

# El suicidio asistido como estrategia de prevención del suicidio traumático

Assisted suicide as prevention against traumatic suicide

Mario Sebastiani<sup>a,b</sup>

## Resumen

En este artículo, el autor reflexiona sobre la importancia de reconocer el suicidio como un problema de salud pública, sus causas y las recomendaciones generales para prevenirlo. Finalmente, propone considerar la muerte médicamente asistida o el suicidio asistido como una estrategia de prevención del suicidio traumático.

## Abstract

In this article, the author reflects on the importance of recognizing suicide as a public health problem, its causes, and general recommendations to prevent it. Finally, he proposes considering medical assistance in dying or assisted suicide as a prevention strategy against traumatic suicide.

Palabras clave: Suicidio, Suicidio Asistido, Prevención del Suicidio, Bioética. Keywords: Suicide, Assisted Suicide, Suicide Prevention, Bioethics.

Sebastiani M.. El suicidio asistido como estrategia de prevención del suicidio traumático. Evid Actual Pract Ambul. 2023;26(4):e007103. Available from: <https://dx.doi.org/10.51987/EVIDENCIA.V27I1.7103>.

## Introducción

No quiero que haya más suicidios traumáticos. No dije que no quiero más suicidios, dado que estoy del lado de aquellos que respetan las decisiones de los demás.

El instante mismo en que una persona toma en sus propias manos el fin de su vida es algo que me ha conmovido siempre de manera particular. Esa actitud, casi siempre tomada en soledad, es para mí, y para casi todas las personas, uno de los enigmas no resueltos de la humanidad. No existe libro que hable del suicidio o del suicidio asistido y no agregue la apostilla de Albert Camus: *'No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio, y ese es el suicidio. Juzgar que la vida vale o no la pena de ser vivida equivale a responder a la cuestión fundamental de la filosofía'*<sup>1</sup>. Dedicado desde hace un tiempo a la reflexión sobre el fin de la vida, encuentro que los temas tales como el dolor, el sufrimiento y la indignidad afectan de manera particular los sentimientos y la empatía hacia quien los padece y pide por la ayuda para lograr un fin de vida.

## Anatomía del suicidio

Me sorprendió de manera particular el tomar conocimiento que una de cada cien muertes es por suicidio. Son más frecuentes que las muertes por cáncer de mama, el VIH o el paludismo, por citar tan solo algunos ejemplos<sup>2</sup>. El periodista José María Acosta en una nota en el diario La Nación del 5 de octubre de 2023 nos alerta que en la Argentina, muere una persona cada tres horas por suicidio, según el último informe del Ministerio de Salud de la Nación<sup>3,4</sup>. En 2021, hubo en total 2.865 suicidios, lo que representa 6 muertes cada 100 mil habitantes. Esta cifra supera la cantidad de muertes por enfermedades congénitas, bronquiolitis, afecciones perinatales, apendicitis y obstrucciones intestinales, enfermedades metabólicas y los tumores malignos de varias localizaciones, entre otras, ocurridas en el mismo periodo<sup>5</sup>. Además, resulta alarmante que casi el 40% de esos suicidios hayan ocurrido en personas jóvenes y adolescentes: 68, en niños y niñas de 10 a 14 años; 301, en adolescentes de 15 a 19; 410, en jóvenes de 20 a 24 y 365, en adultos de 25 a 29. En estos grupos etarios, el suicidio es la una de las principales causas de muerte por factores externos, incluso superando aquellas producidas por

los siniestros viales entre los 10 y los 24 años<sup>5</sup>. ¡Una muerte por suicidio cada tres horas!

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tras numerosos intentos de suicidio, en el mundo más de 703.000 personas se quitan la vida cada año, lo que corresponde a una muerte cada 40 segundos, y desde la declaración de la pandemia de COVID-19 por parte de la Organización Mundial de la Salud en marzo de 2020, más individuos experimentan sentimientos de pérdida, sufrimiento y estrés<sup>6</sup>. La Tabla 1 contiene algunos datos que explican la preocupación por esta silenciosa pandemia.

