la persona o debe estar todo el tiempo medicada, o puede que no exista hasta el momento algún tratamiento efectivo para su padecimiento, entre otras circunstancias complejas que se puedan derivar de su estado. Pero, de forma importante esta visión impacta en el hecho de buscar derechos para una muerte digna de estas personas, pues pocos son los países donde ya se ha legislado sobre la muerte asistida donde se incluya dentro de sus criterios a personas que viven con un padecimiento mental.

En resumen, si se considera que el suicidio *per se* es consecuencia de una enfermedad mental y dichas personas son percibidas siempre como no autónomas y, por tanto, se niega el diálogo sobre si se puede tratar de un suicidio racional en algunos casos en los que incluso personas con trastorno mentales lo lleven a cabo, se perpetúa el estigma del paradigma médico-psiquiátrico, trayendo consigo consecuencias negativas en términos de justicia y reconocimiento de la personalidad.

Estigma hacia los padecimientos mentales, un desafío persistente

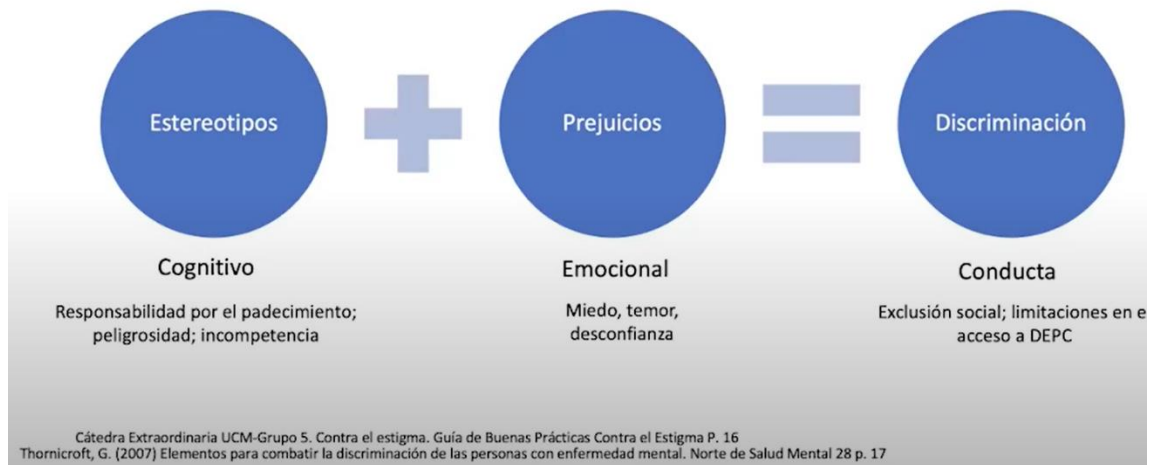
Este subcapítulo tiene la intención de señalar brevemente cómo el estigma es uno de los factores que representa la referencia por la cual se considera a ciertas personas como “inferiores”, debido a que era una palabra utilizada “para referirse a las imborrables lesiones que presentaban por ejemplo vagabundos o esclavos, tras ser agredidos con objetos afilados y punzantes”. Actualmente el estigma es “cualquier atributo, rasgo o trastorno que caracterice a un individuo y lo haga inaceptablemente diferente de la gente ‘normal’ con la que habitualmente se relaciona, dando lugar a una especie de sanción comunitaria” (Thornicroft, 2007, p. 16).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En el caso de los padecimientos mentales, se han realizado estudios sobre el estigma hacia esas personas y se ha encontrado que no existe país, cultura o sociedad donde se tenga las mismas consideraciones entre una persona no enferma y una con el diagnóstico, también aparecen experiencias base como la vergüenza y culpabilidad ocasionadas por los otros, en tanto que existe un fuerte rechazo y evitación, lo que puede tener conexión con las concepciones erróneas que la población tiene sobre las enfermedades mentales.

En 2007 Thornicroft destaca que el estigma es el resultado de tres problemas relacionados:

- El problema del conocimiento: Ignorancia
- El problema de las actitudes: Prejuicio
- El problema del comportamiento: Discriminación (p.17)



Nota: “Proceso de estigmatización”. Tomado de la presentación de la Dra. Perla E. Orozco Vázquez. *Estigma hacia los padecimientos mentales: un desafío persistente en salud pública*. Realizado el 7 de junio 2023 en el canal de YouTube de La Comisión Nacional de Bioética.

Los tres, evidencian que estas personas son sometidas a un proceso de discriminación y rechazo, ya sea por el escaso conocimiento o información correcta referente a los problemas mentales, así como los sentimientos tanto de quien es cercano, como de quien vive con el padecimiento, lo que

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

impactará en las reacciones que se tenga con y de ellos. Por lo anterior, se encuentran en exclusión, y se puede comprobar en categorías como el “suicidio racional”, donde se hace una equivalencia entre irracionalidad y padecimiento mental. Lo que afecta el desarrollo de la vida de esas personas y especialmente sus derechos; los cuales se ven limitados, inclusive por ellos mismos, cuando “anticipan que serán objeto de discriminación y rechazo, con lo que se someten a lo que se podría denominar estigma internalizado o «auto–estigma»” (Thornicroft, 2007, p. 167).

También por ello se entiende que, un número importante de autores se centran en la racionalidad de personas que se suicidan debido a un estado físico de salud afectado, pero deja fuera a pacientes psiquiátricos, y, si bien en algunos países que legislan sobre la muerte medicamente asistida, pocos son los que tienen como criterio tomar en cuenta la petición de pacientes psiquiátricos (Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Austria, Suiza), desde un enfoque ético la exclusión de este grupo del tema del suicidio racional puede provocar un impacto en la exigencia de derechos para el bien morir como lo podría ser contar con la opción de la muerte medicamente asistida o poner sobre la mesa si un modelo menos medicalizado funciona mejor para algunos casos de personas con enfermedades mentales.

Si bien, el suicidio racional es un gran paso para comenzar a pensar el terminar con la vida por mano propia desde una perspectiva fuera del paradigma psiquiátrico, a la vez presenta complejidad al ser reducido a un tipo muy específico de enfermedad física. Por lo cual, esta tesis tiene como intención que quien se acerque a ella continúe con la labor que abre la bioética para re-pensar y re-venir aquellos conceptos que hemos adoptado como sociedad y las implicaciones que tiene en ámbitos como atención a la salud, Derechos Humanos, entre otros.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Ahora bien, como se aludía anteriormente, existe un espectro que puede ser amplio cuando se basa el suicidio racional en criterios que cumplirse, pero a la vez deja fuera a las personas con enfermedades mentales, sector de la sociedad que más se ve impactado por el tema del suicidio y en específico sobre el estigma que rodea el tema. De ahí que, habría que reconocer que las personas que padecen una enfermedad mental no siempre y en todo momento se encuentran en crisis, por lo cual fusionar irracionalidad y enfermedad mental sería una equivocación, a la vez que implicaría conservar un estigma que afecta a dichas personas.

En cambio, el que exista un tipo de suicidio llamado racional es un intento por comprender que si la noción sobre el suicidio se ha modificado en el tiempo es porque se ha reconocido una parte ética en la decisión de cuándo la vida ya no merece ser vivida y que otros también pueden reconocer que es una acción con implicaciones que aportan a modificar la visión que evoca muertes trágicas. No obstante, es imposible negar la existencia de muertes trágicas, las cuales pueden ser consecuencia de varias razones, una que se revisará en el siguiente capítulo con Neira (2017) quien sostiene que esa muerte que por lo regular se evoca cuando se menciona la palabra suicidio, no es propiamente un suicidio -porque no implica la voluntad y el estado óptimo en el que la persona pueda elegir- donde la persona no está tomando una acción reflexionada y lo ve como la única posibilidad.

Y otra porque pese a que pueda ser una decisión derivada de una reflexión genuina, por no cumplir con todos los criterios donde si existe la regulación o al no existir en algunos países o en algunos casos la muerte asistida, la persona no puede contar con medios propicios para un final de vida pacífico y eficaz, y se hace de medios, por lo regular violentos (como arrojarse a las vías del metro, comprar un arma, colgarse con una soga) para poder poner fin a su vida

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En ese sentido, para las personas con enfermedades mentales, al igual que para todos aquellos que se consideran “rationales” se deberían llevar a cabo intervenciones que reconozcan si su decisión es genuina, lo que se podría hacer si se contara con la asistencia, porque sería el medio mediante el cual se sabría quiénes desean poner fin a su vida y poder darles el apoyo y orientación que pueda incluso disuadirles. Lo que implica, desde la autonomía, el reconocimiento de que irracionalidad y enfermedad mental no son sinónimos, reconocer el dolor y sufrimiento de todos aquellos cuyo padecimiento no tiene cura, y enfocarse en que una sociedad debe velar por que las personas con enfermedades mentales también deberían ser consideradas al momento de legislar sobre cuestiones como la muerte asistida, de la misma forma en la que se exige el derecho a morir con dignidad de personas con enfermedades físicas incurables.

Por lo que, como se mencionó entre líneas en este trabajo, se debe empezar por deconstruir las narrativas y conceptos utilizados, ya que en sí mismos contienen una serie de nociones que excluyen y perpetúan posibles daños. En definitiva, es importante recordar la existencia del proceso de estigmatización que viven las personas con padecimientos mentales con la finalidad de desarrollar actuaciones específicas que busquen respetar y hacer valer su dignidad como seres humanos que merecen un trato equitativo, pero esencialmente a lo relativo a las decisiones sobre su vida. Por lo cual, es esencial comenzar a pensar que se trata de casos concretos donde existe unan ponderación de derechos, que al considerar a alguien como incapaz -desde el prejuicio- se puede estar menoscabando el valor mismo de la persona.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Caso: Noa Pothoven

En el año 2019 en Holanda se suscitó un acontecimiento que presentaría nuevos dilemas al tema de la muerte médicamente asistida de ese país, y particularmente en el respectivo a la muerte médicamente asistida en pacientes psiquiátricos. Una joven llamada Noa Pothoven solicita en el año 2018 en una clínica del final de la vida o clínica para morir (*Levenseindekliniek*), apoyo para su muerte médicamente asistida. La joven a sus 17 años padecía estrés postraumático, anorexia, depresión y se encontraba decidida a no querer continuar viviendo por razones que dejó señaladas en el libro de su autoría *Winnen of leren (Ganar o aprender)* publicado en noviembre de 2018, donde se narran los acontecimientos que habían afectado su vida de manera tan profunda y que fueron elementos sustanciales para tomar la decisión de solicitar terminar su vida por medio de la eutanasia.

Noa Pothoven en su publicación compartió con sus lectores que sufrió de agresión sexual y que era una niña cuando dichos acontecimientos sucedieron, hecho que ocultó por muchos años, por el gran sufrimiento que le ocasionaron esas experiencias y el cambio cardinal que tuvo su vida. Cabe destacar que la joven recibió atención psiquiátrica y en una ocasión, debido al estado de gravedad en el que se encontraba, alimentación por vía intravenosa. Asimismo, fue internada en centros de atención a menores para vigilar que no presentara nuevos intentos de suicidio, así como verificar que ingiriera alimentos de forma habitual.

