

Por Damián Muñoz, Coordinador del Máster en Cuidados Paliativos del Hospital La Paz.
(Publicado en *Diario Médico*, 6 de marzo de 2006).

El pasado 17 de enero, la Corte Suprema de EE.UU. sentenció que el Fiscal General no puede prohibir que los médicos del Estado de Oregón proporcionen sustancias para suicidarse a los pacientes que cumplan los requisitos previstos en la ley sobre suicidio asistido, que entró en vigor en ese Estado en 1997. Dicha ley permite a los médicos recetar productos letales a los pacientes mayores de edad, con una esperanza de vida inferior a seis meses y que, tras comunicar verbalmente su deseo de suicidarse, lo reiteren por escrito 15 días después.

Esa sentencia me ha recordado una noticia publicada en el año 2000 en Los Angeles Times: un hombre desesperado estaba a punto de suicidarse en su vivienda del centro de Los Angeles y unos policías le gritaron: “si te vas a suicidar, date prisa... y hazlo; así nos podremos marchar de aquí”. Momentos más tarde, aquel pobre hombre se pegó un tiro en la cabeza, con la consiguiente indignación de los que presenciaban la escena.

Evidentemente, cuando alguien decide suicidarse –tanto si está enfermo como si está sano pero desesperado- no lo hace porque quiera morir sino porque quiere dejar de sufrir. Por eso llama la atención que una sociedad pueda responder de formas tan diferentes ante el deseo del suicida, según sea su situación clínica. Lo explicaba muy bien hace unos años Mark Pickup, un enfermo canadiense de Esclerosis Múltiple: “si una persona sana presenta tendencias suicidas, recibe ayuda, incluso se la somete a un tratamiento psiquiátrico hasta que pase la crisis. El objetivo es procurar que esa persona recupere su autoestima para poder vivir con dignidad. Pero si es un enfermo incurable o un discapacitado, la discusión gira automáticamente en torno a expresiones como “muerte digna”, “libertad de elegir la propia muerte” o “acto de autonomía y autodeterminación”. ¿Por qué esa diferencia?” (National Post. Toronto, 6.I.1999).

Un informe de la OMS del año 2004, con motivo del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, cifraba en un millón el número anual de muertes en el mundo por suicidios: más que la suma de los que mueren por homicidios y por guerras. Un serio problema de salud pública, por tanto, que reclama unos medios para prevenirlo y no unas medidas legislativas para facilitarlos en algunos casos.

De este contrasentido advertía Javier Mahílllo, un joven profesor de filosofía que falleció por un

cáncer hace pocos años: “¿Podemos recriminar a nuestros adolescentes que pongan fin a sus jóvenes vidas cuando atraviesan terribles etapas de amargura y desesperación y reivindicar, a renglón seguido, nuestro derecho a suicidarnos para evitarnos sufrimientos? Pues no me parece lógico”. (“Vivir con cáncer”, Espasa, Madrid, 2000).

A veces se afirma que un enfermo incurable que pide a su médico ayuda para suicidarse, está tomando una decisión perfectamente libre y sin ningún tipo de condicionamientos. Pero probablemente esa libertad esté muy condicionada por la propia enfermedad: de hecho, el paciente está optando por algo que no conoce y que acabará con su propia libertad. Seguramente la petición de muerte no nos parecería racional en alguien que estuviera en una situación normal y cuya libertad no estuviera tan condicionada.

Puede ser bueno recordar que la libertad tiene mucho que ver con la capacidad de independencia de lo externo. En un enfermo grave, las circunstancias que le rodean, una atención deficiente de sus necesidades, la sensación de inutilidad y de ser una carga, el miedo al dolor, al deterioro físico, a la falta de autonomía,... pueden estar condicionando seriamente su libertad, y presentándole el suicidio como la única escapatoria de una situación que le resulta –o se imagina en el futuro- insoportable. Por otra parte, se ha comprobado una gran fluctuación en los deseos de los enfermos en fase terminal y una elevada prevalencia de cuadros depresivos, que muchas veces no son diagnosticados –no es sencillo hacerlo- ni tratados. También está descrito en estos pacientes el llamado “síndrome de desmoralización”: pérdida de sentido, distress psicológico, desánimo, desesperanza, etc.

Amar, según Pieper, es decirle a alguien: “es bueno que tú existas”. Y también Malraux parece en sintonía con esa idea cuando afirma: “la verdadera civilización consiste no sólo en reconocer que el otro existe, sino en verlo como imprescindible”. Muchas veces, el enfermo que solicita la eutanasia o pide ayuda para suicidarse, está haciendo una pregunta subliminal a los que le cuidan: “¿es bueno para ti que yo exista?; ¿de verdad estás contento de que yo siga viviendo?; ¿hasta qué punto estás dispuesto a seguir cuidándome con alegría?” La respuesta se la daremos con nuestra actitud. Ojalá sea la que siempre animó a Cicely Saunders, pionera de los Cuidados Paliativos: “No estamos aquí para ayudarte a morir; estamos aquí para ayudarte a vivir hasta que mueras”.