**Tabla 1.** Datos clave de la Organización Panamericana de la Salud para la concientización sobre la importancia de la prevención del suicidio. Fuente: OPS<sup>6</sup>

En la Región de las Américas fue notificado un promedio de 98,000 muertes por suicidio al año entre 2015 y 2019.
En EE.UU. la tasa de suicidios ha crecido aproximadamente 37% en el período 2000 a 2021.
Aproximadamente 50.000 personas se han suicidado en EE.UU. en el 2021.
Se estima que 450.000 jóvenes perderán a uno de sus padres a manos del suicidio cuando lleguen a la edad de 18 años.
Alrededor del 79% de los suicidios en la Región de las Américas ocurren en hombres. La tasa de suicidio en el hombre es más de tres veces superior a la de las mujeres.
El suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes de 20 a 24 años en las Américas. Las personas de 45 a 59 años tienen la tasa de suicidio más alta de la Región, seguidas por las de 70 años o más.

## Estrategias de prevención

Las estrategias planteadas por la OPS buscan reducir el número de muertes prematuras en un tercio para 2030 y están en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas<sup>6</sup>. Claramente una de las dificultades más importantes que encuentran los investigadores y operadores de la salud pública es la escasez de datos aportados por los distintos

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia, Hospital Italiano de Buenos Aires.

<sup>b</sup> Comité de Bioética Asistencial, Hospital Italiano de Buenos Aires.



países. De alguna manera debe quedar claro que si no hay datos es imposible establecer políticas públicas efectivas. En 2016, la OPS publicó un informe sobre prevención de la conducta suicida<sup>7</sup>, y ha buscado visibilizar el problema a través de la celebración del Día Mundial de la Prevención del Suicidio, en conjunto con la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio desde 2003. El lema del periodo 2021 a 2023 es '*Crear esperanza a través de la acción*'<sup>8</sup>.

### ¿Por qué aumenta el número de suicidios en vez de bajar?

Claramente no hay una única causa, dado que de por sí el suicidio tiene miradas complejas y multifactoriales. Voy a enumerar las causas que suelen describirse en la literatura pero fundamentalmente para comprender las barreras para su abordaje y las dificultades a las que nos exponemos día a día las personas comunes, entre las cuales incluyo también al suicida.

1. La bibliografía es abundante en cuanto a que los problemas, emocionales, psicológicos o psiquiátricos (depresión, ansiedad, trastornos bipolares o trastornos de personalidad) suelen ser por demás frecuentes entre los suicidas<sup>9</sup>. La respuesta de los actores sociales a los que puede haber recurrido un potencial suicida, son dificultosas sea en los servicios de psicología o psiquiatría, o bien en las guardias generales de los hospitales. Destacamos que existen barreras a la internación en los nosocomios por distintos motivos que suelen ser administrativos, de capacidad o incluso de la regulación legislativa. Por último, existe el problema de la falta de disposición de las personas suicidas a los tratamientos propuestos. Para los futuros suicidas, la sola mención de la palabra suicidio significará una internación hospitalaria o dicho de otra forma, la pérdida de la libertad en manos de las fuerzas del orden. El estigma que produce la consulta psiquiátrica es tal, que por lo general retarda el contacto de las personas hacia esas especialidades, sin olvidar que algunas personas viven en entornos de escasa densidad de población y nó en ciudades o metrópolis con acceso a servicios y/o instituciones que puedan dar respuestas a estas demandas.
2. Los factores económicos y sociales pueden estimular la ideación suicida, por ejemplo el desempleo, la pobreza, la pérdida de un trabajo que sostiene a la persona y a sus familiares, o bien el aislamiento social<sup>9</sup>. Estos factores que son propios de la sociedad y de la incapacidad que podemos tener de ofrecer ayuda eficaz, son fáciles de enumerar y difíciles de resolver. Sumemos además la anomia social, la soledad, la falta de estímulos hacia el futuro, la desocupación, los cambios cualitativos laborales, que son particularmente frecuentes y donde los políticos, los economistas y los sociólogos, no tienen respuestas ni idea sobre lo que será el futuro. Ya que mencioné la palabra futuro, podemos admitir que mientras algunos aspectos nos sorprenden y nos maravillan, como por ejemplo, la inteligencia artificial, los cambios que pueden producirse por el avance de estas tecnologías son estremecedores en cuanto al cambio educacional, social y laboral. Revisiones sistemáticas documentaron en varios países<sup>10,11</sup> que en adultos y adolescentes aumentaron la ideación suicida, las conductas autolesivas y las tasas de suicidio<sup>10,11</sup> durante la pandemia de COVID-19, probablemente debido a problemas de aislamiento social consecutivos a las medidas implementadas en el ámbito laboral y comercial<sup>12,13</sup>,