Por consiguiente, al identificar que su existencia no le presentaba satisfacción, sino un sufrimiento que consideraba insoportable y que como consecuencia de lo que vivió y los padecimientos con los que tuvo que aprender a sobrevivir, su vida no sería la misma, la joven encuentra una razón por la cual solicitar la eutanasia a una clínica establecida por la NVVE,

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde (Asociación Holandesa por un Fin de Vida Voluntario) que se ocupa de revisar solicitudes complejas o que han sido rechazadas anteriormente por otros médicos y, en caso de que se cumplan cabalmente los criterios legales establecidos por Holanda, dar el visto bueno para aplicar la eutanasia.

No obstante, según información que comunicó Noa al periódico holandés *De Gelderlander* en diciembre del 2018, esta le es negada y decide compartir con sus padres que se encuentra decidida a dejar de comer y beber para finalizar de esa forma con su vida, ya que no había obtenido autorización, como hubiera querido, para que fuera a través de la eutanasia por parte de la clínica donde la solicitó. Por tal motivo, Noa Pothoven, murió acompañada por su familia el 2 de junio del 2019, quien le otorgó cuidados paliativos para que la joven pudiera terminar con su vida dejando de comer y beber voluntariamente.

Ahora bien, es importante que se lleve a cabo una somera revisión de algunos elementos significativos del caso. En Holanda desde que se reguló la eutanasia en el año 2002, se estipularon criterios donde se establece que también se podría llevar a cabo a petición de pacientes psiquiátricos. No obstante, es necesario señalar que, en este caso, además se trataba de una menor de edad. En Holanda, algunos de los criterios- como se muestran en la figura 1- que se toman en consideración para la muerte médicamente asistida de pacientes psiquiátricos son: que el paciente refiera un sufrimiento intolerable, que no pueda ser tratado y aliviado por otros medios y que sea un pedido voluntario.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

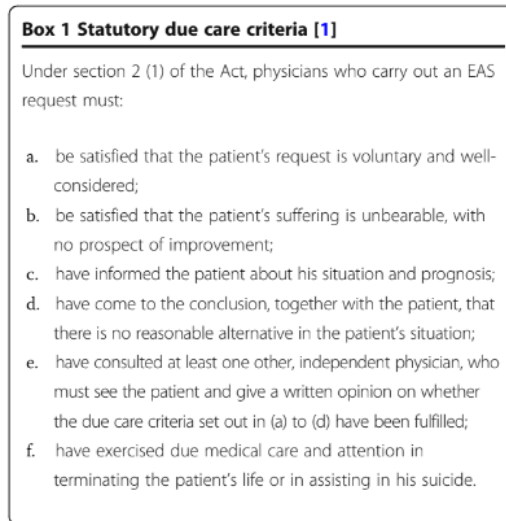


Figura 1. Nota. Tomado de “Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists” (p. 2), por Evenblijl, et. al., 2019, *BMC Psychiatry*, 19 (74)

También cabe recordar que la legislación al respecto significa que existe el derecho a solicitar la ayuda, más es el médico quien determina y tiene la última palabra (Álvarez del Río, 2019). Porque, pese a que en Holanda para llevar a cabo este tipo de apoyo a la muerte existen criterios legales, aún se encuentran profesionales renuentes o que no están dispuestos a proporcionar esa ayuda. Por otro lado, respecto al tema de la minoría de edad, en Holanda, se permite la muerte medicamente asistida a menores, siempre y cuando el pedido sea voluntario, ocasionado por un sufrimiento intolerable.

Los menores pueden recibir la ayuda si cuentan con entre 12 y 16 años y los padres o tutores respaldan y están de acuerdo con la decisión. Entre los 16 y 18 años es posible si los padres o tutores están informados, sin que estén de acuerdo. Teniendo en cuenta que, lo que sustenta el apoyo a pacientes psiquiátricos y a menores de edad (con sus respectivas limitantes y criterios) es que se considera que sería discriminatorio no ayudarlos por el hecho de que su sufrimiento no derive de una causa somática o simplemente porque sean menores (Álvarez del Río, 2019).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Entonces, es importante mencionar que las reticencias para el apoyo de este caso en específico se sustentaban en lo que las neurociencias sostienen y es que el cerebro aún no ha terminado de madurar o desarrollarse completamente hasta los 21 años, o inclusive posteriormente, pero ¿el cerebro requiere de su completa maduración para que un individuo pueda reconocer un dolor o sufrimiento insoportable? Lo que Noa mencionaba era que deseaba dejar de vivir con tanto dolor con el que solo sentía que sobrevivía.

De igual manera, en la evaluación del caso de Noa, no se consideraba que cumpliera con los requisitos legales, ya que había dudas de que por las circunstancias de su situación pudiera hacer un pedido competente y además, que no había probado otros posibles tratamientos, lo cual implicaba una espera de más de 6 meses, debido a la lista de espera a la que debía ceñirse para que pudiera recibir un nuevo tratamiento; cuestión que fue descartada por la misma joven, ya que el sufrimiento que vivía en su presente le era insoportable y tampoco se mostraba dispuesta a esperar que su cerebro tuviera la maduración a la cual aluden las neurociencias.

Ahora, es necesario explorar algunos elementos que retomaré de Álvarez del Río (2019) quien los analiza y pone en tela de juicio en casos de muerte medicamente asistida en pacientes psiquiátricos. Primero, aunque es posible reconocer que un paciente psiquiátrico posee la competencia mental para tomar una decisión bien razonada, voluntaria, etc., se encuentra latente el temor de que la misma condición del paciente nuble su capacidad de juicio. Segundo, de forma opuesta a lo que sucede cuando se ayuda a un paciente en estado terminal, se cree que los pacientes psiquiátricos estarían acortando su vida, cuando podrían tener muchos años más por vivir.

Tercero, agotar los medios para tratar un padecimiento es un tema complejo, ya que, por un lado, una persona puede desear ya no recibir más tratamientos, y por otro, existe la posibilidad con

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

el avance en biomedicina, que eventualmente surja un nuevo tratamiento, pero también es importante considerar, qué tan ético y razonable es imponer a esos pacientes un tiempo de espera, que en cierto grado puede ser incierto, cuando el paciente vive o sobrevive con la certeza de que ya no desea continuar sufriendo.

Por último, la formación que reciben los profesionales de la salud, como los psiquiatras, está enfocada en prevenir, atender y curar, es decir, son educados para ver actos como el suicidio como un síntoma o conducta prevenible y, por lo tanto, el resultado opuesto representaría un fracaso, aun sabiendo que existen condiciones refractarias a tratamiento y que el sufrimiento no en todos los casos puede aliviarse efectivamente. Como bien se puede comprender, el temor más grande en estas circunstancias es básicamente que el paciente no sea lo suficientemente competente como para tomar una decisión tan importante como lo es su propia muerte y la manera en la que desea que sea el final de su vida.

Cuestión que demuestra que la situación está altamente impregnada de criterios morales, por ejemplo, considerar que las personas que tienen un padecimiento mental *de facto* son incapaces siempre y en todo momento de tomar decisiones importantes sobre su vida y que por lo regular dichas decisiones suelen ser irracionales. Se piensa que son irracionales en tanto se considera que tienen la capacidad de juicio nublada, o que la decisión es síntoma de su enfermedad, es decir, no se acepta como una respuesta lógica a un proceso en el que la persona descubre y asume que su vida pierde significantes y comienza a representar una lucha constante por sobrevivir.

En el tema de la muerte medicamente asistida se debe tener en cuenta que la gran mayoría de las personas que la solicitan por lo regular comparten que en el fondo lo que quieren es la certeza y control sobre un padecimiento que les sobrepasa y del cual el único control que podrían “poseer”

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

sería solicitar el apoyo de un profesional o personas expertas en el tema, para que su muerte sea efectiva, rápida y que en algunos casos se pueda compartir la decisión con los seres queridos y estos, si así lo desean, puedan acompañarle en esos últimos momentos.

Es plausible pensar que es una decisión que pueda darle tranquilidad no solo a la persona que lo solicita, sino a quienes le rodean y que por lo regular se quedan con cuestiones sin resolver cuando alguien decide que quiere terminar con su vida, como en el caso del suicidio y que no pudieron compartir su decisión por querer evitar que sus seres queridos tengan implicaciones legales.

Más aún, la cuestión se podría examinar desde la idea de que los menores y los pacientes psiquiátricos son infantilizados, sin reconocer o dar pie a pensar que debido a sus circunstancias particulares desarrollan una madurez emocional que podría ser superior a la de muchos adultos sanos (Álvarez, 2019). No resulta fácil afirmar con certeza que todos los casos deban de ser aceptados, pero es esencial comenzar por desmitificar y des estigmatizar a las personas que tienen un sufrimiento derivado de un padecimiento mental, y comenzar por cuestionar qué resulta lo más conveniente para esos casos.

Así como, revisar la diferencia tan marcada que se hace de las enfermedades somáticas y las enfermedades mentales. Porque Vilatta (2017) menciona que

...actualmente muchos filósofos y psiquiatras consideran que los trastornos mentales, por el solo hecho de concebir que tienen una base neurofisiológica, son trastornos del cerebro. Así, los defensores de la psiquiatría biológica admiten que existen los trastornos “mentales”, y en ese sentido son realistas, pero niegan que sea útil clasificarlos como inequívocamente mentales. Consideran que, más que trastornos de la mente, son un subtipo de trastornos del cerebro, y no encuentran razones para la distinción entre trastornos mentales y cerebrales.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Y retoma de Graham (2010) la *tesis del cerebro intacto*, donde sostiene que, aunque una persona tenga un trastorno mental, su cerebro puede estar sano de acuerdo con estándares neurológicos. En esa concepción se hace una diferenciación de enfermedades *en* y *del* cerebro, que habría que inspeccionar para identificar las nociones idealizadas de racionalidad y así

comprender los procesos subpersonales involucrados en la formación y mantenimiento de creencias (ordinarias y “anormales”), para reconocer los sesgos cognitivos en la evaluación de la evidencia a favor y en contra de las creencias, para comprender nuestra capacidad de manejar las incoherencias o disonancias cognitivas, etcétera.

Por lo tanto, Vilatta (2017) concluye que, para hacer inteligibles los criterios normativos de racionalidad, así como los criterios externos, sociales y pragmáticos, se debe situar la mente en el “espacio de las razones”, tomando una posición híbrida entre el naturalismo o psiquiatría biológica y quienes rechazan cualquier postura naturalista, para ser capaces de justificar razones de nivel personal. En otras palabras, se debe considerar tanto su evaluación normativa, como las causas naturales del padecimiento, con la intención de racionalizar la conducta o decisión en este caso de los pacientes y ser capaces de un mayor entendimiento y quizá sensibilizarnos.

