

Consideracions de la Associació «Després del Suïcidi- Associació de Supervivents» a l'informe del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre el Codi Risc Suïcidi

L'informe del Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC) sobre el Codi Risc Suïcidi (CRS) suposa una anàlisi reflexiva al voltant d'un protocol d'actuació sobre conductes en risc de suïcidi, que dibuixa els encerts del CRS, i també els seus riscos i/o limitacions. **Ens felicitem que el CBC saludi la iniciativa com una possibilitat de millorar la intervenció interconnectant els diferents àmbits d'intervenció** amb dificultats de relació actualment, reduint així la mortalitat a conseqüència d'aquestes conductes.

Malgrat que de la lectura de les consideracions prèvies es podria pensar que el CBC planteja dubtes importants sobre el funcionament del CRS, **quan aprofundim en els seus suggeriments (apartat 4) s'evidencia la voluntat de reforçar el procediment preservant les seves singularitats, però assenyalant també les seves febleses**

Valorem positivament de l'informe del CBC:

- Que es valori que la iniciativa del CRS augmentarà **la possibilitat i la qualitat de la cura** de persones que pateixen emocionalment per la seva malaltia o trastorn mental.

1. Que es **reconegui l'ajuda** que el sistema d'atenció CRS pugui procurar a persones.
2. Que es reconegui com **una situació de suïcidi**, en aquest cas en el seu grau de temptativa, **és altament estigmatitzadora**, com refereix el document. Des de la DSAS voldríem afegir, com ho **son també les conseqüències de les persones que viuen i pateixen el suïcidi consumat. Els supervivents que també viuen el seu procés de dol envoltat d'aquest estigma.**
3. Que es proposi millorar l'atenció al dol dels familiars i la sensibilització de les institucions sanitàries i judicials tan poc sensibles en ocasions en la cura d'aquesta situació en els moments més inicials.

Igualment assenyalava possibles "efectes negatius" :

- La imposició indeguda d'ingrés involuntari.
- El tractament no volgut d'un ciutadà, víctima d'una detecció imprudent.
- L'estigmatització de la persona per la incorrecta gestió de la confidencialitat de les seves dades.

Compartim amb el CBC aquestes preocupacions, doncs en cap cas es pot pretendre viure en una societat que amb la justificació de que els seus ciutadans no es troben capacitats per decidir, s'ignori el lliure albir dels éssers humans, o els imposi una etiqueta de per vida, amb l'estigma que això pot comportar.

Ara bé, creiem humilment que cal reconsiderar algunes de les argumentacions que sostenen aquestes preocupacions. **El nostre posicionament té la voluntat d'ampliar el camp de visió sobre el suïcidi, al nostre entendre massa ancorat en raonaments filosòfics allunyats de la realitat sobre aquesta conducta i que imposen una visió distorsionada de la seva tràgica vivència.**

1. Sobre les consideracions dels aspectes ètics en general que fa el Comitè de Bioètica:

Destaquem i compartim els valors que el CBC assenyalava:

- Necessitat de procurar el bé
- Oferir la màxima ajuda
- La proposta no ha d'introduir danys
- No ha de comportar cap discriminació.

Consideracions de la DSAS

Des de la nostra experiència voldríem fer les següents consideracions:

1.1 Els raonaments que es fan al document respecte la conveniència de **“respectar la voluntat de cada persona fins i tot quan la creiem equivocada: no respectar-li és fer-li un dany”**, han de ser **profundament qüestionats** en un tema tan sensible com és el suïcidi.

Efectivament, el protocol CRS ha de primar la diagnosi individual i el respecte a la persona i els seus drets. Tanmateix, la ponderació d'aquest drets amb la seva pròpia seguretat i la dels altres, no és gens fàcil.

Ens hem d'interrogar sobre si l'afirmació: **“respectar la voluntat de cada persona”** és vàlida en totes les circumstàncies vitals que es donen al suïcidi. Aquesta afirmació és terriblement dura i difícil d'acceptar pels pares que han perdut els seus fills nens i adolescents per suïcidi. Imaginem per exemple com es sostindria aquest discurs en un centre escolar davant els companys/nyes de l'adolescent mort per aquesta causa. És un discurs que ens provoca certs dubtes en la seva validesa; inclús podríem considerar-lo imprudent envers una **població vulnerable** com ara la citada. Seria així també en població de la 3a edat víctima d'abandonament?