3. El otro aspecto complejo es el de la divulgación del tema. Existe, con o sin fundamentos sólidos, una actitud de censura y aún de autocensura, en los divulgadores sobre los temas relacionados con el suicidio. Si el periodismo calla, no visibiliza el problema (lo que sucede ahora). Si informan, lo hacen con miedo a que la cobertura sea sensacionalista o a que produzca un efecto de imitación o de contagio. El sociólogo David Phillips en el 1974 demostró que el número de suicidios se incrementaba cada vez que el New York Times publicaba una nota sobre el suicidio<sup>14</sup>. También se denominó a esta situación *efecto copycat* cuando el suicida era una persona conocida, como en el caso de la actriz Marilyn Monroe o el guitarrista del grupo Nirvana, Kurt Cobain. El *efecto Yukko* se dio en Japón en 1986, cuando 28 adolescentes se suicidaron luego de que la cantante Yukiko Okada perdiera la vida arrojándose de un séptimo piso. Estas conductas de imitación son bien estudiadas por quienes trabajan en los medios, y existen lineamientos generales promovidos por la OMS<sup>15</sup> para que los profesionales involucrados brinden cobertura sin promover o inspirar compasión en los lectores al tomar conocimiento de estos casos, de manera que pueda interpretarse que el suicidio pueda ser la salida razonable a un sufrimiento.

### El estudio de cada caso

El aprendizaje necesario para comprender las causas que llevan a una persona a terminar con su vida surge del estudio de cada caso en particular. Los aspectos que requieren una minuciosa recolección de información para su posterior análisis incluyen<sup>16</sup>:

- Los antecedentes de la salud de las personas, sumados a la autopsia que se realiza en todos los casos en las morgues judiciales. En efecto, una enfermedad o el conocimiento de una enfermedad invalidante o una discapacidad en el futuro, pueden ser los desencadenantes de esa decisión. La autopsia puede corroborar las suposiciones y afinar más la causa de un suicidio.
- La entrevista con familiares, amigos o convivientes en sedes laborales. En estas reuniones se puede tomar conocimiento sobre la biografía reciente o pasada del suicida, los factores que le provocaban estrés, o los días previos a la determinación de terminar con su vida.
- La revisión de la historia clínica y el análisis de los comentarios del personal de la salud que haya estado en contacto o indicado tratamientos relacionados con la salud en los últimos tiempos, medicación o diagnósticos de enfermedades.
- La búsqueda de notas, mensajes en redes sociales, WhatsApp u otros sitios donde puedan encontrarse mensajes de despedida u otros mensajes que puedan dar cuenta del estado emocional que haya tenido el suicida antes de lograr su objetivo.

En términos generales, en medicina o en sociología, cuando se quieren cambiar las cosas se trata de identificar los factores para comprender las causas de un determinado comportamiento. En este caso, se identifican falencias del sistema de salud y dificultades de las relaciones comunitarias, así como de las capacidades individuales para adaptarse a los vaivenes sociales. Hay escenarios aún más complejos y vulnerables en el contexto de las guerras, catástrofes, conflictos socioeconómicos o necesidades migratorias. En efecto, una de las asociaciones principales se encuentran en los trastornos mentales pero no deben descuidarse otros factores como los afectivos, los económicos, las relaciones tóxicas o el acoso escolar, por citar tan solo algunos de ellos.