En definitiva, también resulta relevante señalar la opción desmedicalizada elegida para terminar con la vida, donde el proceso requiere, en principio, la comprensión de la situación que vive la persona que desea terminar con su vida, así como la disposición de contar con apoyo y acompañamiento para llevar a cabo el proceso que se elige para morir. Este tipo de muerte ha sido ampliamente documentada por Chabot (2017) quien considera que es un tipo de muerte desmedicalizada y muy difundida en Países Bajos, que data de tiempos remotos y puede ser una forma efectiva para algunas personas muy enfermas o adultas mayores que se encuentran en sus últimos días y que no fueron aceptadas sus solicitudes o, que en su país no hay regulación alguna sobre la muerte medicamente asistida.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Como bien remarca Chabot en su investigación, las decisiones que se toman al final de la vida nunca son placenteras, porque requieren planificación y en el caso de dejar de comer y beber voluntariamente implica que exista alguien que pueda proporcionar los cuidados debidos. Es decir, tomar las “riendas” del proceso el cual tendrá como consecuencia el fin de la vida no es algo sencillo y mucho menos si no se cuenta con el apoyo y cuidado óptimo para llevarlo a cabo, por esa razón se entiende la solicitud que hacen los pacientes psiquiátricos para solicitar la ayuda de un profesional con la finalidad de que la muerte no resulte más traumática de lo que de por sí podría ser para algunos.

Con lo anterior, y desde un análisis crítico, podemos entender que el intento de no discriminar a pacientes psiquiátricos continúa siendo complejo, ya que existe la noción de que tanto los menores, como las personas con padecimientos mentales no se encuentran en las mejores condiciones para tomar una decisión tan crucial. Pero en este caso, los padres al reconocer el sufrimiento de su hija y la negativa a su solicitud, deciden darle el apoyo y cuidado para que su muerte sucediera de forma autogestionada y controlada, como lo es dejar de comer y beber voluntariamente.

Por lo cual, habría que cuestionar, si existe una obligación para con las personas que tienen un sufrimiento psiquiátrico. Lo que permite primero reconocer que los pacientes psiquiátricos son tratados de una forma que los vulnera y que existen otros medios por los cuales una persona puede terminar con su vida, pero requiere de una planificación e inclusive de apoyo y cuidado de otras personas, lo que acrecienta el conflicto en la situación.

Como se ha aludido, la interrelación que por necesidad tenemos los seres humanos, nos ha llevado a categorizar nuestras acciones, con la finalidad de poder darles una valía y actuar en

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

consecuencia. En resumen, si se ha dado origen a la asistencia a la muerte es porque se ha reconocido en la realidad y se ha concretado en el lenguaje, en legislaciones y derechos que vale la pena entender los motivos por los que alguien no desea vivir, pero también genera en nosotros comprensión y empatía. El reto está en voltear la mirada a esos casos que no generan empatía, ya sea porque han sido estigmatizados por mucho tiempo o porque en sí generan un gran conflicto al reconocer que nuestra capacidad intelectual tiene un límite para conocer con certeza el sufrimiento de alguien que vive con un padecimiento mental.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Cuarto capítulo. Develar el Suicidio por Enfermedad Mental

Como todas las grandes cuestiones humanas y morales, en particular las que obedecen a situaciones límite, el suicidio plantea problemas de índole tan compleja y profunda, que no puede responderse con soluciones rígidas, unívocas y definitivas. La reflexión filosófica sobre el suicidio remite, por lo demás, a los más universales y fundamentales problemas de la vida y la muerte, del destino y la libertad, del bien y del mal, de la condición propia del hombre y del sentido de su existencia.
(González, 1996)

Como se ha visto a lo largo de los capítulos previos, el tema del suicidio es intrincado y se torna de especial consideración retomarlo cuando se trata de aquel que se ha nombrado suicidio racional, ya que, desde un análisis que busca respetar la autonomía de las personas y aceptar que existen quienes llevan a cabo una evaluación y reflexión profunda sobre su situación de vida y deciden ya no querer continuar con la misma, es posible reconocer que la tajante distinción que se hace de manera *a priori* en el tema del suicidio racional respecto de aquellas personas que no viven con un padecimiento mental y aquellas que sí, puede ser evidenciada como un tipo de segregación que impacta de manera importante y perpetúa la noción de que el suicidio asociado a las enfermedades mentales es inmoral e indefendible.

En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005), se establece en el Artículo 11 *No discriminación y no estigmatización* que “Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna.” Por lo que, en el caso de las personas que viven con un padecimiento mental, a través de diversos documentos, como los que están relacionados con sus derechos a la salud, se visibiliza la constante discriminación (que se busca resolver en esos documentos) que sufren al momento de tomar decisiones respecto a tratamientos y en general su vida en un contexto médico, lo que, de una forma u otra, evidencia

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

cómo muchas veces se les infantiliza ante decisiones importantes, al intervenir o interferir sobre la toma de decisiones cruciales como son los tratamientos a los que deben someterse, en algunas ocasiones de forma involuntaria.

Ahora bien, como se ha venido esbozando, al definir algo como “racional” se le otorga intrínsecamente un valor y sentido no solo en nuestro lenguaje, sino en nuestro mundo. Y, por esa misma razón, se suele hacer una distinción laxa y simplista entre suicidio racional e irracional (o patológico), donde lo irracional corresponde a aquello que es considerado como incorrecto y que no posee un valor positivo. Es decir, en este caso, cuando hablamos de muertes y se les denomina como irracional o racional, de antemano, es posible suponer que la valoración realizada, nos indica lo que una sociedad rescata y destaca como lo bueno y correcto. Y lo que parece correcto bajo esa visión es desestimar a las personas diagnosticadas con una enfermedad mental, por el hecho de asumir que de ninguna manera una persona con diagnóstico de enfermedad mental pueda tomar una decisión coherente o genuina, ya que están bajo “fuerzas externas” que produce la enfermedad y que origina que su decisión tienda a la autodestrucción y por lo tanto sea irracional.

Como consecuencia, cuando se ha considerado admisible el terminar con la propia vida, como es el caso de padecimientos terminales, se han creado -en algunos países- derechos que defienden la posibilidad de recibir apoyo para cumplir con esa acción mediante métodos supervisados y en un entorno que ofrezca seguridad a la persona, ya que se concibe como una decisión racional y sustentada en los intereses fundamentales de la persona. Por ende, aún hay mucho que hacer respecto a las disidencias y en este caso las diversidades funcionales, porque hasta el día de hoy, la noción de suicidio racional señala que la racionalidad excluye sin más a personas con padecimientos mentales, por lo que el estigma continúa presente y no se permite un

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

detenimiento y revisión de aquellas lógicas que han sido perpetuadas y que pueden ya no conservar sentido para un análisis bioético.

De igual manera, el antecedente histórico de la muerte médicamente asistida refleja que en general se piensan otros tipos de enfermedades -que aparentemente no son somáticas- como un problema que no tiene que ver o no se relaciona en absoluto con las obligaciones que el personal de salud tiene para con los pacientes, por ejemplo, terminales, o con una enfermedad crónico-degenerativa, etc. Y, muy por el contrario, en este trabajo se aboga por convenir que la experiencia vivida por unos y otros es valiosa y nos enfrenta a obligaciones ante esa persona y su situación.

Pensar la alteridad

Si alguien nos cuestionara las razones personales por las que vivimos, pareciera sencillo admitir que cualquiera podría ser considerada como válida, siempre y cuando no dañe intencionalmente a otros, nos mantenga con vida y le otorgue sentido a la misma; aunque unas podrían ser más valiosas que otras (según el contexto, el país, etc.). En contraste, no todas las razones o motivos por los que alguien desea morir serán validados de igual manera o se puede opinar que no todos serán merecedores de crear derechos para morir con dignidad.

Pero, en relación con una visión que busca promover el respeto de la dignidad humana, proteger y velar por derechos humanos y libertades fundamentales e igualdad, es esencial atender y abogar por desvincularse de ideas que permiten perpetuar el estigma y la discriminación de personas con padecimientos mentales, porque, según principios como la beneficencia, las personas tienen una dignidad intrínseca que debe ser respetada y respaldada, y a las que, a menos que se demuestre con evidencia lo contrario, se les debe reconocer la capacidad de tomar decisiones importantes sobre su vida, como elegir el momento en el que deciden poner fin a la misma,

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

respetando sus valores, tanto como su proyecto de vida, cuando su existencia se ha tornado insostenible y no ha sido suficiente con el apoyo y tratamiento que pueden ofrecer las ciencias de la salud.

Lo anterior, permite a su vez analizar cómo existen pensamientos y acciones que llegan a lacerar la situación social, pues se refleja en cuestiones como las políticas públicas cómo pensamos las enfermedades y cómo se han construido referentes en nuestro lenguaje a través de los años para hacer distinciones entre patologías. Lo que deja manifiesto una lógica del discurso, que como se advirtió con Jean Améry (2005) implica una *lógica de la vida* que es incapaz de contener y atender la diversidad. Permeando en las múltiples formas de vida que habría que articular, para que esas mismas formas de vida que se reproducen y devienen de estructuras sociales específicas nos permitan reconocer aquello que opera en ellas mismas y así, ser capaces de reflexionar -en torno a la salud, la vida, la muerte, entre otras cuestiones- qué es lo que hace que importen más unos que otros o unas formas de vida más que otras.

O, en este caso, qué hace que importe más y que se le otorgue un adjetivo positivo a la acción de quitarse la vida realizada por alguien que tiene un padecimiento somático, que otra persona que sus razones no sean propiamente físicas. Lo que, por supuesto, compromete a cuidar no caer o crear otras formas de dominación, control y poder. Dado que, como se ha remarcado, a través de categorías hacemos discursos para justificar nuestras acciones y alcanzar solidez, habría que examinar nuestra forma de construir el mundo a través del discurso, ya que así se determina cómo pensamos que éste debe ser.

En este sentido, la capacidad de creación en la que el discurso opera, es través de una proposición que se materializa y transforma la realidad, haciendo que se viva de determinada

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

manera y se generen, o no, condiciones de igualdad, por lo que es importante que la Bioética retome y destaque que se debe concebir y entender la multiplicidad para buscar un camino en común que permita construir un espacio de sensibilización donde se comprenda y analice el modo en el que, en el discurso, se orientan los mecanismos en los que establecemos relaciones sociales.

Ya que en el fondo de argumentos como los que sustentan la racionalidad, es posible identificar que la forma en la que se ha organizado la vida humana por medio de discursos poco cuidadosos, se puede ejercer violencia a ciertos sectores de la población o en particular a cuerpos humanos¹². Donde, en el espacio de lo social, se define qué tipo de vida importa; se emiten juicios de valor sobre vida y cuerpos que salen de la normatividad o del valor dado, definiendo si son merecedores a ciertos beneficios o no.

Por tanto, no desde una visión utópica, sino lo que resulta más realista en cuanto a la desigualdad y las distinciones tan contundentes, se busca plantear los argumentos que guíen o abran el camino para reflexionar cómo modificar la excepción que beneficia a unos. Y cómo erradicar las violencias que se dan a través del discurso, porque las ideas no solo se quedan en el ámbito teórico, sino se materializan. Este cambio, que implica una nueva visión, tiene que ver con asumir un pensamiento bioético, que permita una pausa para la reflexión en torno al discurso, acciones y posturas que se adoptan respecto al tema de la decisión voluntaria de morir. Lo que enfatiza el

¹²Foucault diría que existe una relación de poder que se ejerce sobre los cuerpos humanos, lo que revela esquemas y lógicas de reproducción en las que se construye una subjetividad de individuos fáciles de educar para cumplir con ciertos intereses. Una forma de establecer el poder en la que se violenta y domina el cuerpo al ser sometido, transformado y perfeccionado para ser utilizado. El cuerpo así se cosifica para convertirse en un objeto útil para un tercero. Esta forma en la que se ejerce el poder se hace a través de la dominación masiva establecida como la voluntad de alguien para que el individuo pierda el dominio de sí mismo, generando disociación de poder sobre su cuerpo. Si bien hasta que se hace un estudio al respecto, reconoce que el poder no se puede ver, pero se encuentra en todos lados fragmentando al ser humano. El poder sobre la vida administra y controla a las personas, tanto de forma individual o colectivamente. Pero esas relaciones terminan privilegiando un cuerpo sobre los demás construyendo un todo subyugado al poder de alguna estructura que jerarquiza el valor de ciertas vidas.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

papel de responsabilidad que tenemos hacia los otros, asimismo la importancia de crear condiciones de igualdad; promover y pensar la alteridad.

Suicidio soberano

En este apogeo catastrófico, el individuo que lo vive se salva por el acto en que sucumbe
–el suicidio testimonia que prefiere su integridad e identidad–,
y al mismo tiempo sucumbe por el acto que lo salva
–el suicidio testimonia que su identidad no puede mantenerse en el conflicto
y prefiere morir antes que verla destruida–.
(Neira, 2017)

Por ende, para repensar el tema del suicidio (en general) fuera de las visiones que sostienen que ningún suicidio es racional, resulta esencial remarcar las acciones donde existe un verdadero detenimiento a considerar -desde los valores propios de la persona y del por qué se decide terminar con la vida- que terminar con la vida por mano propia puede ser un beneficio, basado en un planteamiento sustentado en la realidad, no coaccionado por otros, en el que la persona está tomando un plan de acción y una decisión sobre su corporeidad y calidad de vida.

En busca de argumentar en este sentido, se retoma la idea de “suicidio soberano” de Hernán Neira (2017) con la cual el autor desarrolla la hipótesis de que las personas que están privadas de su voluntad no pueden ser consideradas como “suicidas”, y que dicho acto -el suicidio- no puede ser sino soberano. Ahora bien, los conceptos como voluntad, soberanía y elección, en sí mismos, tienen un planteamiento filosófico y político controversial, ya que históricamente la elección y la soberanía se piensa como la capacidad que corresponde o poseen unos cuantos. Con lo cual, como es obvio, se ponen en juicio principalmente las posturas que son adoptadas por parte de profesionales de la salud quienes, ya sea por enseñanza desde las instituciones o por ideas propias, no ven el suicidio como un acto voluntario y mucho menos lo denominarían soberano.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En el suicidio soberano, el individuo permanece libre, tiene información de su situación, está en condiciones de evaluarla y, aunque esté sometido a duras coacciones de salud, morales o políticas, ninguna de ellas impone el suicidio en una inexorable cadena causal, pues el individuo conserva la posibilidad de escapar a ellas parcial o totalmente mediante otro tipo de decisiones, o bien de soportarlas en vida. La coacción no anula por sí misma la capacidad de decidir, sino que es el punto de partida de la decisión. (Neira, 2017, p. 178)

En el desarrollo de la hipótesis de que todo suicidio es soberano, y si no es así entonces no debería ser nombrado suicidio, Neira (2017) lleva a cabo el análisis del contenido filosófico de la palabra suicidio y del acto en sí mismo, para mencionar que mientras “una acción o conducta solo son atribuibles a alguien que es dueño de sí mismo, esto es, que tiene alguna forma de dominio de sí.” es por tanto una acción soberana (desde una opción lingüística, filosófica e inclusive política) pues lo entiende como una actividad íntima que realiza un sujeto capaz de acción, del que se supone actúa con “plena lucidez y dominio físico y mental de sí mismo” (p.153).

Esa muerte voluntaria como lo recordábamos con Alonso (2021) se da en un contexto en el que la persona se opone a lo estipulado, a las normas y valores que predominan. Pero, también como lo sostenía Ámery (2005) el suicidio refleja una crisis entre dos normas de acción que resultan contradictorias, la de la persona que valora su situación por medio de una narrativa y las normas en las que se encuentra inmersa. De ahí que, el concepto de soberanía tiene dos caras, en el ámbito político refiere a enfrentarse a una autoridad mediante la voluntad y en el filosófico es el acto que puede incrementar o mantener la dignidad de la persona.

Ante esta noción, la acción que comete una persona al suicidarse supone soberanía en cuanto existe una voluntad que motiva su decisión en relación con la capacidad de autonomía de quien ejecuta el acto, dando por sentado que pese a que alguien tenga un padecimiento, si hay voluntad, es porque existe un sujeto que decide terminar su vida sabiendo que siempre está en

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

condiciones de no hacerlo y solo así no se vuelve un “condenado” por sus circunstancias (Neira, 2017), ¿pero basta con decir que existe un sujeto que lleva a cabo acciones, para pensar en su autonomía y por lo tanto en su soberanía? Como se ha discutido en temas de salud mental y como lo sostiene el mismo Neira, existen procesos patológicos donde se presume que los sujetos pueden atravesar un estado donde se anula o disminuye su autonomía, en esos casos habla de suicidios patológicos.

Sin embargo, Neira (2017) remarca que:

Una enfermedad mental que no anule de manera permanente la voluntad del individuo, estaría en la misma situación que la enfermedad física, pues en los momentos de lucidez el enfermo podría decidir optar por otras terapias o bien suicidarse. En ambos casos, la enfermedad es la situación desde la cual se ejerce la libertad (p.177).

En ese sentido, cuando la voluntad se sobrepone, no se trata de la “enfermedad” que dirige a uno al “precipicio”, sino la condición bajo la cual se toma la decisión. Para él, el suicidio es una opción porque entiende que suicidios como lo serían el de Sócrates o Séneca son producto de una decisión en la que se opta por no pagar el sometimiento a una condena impuesta por parte de un tercero, por el contrario, se opta por conservar la dignidad mediante una decisión. Se suicidan *ante* la condena de alguien o algo, pero no se encuentran “forzados” ya que elegir la muerte para evitar sufrimientos es una opción que no obliga, porque, si bien existe una condena, esta se puede asumir pasiva o activamente al adelantarse y elegir cómo morir.

De tal forma que, sustenta dos cuestiones muy importantes respecto al suicidio. Primero: “Suicidio y enfermedad invalidante de la capacidad de decidir son conceptos contradictorios que solo por error pueden ser mezclados.” Segundo: “...el carácter necesariamente libre del suicidio radica en que no haya fuerza insuperable o cadena causal que se establezca como lazo irrompible.”

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

(Neira, 2017, p160). Para exponer lo anterior retoma a Jean Améry, autor del que ya tratamos brevemente, para declarar que la muerte por suicidio es resultado de un hecho voluntario en virtud de considerarla como una opción de la libertad del ser humano y una forma de conservar cierto grado de control o dominio sobre algo que a todo ser vivo nos ha de acontecer de forma inevitable y es la muerte.

Pero, si recordamos que Améry plantea el asunto de la lógica vital, desde la cual los seres humanos pensamos la muerte, resulta complejo concebir que el suicidio afirme la libertad, dignidad, voluntad y los derechos que los seres humanos tenemos, por el simple hecho de que la muerte voluntaria parece distar de la concepción de la gran mayoría, de una muerte “natural” o de discurrir que se haga en beneficio de quien decide ejecutar el acto.

Si bien existieron y existen filósofos y escuelas helénicas donde no se tiene una concepción completamente negativa sobre el suicidio, filósofos como Kant o Spinoza,¹³ que sostuvieron que el suicidio se da por causas exteriores que son contrarias a la naturaleza y obligan a cambiar a una nueva naturaleza en la que una fuerza externa puede más que la “voluntad natural” de desear y preservar la vida, sus teorías, según la revisión que Neira (2017) hace de los argumentos de Jason Smith¹⁴, parece que son ideas cuyo sustento y lógica son cuestionables, pues las fuerzas deben

¹³ Tanto para Immanuel Kant como para Baruch Spinoza el suicidio conlleva la violación del deber del ser humano de autopreservación o el sometimiento ante las vicisitudes que la vida presenta. Kant argumentaba que el suicidio es una contradicción en tanto que el ser humano abandona el puesto que debe cumplir para preservar en su persona la base de la moralidad misma. Y por su parte, Spinoza condenaba el suicidio, porque consideraba que lo “natural” para el ser humano es el impulso de vivir y lo que motiva a una persona a terminar con su vida son cuestiones externas, fuerzas que denotan que existe una coacción externa y no una voluntad que concuerde con la “naturaleza” humana.

¹⁴ Para Smith el problema que se plantea en la visión de Spinoza respecto del suicidio plantea un problema en tanto que las fuerzas, movimientos o afectos exteriores que son la causa del suicidio disponen de la imaginación y por tanto afectan al cuerpo humano y se “adquiere una nueva naturaleza”, esa naturaleza, analiza Smith, debe tener un lugar porque no se puede identificar con otro ser humano, de alguna forma tiene que encontrarse alojado en el mismo sujeto del que se depende esa nueva naturaleza, por lo que se entiende “como si fuera un cuerpo ajeno pero en el mío.” (Smith, 2010, como se citó en Neira 2017)

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

radicar en algún lugar, porque afectan al cuerpo y al intelecto, es decir, producen un efecto en el individuo y por lo tanto, existe un espacio donde ese “exterior” radica.