Analizadas someramente las causas, ya nos damos cuenta de la dificultad que existe para erradicarlas o mitigarlas. Pero el punto de partida debe ser el de considerar en forma multidisciplinaria la situación para evaluar los casos, buscar la autopsia relacional de cada caso, tener buenas estadísticas y ser honrado a la hora de analizar la efectividad de las estrategias de prevención. Penalizar la conducta, me parece, que es el peor inicio para un trabajo serio y eficiente.

### Estrategias para la prevención del suicidio

Los lineamientos internacionales propuestos para la prevención del suicidio se estructuran en cuatro estrategias: la formación de los medios de comunicación para que difundan de forma responsable las noticias sobre suicidios; la limitación del acceso a los medios de suicidio (por ej. plaguicidas muy peligrosos y armas de fuego); la estimulación del desarrollo de competencias socioemocionales para la vida en los adolescentes; y la detección temprana, evaluación, gestión y seguimiento de las personas con pensamientos y comportamientos suicidas<sup>17</sup>.

Según un informe de la Unión Europea, una de cada seis personas presentaba un problema de salud mental antes de la pandemia, que provocó una pérdida económica de aproximadamente 600 millones de euros<sup>18</sup>. En la actualidad, no hay dudas de que la situación es aún peor. Es importante que las instituciones educativas y deportivas, así como los entornos familiares y sociales acepten que algunos de sus miembros pueden tener ideación suicida, y ayuden a la contención de estas personas sin estigmatizar la palabra suicidio, aceptando en todo caso, a esta problemática como una realidad y no como una flaqueza o un error.

El acceso a los servicios de salud mental, no tiene que ser estigmatizante, debe ser facilitado, lo que implica por parte de los gerencadores de salud determinación, presupuesto y aceptación. Los programas de detección deben ser imaginados desde los operadores sociales (familiares, docentes) y no desde el sistema de salud. Recordemos que si no hay conciencia de enfermedad, no hay consulta. Son los psicólogos y los psiquiatras quienes deben alertar sobre signos a quienes están fuera de la institución de salud para que la detección y la ayuda sea temprana.

Solemos hablar de la disminución de la estigmatización, pero hay que vestir esta palabra de estrategias efectivas. Y pensar qué hacemos cada uno de nosotros en nuestro medio para disminuir la soledad de los demás, el *bullying* a los escolares o la retracción social de algunas personas. Vivimos en épocas donde el egoísmo y la falta de solidaridad tienen una presencia muy marcada en la cotidianeidad. Asimismo, puede ser útil compartir historias de recuperación y de resiliencia. Y nuevamente, volvemos a los medios de comunicación, su responsabilidad y la delgada línea que separa la información de la noticia amarilla. Algunos países ya han implementado directrices para la cobertura responsable del suicidio y las autolesiones y programas de monitoreo de la adherencia de los medios a las recomendaciones<sup>17</sup>.

### El suicidio asistido como estrategia para la reducción del suicidio traumático

Las estrategias de prevención del suicidio tienen mayores componentes declarativos, que evidencia científica que las respalden. Abarcan una miríada de alternativas que debieran ejecutarse en sincronía y, aun así, el objetivo de prevenir el suicidio no estaría garantizado.

Habida cuenta que el suicidio no va a desaparecer, partiría de un objetivo primordial y es que el fin de la vida nunca debe ser en soledad. No estoy hablando de utopías; estoy diciendo que si el suicidio, luego de un efectivo trabajo en distintos aspectos de la vida de la persona y de los conflictos que padece, es la única salida que el suicida encuentra en su situación de vida, esa

salida nunca debe ser traumática o en soledad sino con una asistencia y compañía empática ante su último deseo<sup>19</sup>. Por ello, vale la pena preguntarse si una muerte asistida no puede ser la estrategia para prevenir una muerte traumática. Y en ese proceso de ayuda, quizás, algunos eviten su suicidio. Hay que comprender que para algunos, la muerte es un horror y para otros, un alivio.