Lo anterior manifiesta la dicotomización que se suele hacer en relación con el suicidio, sin embargo, para Neira (2017) el suicidio o es una opción, ya que el ser humano siempre está en condiciones de no terminar con su vida y, por el contrario, de hacer frente a su circunstancia personal, médica, emocional, política, etc. o simplemente es un acontecimiento que la persona padece cuando algo “exterior” le afecta y a esa situación no está de acuerdo en llamarle suicidio, ya que

El suicidio, entendido como apogeo catastrófico o como elección para evitar la pérdida de soberanía de una persona, ya sea a causa de una enfermedad u otro hecho, no equivale a un “suicidio” patológico. Este, en cuanto que implica una pérdida completa de la soberanía –debido a una esquizofrenia, una depresión grave y permanente, etc.–, impide todo apogeo catastrófico y supone la disolución del sujeto, la desaparición del *sui* en la palabra suicidio, con lo que deja solo el segundo aspecto: la muerte. Disuelto ya el sujeto por una patología mental, no hay crisis, pues ha desaparecido el conflicto entre normas, por el triunfo de una o un haz de ellas en las que ni la voluntad ni la conciencia tienen decisión (Neira, 2017, p. 173)

En este punto, nuevamente surge el problema de lo exterior, lo que se piensa como ajeno al ser humano, razón por la cual, una enfermedad invalidante de la capacidad de decidir no puede ser pensada dentro del suicidio como acto. Para él, si existe una alteración en el cerebro y produce una modificación en el comportamiento o percepción de la persona, y esta decide poner fin a su vida, esa muerte se sufre, como se sufriría un accidente. En cambio, si la persona decide poner fin a su vida por mano propia, pero reconoce que no está condenada por sus circunstancias, porque de manera permanente está en condiciones de no suicidarse, el suicidio incluso se convierte en una forma de enfrentar sus circunstancias. Por lo cual, se piensa el suicidio como una acción elegida,

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

pero evitable en tanto es una resolución a la muerte que se presenta como posibilidad propia a la que siempre se puede renunciar.

Pese a lo anterior, la diferencia que hace entre suicidio soberano y patológico no queda tan esclarecida, porque, asume que lo patológico priva al ser humano de su autonomía de decisión y en consecuencia no estaría propiamente suicidándose, sino padeciendo una muerte, lo cual resulta complicado, porque se tendría que aceptar que, quien se da muerte no sea él mismo (el problema de la dicotomía); pero, al mismo tiempo acepta que los padecimientos físicos o mentales (no hace distinción) mientras no impidan o disminuyan la autonomía y voluntad del sujeto pueden ser suicidios soberanos. En consecuencia, la diferencia entre ambos es gradual y susceptible de interpretaciones, pero también de especificaciones; por lo que una que parece oportuna y un determinante importante para saber si la decisión surge *ante* la enfermedad mental, sería reconocer si la persona se encuentra en un estado de crisis o lucidez respecto al padecimiento mental.

En cuanto a lo valioso de su razonamiento, es fundamental señalar que el suicidio soberano empata con el suicidio racional al reconocer que no se busca mantener la vida a toda costa, manifestando la primacía de valores personales, estilos o planes de vida, donde el acto requiere de ser responsable de la elección, al tener consciencia de las consecuencias de tal decisión. Desde la teoría de la acción, el sujeto hace “posesión” de una soberanía en medida que no existe una cadena causal que implique una crisis en la que la persona se vea impotente ante la enfermedad, porque esta le priva de su capacidad autónoma de decisión.

Como se comentaba líneas arriba, ubicando al suicidio en la esfera de la ética y en específico en este trabajo, de la bioética, en tanto que hablamos de una acción humana respecto a la vida, hay que retomar las condiciones fundamentales de la acción, que es libertad, autonomía y la capacidad

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

de decidir pese a reconocer que existen circunstancias que pueden ser motivo, pero no por ello razón final y última para tomar la decisión de morir. Para ello y acorde con la hipótesis del suicidio soberano, según la teoría de la acción en la que se sustenta Neira (2017), lo involuntario no podría ser considerado suicidio, puesto que se presenta como algo que no puede ser superado con recursos propios, sino más bien como ajeno.

En el caso de que las personas tengan limitaciones temporales, pero que actúen en función de sus propios deseos, valores y planes, el tema de la planificación del suicidio adquiere relevancia, ya que este acto deviene como proveniente de la libertad; la persona tiene la capacidad de actuar intencionadamente y manifiesta su libertad para actuar desde su autonomía y agencia. Por lo anterior, una muerte es autónoma si es calculada, en el sentido de que puede dejar como testimonio que existe una negativa a dejarse domeñar por la pérdida de soberanía a causa de una enfermedad u otro hecho que a la persona en cuestión le parezca indigno. Empero, esta perspectiva no termina de compaginar con el planteamiento provisto por el área de la salud mental, ya que sostiene que existe una elección premeditada donde se identifica la primacía de otros valores.

Lo que Neira (2017) permite advertir es que existe una patologización de la actitud “suicida”, porque la palabra suicidio en sí, únicamente está describiendo un hecho donde la posibilidad de decisión del ser humano es causa, contrario a lo que se piensa cuando se asume al suicidio como síntoma, donde se describe un hecho patológico del cual el ser humano no es causa.

Por lo cual, sostiene que:

La intervención psiquiátrica puede contribuir a devolver la autonomía de decisión al individuo. En ese caso, puede reconocer y restaurar, también en él, la autonomía para suicidarse, que es una manera de restablecer al sujeto político, es decir, la intervención médica puede apuntar a restablecer la soberanía individual por procedimientos distintos de la liberación política, pero que contribuyen a ella (p.176).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Por consiguiente, es importante mantener el debate sobre si un padecimiento que disminuyera, pero no eliminara las capacidades físicas y mentales podría ser el punto de partida y motivo (considerado válido) por el cual se decide ejercer la autodeterminación, ya que, en los momentos de lucidez respecto de su enfermedad, la persona podría decidir continuar con tratamientos o cuidados paliativos o bien, terminar con su vida.

En ambos escenarios, desde el reconocimiento de la enfermedad sostiene Neira (2017) el sujeto ejerce su libertad. De lo que habría de asegurarse es que esa persona cuente con información suficiente sobre su condición médica, sin esperar que tenga que aguardar al futuro incierto para tener información exhaustiva, como se planteó en el caso de Noa Pothoven, ya que la joven, no deseaba aguardar a un futuro indeterminado sobre si sus padecimientos tendrían solución con el pasar de los años.

Basándonos en los atributos humanos que poseemos, los seres humanos podemos enfrentar nuestra realidad y transformarla, a la vez que nos transformamos. Esto gracias a la libertad, voluntad y conciencia. Esta última como el conocimiento que un ser humano tiene de sí mismo y de su entorno, que implica procesos cognoscitivos interrelacionados, que también se relacionan con el deber y, por lo tanto, con el elemento de la libertad, libertad que, por otro lado, implica asumir la responsabilidad por los actos que uno ejecuta, por consiguiente, dándole al sujeto la condición moral y ética de ejercer su voluntad de forma cuidadosa.

Entonces, de qué recursos podemos echar mano en este asunto que por la gran incertidumbre que genera a veces se nos presenta como insalvable, pero que desde luego que tiene alternativas. De la valoración ética que hacemos de las acciones humanas, es importante repensar ¿cuáles son los límites sobre el control de su vida de la propia vida? Considerar, como lo hizo

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Juliana González en el texto *El ethos, destino del hombre* (1996) sobre la dualidad moral que está implícita en el suicidio

... lo cual incide directamente en el segundo problema, que es posiblemente el medular: el de las fronteras entre la enfermedad y la responsabilidad, que no sólo remite a la cuestión de las causas determinantes del suicidio (externas o internas, físicas o psíquicas, individuales o sociales, morales o naturales) sino, en definitiva, al problema último y decisivo de la libertad y la necesidad, del que dependen en esencia todas las acciones humanas” (González, 1996, p. 68)

A la cual no se le puede retirar la idea de voluntad porque el suicidio es un acto en el que el ser humano está decidiendo. Y si bien a terceros les deja la oportunidad de justificarlo o reprobalo, no se puede negar que la persona está ejecutando su último acto soberano. Acto que entra dentro del espectro de la ética y del cual se debe tomar en consideración las nociones que ayudan a la persona a nutrir y robustecer la idea de una vida que merece ser vivida. Lo que nos obliga a pensar en si el sustento teórico que se tiene para personas con enfermedades somáticas podría ser repensando para personas con enfermedades mentales. Visualizarlos como estados vitales que merecen la atención y protección.

Calidad de Vida y Enfermedad Mental

Hewitt (2013) en su artículo *Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate?* retoma la discusión sobre la exclusión de las personas con enfermedades mentales del tema del suicidio racional y busca responder si algunas personas con enfermedades mentales deben ser incluidas en el tipo de casos en el que el suicidio racional es una opción justificable. Para hacerlo, evalúa el aparente dualismo que existe en las actitudes públicas respecto al suicidio, ya que una parte acepta la racionalidad para el sufrimiento físico, mientras rechaza la realidad del dolor psicogénico. Y otra, plantea una asociación entre la irracionalidad constitutiva y el diagnóstico psiquiátrico arraigado en el fisicalismo.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En principio, sugiere razones por las que se piensa que un suicidio no puede ser racional si lo lleva a cabo una persona que tiene un padecimiento mental y menciona las siguientes tres:

- 1) Psychological suffering is not “real” in the same way that physical pain. [El sufrimiento psicológico no es “real” de la misma manera que el dolor físico]
- 2) Serious mental illness is a brain disorder which produces global irrationality [La enfermedad mental grave es un trastorno cerebral que produce irracionalidad global]
- 3) Suicide in such cases is treatable or at least appropriately preventable through psychiatric intervention [El suicidio en dichos casos es tratable o al menos adecuadamente prevenible a través de intervención psiquiátrica] (Hewitt, 2013, p. 364)¹⁵

Debido a las razones anteriores, sostiene que el dualismo clásico deja de lado el sufrimiento y la calidad de vida de estas personas e identifica que existe una desconexión entre la narrativa del paciente sobre su sufrimiento y el lenguaje de la medicina, lo que genera un círculo vicioso donde se genera poca estabilidad en el entorno de la persona que tiene una enfermedad mental, ya que “Psychiatric labelling has important moral consequences when it is viewed *ipso facto* as being equivalent to a state of non-autonomy; these consequences seriously affect the moral standing, rights and quality of life of people with mental illness” [El etiquetado psiquiátrico tiene consecuencias morales importantes cuando se considera *ipso facto* como equivalente a un estado de no autonomía; estas consecuencias afectan seriamente la posición moral, derechos y calidad de vida de las personas con enfermedades mentales] (Hewitt, 2013, p.362).

¹⁵ La traducción de las citas en inglés que se presentan en este trabajo son elaboración personal.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Ya que los problemas de calidad de vida se han discutido en relación con conceptos de sufrimiento que se conceptualiza en una naturaleza física, reconoce que si existe empatía cuando alguien decide terminar con su vida -en su mayoría- es cuando se trata de enfermedades físicas, estados terminales y dolor crónico. En otras palabras, el sufrimiento asociado con enfermedades terminales es visto como una influencia legítima para que la persona desee morir y, por lo tanto, el deseo se asume como racional y moralmente permisible. Por el contrario, el sufrimiento psicológico rara vez recibe un peso igual, porque típicamente es advertido como transitorio e irracional, producto de una distorsión cognitiva que puede ser tratada con medicación.

De esta forma, se comprende que si no se le da peso al dolor y sufrimiento que viven la personas con padecimientos mentales es porque se considera un dolor insubstancial, efímero o porque se circunscribe a una enfermedad que puede ser remediada. Además, señala que el modelo médico basado en el empirismo continúa prevaleciendo y realiza una separación dualista que es parcialmente responsable del estigma de las enfermedades mentales.

Pero, precisamente esa dualidad no se sostiene porque de acuerdo con Hewitt (2013), “the experience of pain is never however exclusively situated in an individual’s embodied being; it is better understood as an interaction between body, mind and the situation of the whole person” [Sin embargo, la experiencia del dolor nunca se sitúa exclusivamente en el ser encarnado de un individuo; se entiende mejor como una interacción entre el cuerpo, la mente y la situación de toda la persona] (p.360). Es la ambigüedad que se mencionó en el capítulo previo, pues la dicotomía mente-cuerpo, lo físico y lo mental, se presenta como si existieran sufrimientos cuya experiencia no se viviera simultáneamente.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Sin tomar en consideración que, en varias ocasiones la intervención psiquiátrica se puede vivir como punitiva e intrusiva, humillante y deshumanizante, así como los pacientes pueden sufrir por los efectos secundarios de ciertos medicamentos o la existencia de personas cuya enfermedad no responde a ciertas terapias. Lo que por supuesto afecta la calidad de vida. En este orden de ideas, considera que es equivalente el sufrimiento causado por una enfermedad mental crónica y el derivado de una enfermedad terminal. Debido a que en ambos casos se sufre por una profunda sensación de desesperanza.

Para explicar el círculo vicioso que hace más compleja la situación de personas que viven con padecimientos mentales, retoma estudios realizados en Europa sobre las actitudes que adquiere y adopta la sociedad respecto a individuos con serios problemas mentales, mostrando los altos niveles de intolerancia y estigma, donde los medios de comunicación aportan a que la sociedad los perciba como peligrosos no solo para sí mismos, sino para la sociedad o que pueden constantemente ponerse en riesgo, lo que los aliena. Sin embargo, sustenta que una persona puede estar mentalmente enferma, tener algunas creencias irracionales, pero no por ello llevar a cabo actos irracionales; por lo que, si no se cuida evitar remarcar la asociación entre suicidio y enfermedad mental se refuerza el estigma existente, ya que enfermedad mental e irracionalidad no son sinónimos.

Respecto a la crítica al fisicalismo, retoma que este no toma en consideración que, si los desórdenes mentales tienen una base neuro estructural o son producto de una disfunción neuroquímica, por lo tanto, estas enfermedades -que tienen una base en el cerebro- son físicas. Pero, también advierte que existen dificultades para concebir que estados mentales como: la angustia o el miedo, procedan de un dolor ubicado en el cerebro u originado ahí. En otras palabras,

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

no son fácilmente reductibles a un desorden o alteración basada en el cerebro, tanto como es cuestionable ubicar en un solo ámbito (cuerpo o mente) el asunto de la enfermedad mental.

Por lo tanto, Hewitt (2013) infiere que se requiere de una visión unificada de la persona donde, si la enfermedad mental es una alteración o anomalía en la química del cerebro no solo busque arreglarse mediante un tratamiento, sino relacionarse con la experiencia personal de sufrimiento del paciente.

...the influence of physicalism in psychiatry and the public ignominy of mental illness prevent any acceptance that suicide can be a rational decision for any person with serious mental illness. Such assumptions about the constitutive irrationality of mental illness have silenced those with mental illness who suffer existentially (Hewitt, 2013, p. 359)

... la influencia del fisicalismo en psiquiatría y la ignominia pública de la enfermedad mental impiden cualquier aceptación de que el suicidio pueda ser una decisión racional para cualquier persona con una enfermedad mental grave. Tales supuestos sobre la irracionalidad constitutiva de la enfermedad mental han silenciado a aquellos con enfermedad mental que sufren existencialmente (Hewitt, 2013, p. 359)

Sin embargo, apunta con claridad cuándo un suicidio no debería considerarse racional y menciona:

where a person is in acute psychological distress, constitutively irrational, acting on command hallucinations or as the direct consequence of a delusional belief, is unable to appreciate the consequences of his or her actions or realistically appraise present circumstances or future possibilities, or where suicidal impulses are impulsive and unreflected.

Cuando una persona se encuentra en angustia psicológica aguda, constitutivamente irracional, actuando bajo el mandato de alucinaciones o como consecuencia directa de una creencia delirante, es incapaz de apreciar las consecuencias de sus acciones, evaluar de manera realista las circunstancias presentes o futuras, o cuando los impulsos suicidas son impulsivos y no reflexionados (p.364)

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Por otro lado, considera y reconoce que es arriesgado hacer una lista de personas con enfermedades mentales que puedan ser consideradas racionales, pero al menos sugiere los siguientes criterios no exhaustivos, para incluirles:

- 1) That the person is not acting impulsively because of acute psychological distress or acute psychotic phenomena; [Que la persona no está actuando impulsivamente debido a la angustia psicológica aguda o fenómenos psicóticos agudos]
- (2) That suicidal thoughts are not causally linked to command hallucinations or persecutory delusional beliefs; [Que los pensamientos suicidas no están relacionados causalmente con alucinaciones o creencias persecutorias delirantes]
- 3) That the person is able to realistically appraise current circumstances and probable futures; [Que la persona sea capaz de evaluar de manera realista las circunstancias actuales y futuros probables]
- 4) That the person is able to appreciate the possibility for alternative action and the costs and consequences of his or her decision, [Que la persona sea capaz de apreciar la posibilidad de una acción alternativa así como los costos y consecuencias de su decisión]
- 5) That the cause of suicidality is not directly linked to an obviously treatable or remediable condition; [Que la causa del suicidio no está directamente relacionada con una obvia condición tratable o remediable]
- (6) That the person perceives his or her suffering to be unendurable; [La persona percibe su sufrimiento como insoportable]

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

7) That the person has a realistic perception of death. [La persona tiene una percepción realista de la muerte] (Hewitt, 2013, p. 364)

Para recapitular, la pretensión podría basarse en intervenir para asegurarse que cualquier individuo está actuando autónomamente. Pero, diferenciando entre personas que su enfermedad puede ser tratable, donde la calidad de vida puede mejorar si el tratamiento es efectivo y quienes no pueden ser tratados de manera exitosa y experimentan sufrimiento porque no es una manera aceptable de vivir. Lo anterior solo sería válido si se admiten tres elementos: que las personas con enfermedades mentales no necesariamente son irracionales de forma constitutiva; los tratamientos psiquiátricos no siempre son efectivos o bien recibidos por quienes viven con el padecimiento y, que la satisfacción subjetiva con la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales graves no depende únicamente de la ausencia de la psicopatología.

De esta forma, apunta a la naturaleza multifacética de la calidad de vida y que no existe un vínculo establecido entre neurotransmisores y pensamientos suicidas. En otras palabras, la justificación racional del suicidio solo se identifica través de motivos e intenciones, no por la química de cerebro. Por lo que, la visión unificada mente-cuerpo permite dar el mismo peso a fenómenos mentales internos y propiedades físicas. Donde es importante acercarse a la experiencia interna individual que solo se conoce a través de la narrativa de la persona.

Desde esta visión, se debe reconocer que la desesperanza que puede experimentar una persona con una enfermedad terminal es tan importante como la que puede experimentar una persona con una enfermedad mental crónica. Por lo que concluye que, es epistemológicamente importante una visión unificada del ser humano, una visión que acepta el autoconocimiento que las personas tienen. Buscando poder resolver la disparidad entre el peso que se le otorga al dolor físico

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

en contraste con el psicológico, y a su vez, desafiar el discurso predominante del fisicalismo en el suicidio racional.

De esta manera, es posible repensar desde la autonomía, el reconocimiento de que irracionalidad y enfermedad mental no son sinónimos, y que es importante el reconocimiento del dolor y sufrimiento de las personas cuya enfermedad no tiene cura (sea física o mental), que una sociedad que vela por los valores y por los derechos enfocados a decidir, debe tomar en consideración que las personas con enfermedades mentales también deben ser consideradas al momento de legislar sobre cuestiones como la muerte asistida. Por lo que, como se mencionó en este trabajo, se debe empezar por deconstruir las narrativas y conceptos utilizados, ya que en sí mismos contienen una serie de nociones que excluyen y perpetúan posibles daños.

Por ejemplo, como se veía en el caso de Noa Pothoven, la joven se sabía como una sobreviviente y deseaba no prolongar un estado de agonía e incertidumbre, inclusive su familia al vivirlo de cerca apoyó el que solicitara el auxilio para morir, el cual fue denegado y como consecuencia la familia decide continuar el apoyo en la decisión con medios no medicalizados para morir. O, por otro lado, como también se vio en el caso Heringa, el que algo sea considerado como racional (como podría ser el suicidio de adultos mayores con "vida completa") no implica siempre que se vaya a contar con el apoyo de instituciones, pero sí abre paso a reconocer que los familiares, las personas cercanas sienten una obligación por responder ante tales circunstancias y decisiones tan determinantes.

Lo cual muestra que, si en este tipo de problemáticas se pudieran en un primer momento, modificar los prejuicios y estigmas existentes para que así las personas puedan socializar sus pensamientos, emociones, podrían contar con una recepción efectiva que empatiza con la situación

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

de la persona. En consecuencia, la visión actual requiere modificarse y reconocer que, si ya existe la propuesta de un suicidio que se piensa fuera del paradigma psiquiátrico, esta categoría que le da permisibilidad y aceptación para construir a partir de ahí derechos es el camino para atender a cuestiones como las planteadas por Hewitt (2013). En el sentido de que personas con padecimientos mentales podrían ser consideradas como individuos que toman una decisión racional, bien fundamentada y basada en un estado vital real, que merece contar con el derecho con el que cuentan las personas que padecen una enfermedad física grave e incurable.

Desde este último análisis se apunta a que es ético el que puedan acceder a un método eficaz, indoloro y no violento para terminar con su vida, puesto que la calidad de vida y aquellas cuestiones a las que hacen alusión cuando sufren, son el principal motivo para brindar apoyo y orientación, porque el acercarse a su narrativa, permitiría conocer si es factible hacer algo que le permita repensar y disuadirle de elegir esa opción. Lo que queda para futuras investigaciones será revisar si lo propicio es solo incluirles en la categoría o resulta adecuado pensar y construir otro concepto que haga referencia a los derechos con los que deberían contar todas las personas cuya enfermedad es incurable y desean, posterior a un análisis de su situación, orientación profesional, poner fin a su vida.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Conclusiones

La Bioética en el ámbito de la medicina pretende humanizar el trato de la relación paciente-médico con la finalidad de velar por el cuidado de personas vulnerables, pero a la vez asegurar que las personas se sientan respetadas y respaldadas por instituciones y/o cuidadores. Es decir, en tanto que asumimos que el cuidado se trata de algo relacional, a la vez se debe tener presente el modelo que pugna por la autodeterminación, donde se debe vigilar evitar que se perpetúen esquemas de exclusión social, porque, aunque quien decide terminar con su propia vida es responsable de su acto, no se le debe cargar con una culpabilidad, en tanto la decisión de poner fin a la vida surge de la multidimensionalidad del ser humano, pero se lleva a cabo por su voluntad. Si bien en algunos casos se considera solicitar ayuda para morir, el llamado “suicidio racional” abre el panorama para pensar una nueva visión de que el deseo de morir no es irracional, como se ha creído. Y que sí existe empatía para las personas que desean terminar con su vida y solicitar asistencia al considerar que sus deseos pueden ser racionales en función de su estado vital física y emocionalmente afectado.