La muerte médicamente asistida o eutanasia y el suicidio asistido son figuras legales en algunos países, según las cuales una persona que no desea vivir más —por motivos varios, no solo una enfermedad— puede solicitar que la asistan para morir<sup>20,21</sup>. Estas personas no necesariamente tienen que estar sufriendo un dolor físico, pero habitualmente se requiere que el sufrimiento del paciente sea considerado insoportable y tenga un fundamento médico, entre otros requisitos<sup>20,22-24</sup>.

En la muerte médicamente asistida o eutanasia, la práctica es realizada por un médico cuando se cumplen los requisitos establecidos por la legislación vigente. En cambio, en el suicidio asistido, la persona que requiere de la ayuda o la asistencia para morir recibe la información sobre la estrategia y los elementos necesarios para que pueda terminar con su vida<sup>22</sup>. No hay una actitud transitiva por parte de otra persona o del personal de salud. Se trata ni más ni menos que aceptar que una persona autónoma, adulta y con plenas facultades requiera de una ayuda para morir.

Los países que cuentan con legislación que permite la eutanasia incluyen Bélgica, Países Bajos, Luxemburgo, Canadá, Austria, España, Nueva Zelanda y algunos estados de Australia, mientras que en Colombia es un derecho constitucional desde 1998 pero aún no fue regulado. En Suiza, la cooperación al suicidio no es delito mientras no existan motivos egoístas, mientras que las cortes de Alemania e Italia han dictado sentencias en las que no se penalizó la cooperación al suicidio en ciertas circunstancias. En EE.UU. el suicidio asistido está permitido cuando la supervivencia esperada es de seis meses o menos en algunos estados, como Oregón, Washington, Montana, Vermont, California, entre otros. Por otra parte, en otros países como Chile, Portugal, Francia e Irlanda existen iniciativas para impulsar su despenalización<sup>21</sup>.

Al fin y al cabo, podríamos aceptar que cada persona debe ser responsable de sus actitudes y de sus elecciones, aun en el momento de decidir morir. Quienes que se encuentran en estas situaciones tienen, por lo general, dos caminos: dejar que la enfermedad transcurra y recibir la asistencia de los demás, o bien suicidarse. ¿Qué sucedería si les ofreciéramos una tercera posibilidad, que estuviera en medio de esos dos extremos?<sup>20</sup>

### Reflexiones finales

Vuelvo a mi primera premisa: No quiero que haya más suicidios traumáticos. A mi entender y sin que pueda demostrarlo, el suicidio asistido debiera ser una estrategia preventiva del suicidio. La estrategia tiene que evitar patologizar a quien requiere un suicidio asistido, evitar dudar sobre su autonomía, respetar la decisión en libertad de las personas e incorporar la ayuda a morir.

Denominaría a esta estrategia como *win-win*. El suicida pide ayuda para suicidarse de una manera no traumática y la sociedad le ofrece un programa de trabajo tendiente a revertir su idea. Se pacta la estrategia con la condición que si la sociedad fracasa o el suicida persiste en su idea, el suicida logrará lo que pide a manos de la sociedad. Al final de este camino, si la persona persiste en su idea de suicidarse, la sociedad deberá hacer su examen de conciencia para ver qué es lo que hizo mal. No creo que se puedan prevenir todos los suicidios, pero entiendo que de esta manera se podría trabajar sobre las personas que buscan el final de su vida de una manera más efectiva y más empática.

#### Línea de Prevención del Suicidio (Argentina)

El Centro de Asistencia al Suicida es una institución sin fines de lucro que desde 1967 brinda asistencia telefónica gratuita, personal, confidencial y anónima a personas en crisis o riesgo de suicidio, a través de la línea telefónica de prevención del suicidio. Si Usted, o algún familiar o allegado suyo, está atravesando una crisis emocional de cualquier tipo, siente que nada tiene sentido o se encuentra atrapado en una situación a la que no le encuentra salida, no dude en llamarnos: (011) 5275-1135 (desde todo el país)

Recibido el 17/11/2023 Aceptado el 18/12/2023  
y Publicado el 27/12/2023.