Este deseo puede deberse, por ejemplo: a edad avanzada que incluya o no el deterioro propio de la edad; personas con un diagnóstico de vida que pronostica la probabilidad de morir dentro de poco tiempo; individuos con condiciones incurables, pero no terminales como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sin embargo, esta visión que intenta romper con la convencional se encuentra insuficiente ya que excluye de manera tajante a las personas que viven con un padecimiento mental. Por lo que, en este trabajo se propuso repensar si la aceptación de la muerte voluntaria podría ser también considerada “racional” cuando la persona padece una enfermedad mental.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

En cuanto a la racionalidad que se ofrece como criterio de esta tipología, es bastante discutible en tanto, como lo afirma Pabst (1982) incluso eso que llamamos racionalidad se encuentra limitada y sesgada, por ello el límite entre racionalidad y no racionalidad es poco nítido en cuanto a decidir qué es lo mejor en cada caso debido a nuestra condición humana falible, además de que la racionalidad también se da como un debate crítico intersubjetivo, y más en el caso de la Bioética, porque si algo es patente en la Bioética es que debe ser dialógica para poder contemplar y concebir las múltiples aristas que puede presentar un fenómeno.

En cuanto a la intersubjetividad, es importante poseer aspectos en nuestra comunicación que cuide valores como sinceridad, respeto, libertad y confianza; para así aproximarnos a comprender en qué sentido es que estamos etiquetando ciertas muertes como irracionales. Hasta el momento, los motivos que se han considerado “rationales” determinan que existe la capacidad para tomar decisiones en beneficio de la persona basándose en su autonomía y autodeterminación. Y lo irracional, como algo que se muestra contrario a los intereses del individuo, por lo que se asume que debe ser prevenido e inclusive protegido por otros. Sin embargo, ¿qué pasa cuando se asume que padecer una enfermedad mental va en contra de los intereses y calidad de vida de alguien y desea terminar con su vida? Como se vio con Hewitt (2013) debería reconsiderarse que el padecimiento mental también es una condición médica y que el sufrimiento y desesperanza que se suscitan por condiciones médicas merecen reconocimiento y escucha activa de la narrativa de la persona.

Lo anterior, no significa que no se deba buscar prevenir suicidios, sino más bien, esto hace la invitación a una modificación de la visión arquetípica del suicidio y la apertura al diálogo que reconozca que, quien sea que decida terminar con su vida pueda tener acceso a un espacio donde se verifique que sea un agente bien informado, que responde a sus propias razones, valores,

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

proyectos y no a los de alguien más. Que se continúe con el debate para que así sea posible un intercambio de opiniones, de quienes que no comparten la visión de la vida como valor supremo, sino de una realidad corporal y existencial, en la que se está consciente de las decisiones asumidas y se vive con un ideal de calidad de vida que incluye dar cabida a pensar en la muerte. Aceptando los límites de la vida, así como de los límites de la medicina.

El tópico de la muerte es de por sí un tema al que se le repele, pero el suicidio, es un tabú que socialmente nos posiciona en un lugar donde se encuentra comúnmente prohibido ahondar en su conocimiento; es un conocimiento velado y del cual se desprenden muchos prejuicios. Y la realidad es que muchas veces se le encuentra negándole su parte de voluntad, quizá porque no se cuentan con los recursos suficientes para enfrentarlo. No obstante, como se recordó en este trabajo, en el mundo se cuenta con opciones disponibles para ayudar a morir. Con lo cual, se acepta que, para comenzar a considerar a quienes incluir dentro de las personas que pueden contar con opciones disponibles para morir bien o dignamente, es necesario dialogar en torno al bien morir.

Por lo anterior, también es pertinente que el paradigma se modifique y se considere que si bien es un tema de decisión individual, cuando se habla de padecimientos físicos o mentales, se ubica en el ámbito de la salud y habría que analizar con detenimiento ¿se puede dar una buena muerte en un contexto no medicalizado? La medicalización de la muerte supone que existe un grupo de expertos que decide con base en su experticia si alguien puede o debe acceder al apoyo para morir. De esta forma, parece imprescindible que el paradigma existente entre en crisis para que sea posible separar y analizar los elementos que integran el sistema de creencias y pensamiento predominante, con el objetivo de repensar el problema, pasando por el lenguaje, acciones individuales y políticas públicas, con la finalidad de tener una visión integral que transite a eventualmente analizar las políticas que no resultan efectivas para el diálogo e integración de la

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

pluralidad. Por esta razón, se considera en este trabajo que el concepto de suicidio racional deba modificarse y comenzar a dialogar a partir del concepto de muerte digna para todas y todos, por el simple hecho de reconocer que merecemos y tenemos derecho a contar con medios que faciliten en casos de enfermedad (ya sea de naturaleza física o mental) una muerte pacífica, indolora, no violenta.

En conclusión, con este trabajo se pretende afirmar que incluso frente a algunas enfermedades mentales, los deseos de suicidio pueden seguir siendo racionales. Siempre y cuando se cumplan criterios, como podría ser que las personas deben demostrar racionalidad (esto podría ser a través de pruebas especializadas y diálogo); tener información y juicios realistas sobre sí mismos y su vida (lo importante sería poder contar con información y con quién compartirla), estar en un estado mental que no se vea gravemente comprometido por una enfermedad mental (por ejemplo: en una crisis), y que la toma de decisiones sea congruente con sus valores fundamentales e intereses críticos (Nelson, L.J. y Ramírez E., 2017).

En suma, el juzgar que los suicidios son éticamente incorrectos es un tema del que se puede debatir interminablemente, pero, existe un primer paso para reconocer si una muerte voluntaria puede ser éticamente justificable y se hizo gracias a la noción de “suicidio racional”, que permitió en un principio, identificar muertes voluntarias que tuvieran como motivo ya sea edad avanzada o una enfermedad terminal. Además, como se ha vislumbrado en este trabajo, mientras la acción sea resultado de una decisión responsable y con conciencia, es decir, que se ejecute por un ser con autonomía, libertad y voluntad -aunque padezca una enfermedad mental- está llevando a cabo una decisión ética y ejerciendo su autodeterminación (González, 2000).

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Finalmente, las consideraciones bioéticas como el significado personal de la vida y la muerte, que nos invitan a reflexionar y profundizar temas sensibles como el suicidio, deja abiertas algunas preguntas a debate como: ¿solo las personas que padecen una enfermedad merecen una muerte pacífica, indolora y no violenta?, ¿qué consideraciones se deben tener con las personas que expresan el deseo de poner fin a su vida y no existen antecedentes de síntomas, padecimientos físicos o mentales y deciden solicitar asistencia para su muerte? Estas preguntas, se presentan ante conflictos éticos que suscita el suicidio o como en este trabajo se ha procurado considerar, muerte voluntaria, en tanto que se plantea que no se debe suponer que todo el que decide terminar su vida lo hace porque “no se encuentra en su sano juicio”.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Países Donde se ha Regulado el Suicidio Médicamente Asistido y el Suicidio Asistido

Países donde se ha legislado a favor del suicidio médicamente asistido

- Australia en los estados de Victoria, Australia Occidental, Australia del Sur, Tasmania y Queensland
- Austria
- Bélgica
- Canadá
- España
- Estados Unidos, en los estados de Oregon, Washington, Vermont, Montana, California, Colorado, Hawái, New Jersey, Maine, Nuevo México
- Luxemburgo
- Nueva Zelanda
- Países Bajos

*En Suiza se permite el Suicidio Asistido. Esta asistencia es proporcionada por voluntarios (no médicos) que trabajan para organizaciones sin fines de lucro (Dignitas, Lifecircle, Exit). El papel de los médicos se limita a la prescripción de la droga letal y evaluar la capacidad de decisión del paciente; es decir, no realizan la asistencia en el propio suicidio.

Parte de esta información se obtuvo de la presentación titulada *Muerte Digna y muerte Asistida* de la Dra. Asunción Álvarez del Río, así como de Andorno. R. (2013) Nonphysician-Assisted Suicide in Switzerland. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*. 22, 246-253.



“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Legislación en Países Donde se Permite la Muerte Asistida

-Alemania (acta de 1871): El suicidio asistido está permitido, bajo ciertas condiciones. La eutanasia está estrictamente prohibida.

-AUS-Australia Meridional (2021-act); AUS-Australia Occidental (2019-act); AUS-Queensland (acto de 2021); AUS-Tasmania (acto de 2021); AUS-Victoria (2017-act): La muerte médicamente asistida está permitida, bajo condiciones.

-Austria (2022-ley): El suicidio asistido por un médico (SMA) está permitido, bajo condiciones.

-Bélgica (2002-ley): Tanto la eutanasia como el suicidio asistido están permitidos, bajo condiciones y realizados por un médico.

-Canadá (2016-ley): El suicidio asistido y la eutanasia están permitidos, bajo condiciones y realizados por un médico.

-Colombia (1997- demanda): La eutanasia es, bajo ciertas condiciones, no punible. El suicidio asistido sigue prohibido.

-EE. UU.- Oregon (1997- act); EE. UU.-California (2016-act); EE. UU.-Colorado (2016-act); EE. UU.-Distrito de Columbia (2017 - ley); EE. UU.-Hawái (2019-act); EE. UU.-Maine (2019-act); EE. UU.-Montana (2009-demanda); EE. UU.-Nueva Jersey (2019-act); EE. UU.-Nuevo México (2021-act); EE. UU.-Vermont (2013-act); EE. UU.-Washington (2009-act): El suicidio asistido por un médico está permitido, bajo ciertas condiciones.

-España (2021-ley): Se permite tanto la eutanasia como el suicidio asistido, bajo condiciones y realizados por un médico.

-Luxemburgo (ley de 2009): Se permiten tanto la eutanasia como el suicidio asistido, bajo condiciones y realizados por un médico.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

-Nueva Zelanda (2020-ley): Se permiten tanto la eutanasia como el suicidio asistido, bajo condiciones y realizados por un médico.

-Países Bajos (2001-ley): Tanto la eutanasia como el suicidio asistido están permitidos, bajo condiciones y realizados por un médico.

-Suiza (ley penal de 1937): El suicidio asistido está permitido, bajo condiciones, La eutanasia está estrictamente prohibida.

Crterios para la muerte asistida

Australia: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. Se establece un tiempo de pronóstico de vida de 6 meses o muerte próxima.

Austria: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. No se establece un tiempo de pronóstico de vida. Se toma en consideración el pedido de pacientes psiquiátricos y/o demencia temprana y/o quienes argumentan “vida completa”.

Bélgica: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. No se establece un tiempo de pronóstico de vida. Se toma en consideración la petición de menores de edad. Debe realizarse un pedido formal a través de Voluntad Anticipada. Se toma en consideración el pedido de pacientes psiquiátricos y/o demencia temprana y/o quienes argumentan “vida completa”.

Canadá: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. No se establece un tiempo de pronóstico de vida.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Colombia: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. No se establece un tiempo de pronóstico de vida. Requiere aprobación previa de un comité. Se toma en consideración la petición de menores de edad. Debe realizarse un pedido formal a través de Voluntad Anticipada.

EE. UU: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. Se establece un tiempo de pronóstico de vida de 6 meses o muerte próxima.

España: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. No se establece un tiempo de pronóstico de vida. Requiere aprobación previa de un comité. Debe realizarse un pedido formal a través de Voluntad Anticipada.

Luxemburgo: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. No se establece un tiempo de pronóstico de vida b) No se establece un tiempo. Debe realizarse un pedido formal a través de Voluntad Anticipada. Se toma en consideración el pedido de pacientes psiquiátricos y/o demencia temprana y/o quienes argumentan “vida completa”.

Nueva Zelanda: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. Se establece un tiempo de pronóstico de vida de 6 meses o muerte próxima.

Países Bajos: La petición responde a un pedido voluntario, y como consecuencia de un sufrimiento intolerable causado por una condición médica que no puede aliviarse. No se establece un tiempo de pronóstico de vida. Se toma en consideración la petición de menores de edad. Debe realizarse

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

un pedido formal a través de Voluntad Anticipada. Se toma en consideración el pedido de pacientes psiquiátricos y/o demencia temprana y/o quienes argumentan “vida completa”.

Suiza: Asegurarse de que existe un pedido voluntario. No se establece un tiempo de pronóstico de vida. Se toma en consideración el pedido de pacientes psiquiátricos y/o demencia temprana y/o quienes argumentan “vida completa”.

Nota: Realizado con información obtenida de la presentación titulada *Muerte Digna y muerte Asistida* de la Dra. Asunción Álvarez del Río y de Información recabada de World Federation Right to Die Societies (8 de mayo de 2023) *¿Where is assisted dying allowed? World Map* <https://wfrtds.org/worldmap/>

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Bibliografía

- (2019) La dura infancia que narra Noa Pothoven en su libro. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vida/20190605/462696156987/noa-pothoven-libro-frases-violacion-depresion-estres-postraumatico.html>
- (2019) Muere Noa Pothoven, la joven de 17 años que solicitó la eutanasia en Holanda por sufrir estrés postraumático y depresión. *BBC News Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-48521741>
- Agencia EFE. (1 de septiembre 2018). *Heringa el anciano que ayudó a su madre a morir y dividió a la Justicia* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=7aoPfhPsIU&t=71s>
- Alonso Salas, Á. (2021). *Suicidio “Racional” ¿Un problema Bioético?* Programa Universitario de Bioética
- Álvarez del Río, A. (2005). *Práctica y ética de la eutanasia*. Fondo de Cultura Económica.
- Álvarez del Río, A. (2019). Pacientes con enfermedad mental piden ayuda para morir. *Voces México*. <https://vocesmexico.com/opinion/pacientes-con-enfermedad-mental-piden-ayuda-para-morir/>
- Álvarez del Río, A. (2021). No todos los suicidios son iguales. En Kraus, A., *Suicidio* pp. 67-82
- Álvarez, A. (2014). *El dios salvaje: Ensayo sobre el suicidio*. Hueders.
- Améry, J. (2005). *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*. Pre-Textos.
- Ariés, P. (1984). *El hombre ante la muerte*. Taurus.
- Basaglia, F. (Ed.). (1978). *Razón, locura y sociedad*. Siglo Veintiuno Editores.
- Battin, M. (1982). *Ethical Issues in Suicide*. Prentice- Hall, Inc.
- Battin, M. (1999). Can suicide be rational? Yes, sometimes. En J. L. Werth (Ed.), *Contemporary perspectives on rational suicide*. Taylor & Francis. pp. 13–21
- Battin, M. (2015). *The Ethics of Suicide. Historical Sources*. Oxford University Press.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Biblioteca del Congreso (2015). *Países Bajos: Precedente establecido en caso de suicidio asistido por hijo* <https://www.loc.gov/item/global-legal-monitor/2015-06-17/netherlands-precedent-set-in-case-of-son-assisted-suicidio/>

Carrigan, D. (2014). *An American Right to Die- with perfectly legal Peaceful Self Deliverance choices*. Autoedición

Chabot, B. (2014). *Dignified Dying. A guide*. Autoedición.

Clarke, D. (1999). Autonomy, rationality and the wish to die. *Journal of Medical Ethics*, 25, 457-462

Cohen, D. (2012). *Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas*, Fondo de Cultura Económica.

DW (31 enero 2018). *Condenan a holandés que ayudó a morir a su madre*. <https://p.dw.com/p/2rs56>

El Mundo (31 de enero 2018). *Seis meses de cárcel para un holandés que practicó la eutanasia a su madre* <https://www.elmundo.es/internacional/2018/01/31/5a71de>

Engelhart, K. (2021). *The inevitable: Dispatches in the right to die*. St. Martin's Press.

Evenblij, K., Pasma, H. R., Pronk, R y Onwuteaka-Philipsen, B. (2019). Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists, *BMC Psychiatry*, 19 (74). <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2053-3>

Florijn, B. W. (2022). From Reciprocity to Autonomy in Physician-Assisted Death: An Ethical Analysis of the Dutch Supreme Court Falling in the Albert Heringa Case, *The American Journal of Bioethics*, 22(2), 51-58, DOI: [10.1080/15265161.2020.18635105046163f722b8b45d9.html](https://doi.org/10.1080/15265161.2020.18635105046163f722b8b45d9.html)

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo veintiuno.

Giwa, A. (2019). A completed treatise o rational suicide. *Bioethics UPdate*. 5, 107-120

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

González Valenzuela, J. (1996) *El ethos, destino del hombre*. Fondo de Cultura Económica/
UNAM

González, J. (1996). *El ethos, destino del hombre*. FCE/UNAM

González, J. (2000) *El poder de eros. Fundamentos y valores de ética y bioética*. Paidós, UNAM.

González, J. (2008). Dignidad Humana. En Tealdi, J.C, (Dir.), *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, p. 277. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Universidad Nacional de Colombia.
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000161848>

González, J. (2008). Introducción: ¿Qué Ética para la Bioética? En González, J. (Coord,) *Perspectivas de Bioética*. FCE, CNDH, UNAM.

Gould, D. (2008). Suicidio racional. En: Loue, SJ, Sajatovic, M. (eds) *Encyclopedia of Aging and Public Health*. Springer. https://doi.org/10.1007/978-0-387-33754-8_375

Graue Wiechers, E. (2021). Algunas reflexiones sobre el suicidio. En Kraus, A., *Suicidio* pp.21-34.

Hardwig, John (2009). *Going to meet death: The art of dying in the early part of the twenty-first century*, The Hastings Center Report 39, pp. 37-45

Hewitt, J. (2013). Why are people with mental illness excluded from the rational suicide debate? . *International Journal of Law and Psychiatry*. 36, 358-365

Hume, D. (2017). Del suicidio. De la inmortalidad del alma. Océano exprés.

Illich, I. (1975) *Nemesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores.

Landsberg, P.L. (1995). *Ensayo sobre la experiencia de la muerte. El problema moral del suicidio*. Caparrós.

Linares, J. (2021). Una aproximación al suicidio en la tradición filosófica. En Kraus, A., *Suicidio* pp. 287-304

Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 28(2), 327-350

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

- Mayo, D. (1986). The Concept of Rational Suicide, *The Journal of Medicine and Philosophy*, 11, 143-155
- Mendoza, A. (2017). La relación médico paciente: consideraciones bioéticas. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(4), 555-564.
- Nayyar, D., Kawaguchi, S. y Mah, B. (2019). Request for medical assistance in dying after a suicide attempt in a 75-year-old man with pancreatic adenocarcinoma. *Canadian Medical Association journal*, 191(30), 838–840. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190175>
- Neira, H. (2017). Suicidio soberano y suicidio patológico. *Ideas y Valores*, 66 (164), 151-179
- Nelson, L. y Ramírez E. (2017). Can Suicide in the Elderly Be Rational?. En McCue, R. y Balasubramaniam, M. (Eds.) *Rational Suicide in the Elderly. Clinical, Ethical and Sociocultural Aspects*. Springer. pp. 1-21 https://doi.org/10.1007/978-3-319-32672-6_1
- NNVE (s/f) *De laatste wens van Moek* [video] Vimeo <https://vimeo.com/48799737>
- Orozco P. [Comisión Nacional de Bioética] (7 de junio de 2023). Estigma hacia los padecimientos mentales: un desafío persistente en salud pública. [Video]. YouTube. https://www.youtube.com/watch?v=pNzaHcNBPmg&list=PLU5Pkcd_IVh1YyWxuYJjpXOWMFWOkOgzi&index=3&t=1334s
- Reza, H. (2009). Suicidio lúcido y patológico. *Psiquis - Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez*, Volumen (18), pp. 23-28 <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=56100>
- Rivero, P. (2021). *Introducción a la Bioética. Desde una perspectiva filosófica*. Fondo de Cultura Económica.
- Schramme, T. (2013). Rational suicide, assisted suicide, and indirect legal paternalism. *International Journal of Law and Psychiatry*. 36, 477-484
- Sciascia, L. (1990). *Crucigrama*. Fondo de Cultura Económica.
- Séneca, L.A. (2013). *Consolaciones. Diálogos. Epístolas morales a Lucilio*. (Trad. Roca. I.). Gredos.

“Muerte voluntaria, una re-visión desde la bioética. Reflexión en torno al suicidio racional y el suicidio asistido”

Serna, Y. (2020). *Sobre la moralidad del suicidio: Una reflexión filosófica sobre la muerte voluntaria*. Universidad de Caldas. Introducción. p. 2

Shestak, V. y Ryabinina, E. (2021). Approach to euthanasia in the Kingdom of the Netherlands. Moscow: Moscow University of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation named after V.Ya. Kikotya. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3829800>

Szasz, T. S. (2002). *Libertad fatal: Ética y política del suicidio*. Paidós.

Thornicroft, G. (2007) Elementos para combatir la discriminación de las personas con enfermedad mental. Oxford University Press, en *Norte de Salud Mental*. (28), 16-22.

UNESCO (2005). Declaración Universal Sobre Bioética y Derechos Humanos <https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/subtemas/bioeticayderechoshumanos.pdf>

Vargas, D. (2020). *El suicidio como acto y sus paradojas*. Letra Viva.

Vilatta, E. (2017). Filosofía de la mente y Psiquiatría: alcances y límites de una perspectiva naturalista para el estudio de los delirios. *Co-herencia*. 14, (27), 159-180. DOI: 10.17230/co-herencia.14.27.7