#### Referencias

1. Camus A. El mito de Sísifo. España: Penguin Random House Grupo Editorial; 2021.
2. Una de cada 100 muertes es por suicidio; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide> [Last access: 2023-11-21].
3. Conmoción en Palermo: un joven de 23 años murió al caer del piso 22 de una torre en frente del Botánico;. Available from: <https://www.lanacion.com.ar/seguridad/conmocion-en-palermo-un-joven-de-23-anos-murio-al-caer-del-piso-22-de-una-torre-en-frente-del-nid05102023/>.
4. Argentina, Ministerio de Salud Dirección de Epidemiología. Semana Epidemiológica 12. Boletín Epidemiológico Nacional. 2023;(646). Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-epidemiologico-nacional-n-646-se-12-2023>.
5. Argentina, Ministerio de Salud . Estadísticas Vitales. Información Básica Argentina - Año 2021. vol. 65 of 5; 2023. Available from: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/estadisticas-vitales-informacion-basica-argentina-ano-2021>.
6. Prevención del suicidio;. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de la conducta suicida; 2016. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/prevencion-conducta-suicida>.
8. Organización Panamericana de la Salud. Crear esperanza a través de la acción: prevención del suicidio; 2021. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/14-9-2021-crear-esperanza-traves-accion-prevencion-suicidio> [Last access: 2023-11-27].
9. Schreiber J, Culppepper L. Suicidal ideation and behavior in adults. Topic 1708 Version 67.0. In: Solomon D, editor. UpToDate. Wolters Kugler; 2023.
10. Pathirathna ML, Nandasena H, Atapattu A, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on suicidal attempts and death rates: a systematic review. BMC Psychiatry. 2022;22(1):506.
11. Farooq S, Tunmore J, Ali MW, et al. Suicide, self-harm and suicidal ideation during COVID-19: A systematic review. Psychiatry Res. 2021;306:114228.
12. Organización Panamericana de la Salud. Pandemia por COVID-19 exacerba los factores de riesgo de suicidio; 2020. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio> [Last access: 2023-11-28].
13. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. QJM. 2020;113(10):707–712.
14. Phillips DP. The influence of suggestion on suicide: substantive and theoretical implications of the Werther effect. Am Sociol Rev. 1974;39(3):340–54.
15. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for media professionals. Update 2023. 2023;.
16. Mann JJ. The neurobiology of suicide. Nat Med. 1998;4(1):25–30.
17. Organización Panamericana de la Salud. Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países; 2021.
18. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Health at a glance: Europe 2018; 2018. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Factsheet-Mental-Health-Health-at-a-Glance-Europe-2018.pdf>.
19. Amenabar-Beitia JM. La eutanasia como antídoto del suicidio. Rev Bio y Der. 2019;23:133–147. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000200009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000200009).
20. Sebastiani M. Si pudieras elegir de qué manera morir... ¿qué harías? Buenos Aires, Argentina: El Ateneo; 2022.
21. Derecho a morir dignamente. Eutanasia y suicidio asistido en el mundo;. Available from: <https://derechoamorrir.org/eutanasia-mundo/> [Last access: 2023-12-18].
22. Comisiones Regionales de Verificación de la Eutanasia. Código sobre la eutanasia 2022. Países Bajos; 2022. Available from: [https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2023/03/codigo\\_eutanasia\\_2022\\_paisesbajos.pdf](https://derechoamorrir.org/wp-content/uploads/2023/03/codigo_eutanasia_2022_paisesbajos.pdf).
23. Government of Canada. Medical assistance in dying: Overview; 2023. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-services-benefits/medical-assistance-dying.html> [Last access: 2023-12-18].
24. Belgique Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. Euthanasie; 2022. Available from: <https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/euthanasie#EuthanasieEnBelgique> [Last access: 2023-12-18].