Des de la DSAS defensem que el discurs sobre el suïcidi cal que **sigui vàlid en la majoria de circumstàncies i edats en que es pugui donar**, a fi d'evitar la propagació de falses creences entorn a la mort per suïcidi.

1.2. En aquest sentit, pensem que l'afirmació **“respectar la voluntat de cada persona fins i tot quan la creiem equivocada”** fomenta un mite que es recull a la **“Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida”**¹

Mite o creença errònia	Situació real
EL SUÏCIDA DESITJA MORIR	Pretén justificar la mort per suïcidi dels que ho intenten o consumeixen. Sovint el suïcida està en una posició ambivalent, desitja morir si la seva vida continua de la mateixa manera i desitja viure si es produïssin petits canvis.

1.3. Val a dir que el CBC aclareix els requisits respecte a la **voluntat**:

1. La persona ha de ser lliure.
2. Ha de ser capaç de prendre aquella decisió en aquell moment.
3. Ha d'estar ben informada de les seves conseqüències.
4. **No ha de produir cap dany important a tercers.**

“Sense algun d'aquests requisits, en un moment donat, haurà de pesar més el bé considerat des de fora “objectivament” que no pas el que digui la persona afectada.”

L'ambigüitat d'aquest territori ens fa recapitular sobre el **risc d'inflingir dany a un tercer** - indicat com un dels quatre requeriments indispensables per justificar una acció no consentida-, i la posterior referència a la seguretat d'un mateix que fa el propi CBC, **vol dir risc d'inflingir-se dany a un mateix?**

El malalt ha de ser part activa en la presa de decisions sobre la seva salut, és lliure d'acceptar un tractament o no, però val a dir que el malalt en els casos de temptatives suïcides, en un percentatge molt important pot patir una malaltia mental severa, o trobar-se en **un estat d'alteració prou important com per considerar que l'exercici de la seva llibertat demana d'un temps de reflexió també per part seva. D'una banda caldrà una bona diagnosi i d'una altra protocols clars que ajudin als professionals a oferir informacions i arguments per aplaçar la decisió.**

L'enunciat d'aquests criteris, ens planteja una altre interrogant atès que des del nostre punt de vista equipararia el

¹ Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012, Pàg. 319.

suïcidi a un procés **eutanàsic** reglat; els que es consideren propis del Dret a Morir Dignament. Creiem que hi ha forces evidències per considerar que majoritàriament, les persones amb tendències suïcides no es troben en condicions de garantir el seu compliment.

El mateix el Dr. Edwin Schneidman, pare de la suïcidiologia moderna, considera "**la regla d'or**" per una "bona mort". Aquesta regla està centrada en els supervivents però orientada a qui mor: "**recolza't el menys possible en ells**". És a dir: "*que la nostra mort, en el possible, provoqui el mínim de dolor als que ens sobrevisquin*"². Aquesta regla s'incompleix en tot els casos de suïcidi.

Al nostre entendre, els professionals que intervinguin han de tenir clar que **el bé considerat des de fora "objectivament" primarà en la pràctica totalitat dels casos on s'intervinguí, i que en cas de dubte han d'existir mecanismes clars per abordar-los amb el coneixement del malalt.**

2. Consideracions sobre els aspectes específics respecte al suïcidi:

Consideracions de la DSAS

El CBC planteja la línia de raonaments més delicada al respecte de la correcta delimitació de les situacions de suïcidi que pretén canalitzar el CRS, i també dels raonaments ètics i terminològics, que al nostre entendre desdibuixen la realitat al voltant del patiment que indiquen les conductes suïcides i distorsionen el concepte de dany a tercers del qual ja hem fet una primera referència anteriorment.

2.1. El suïcidi és una mort que suposa una agressió cap un mateix i cap el seu entorn³. Per altra banda, el suïcidi és l'anticipació de la pròpia mort que irromp en el cicle evolutiu vital. El suïcidi és un fet dolorós, freqüent, i que no té una comprensibilitat ni una clau d'interpretació única⁴. Aquest és el tipus de mort sobre la que tracta de prevenir el CRS.

2.2. El comitè adverteix que afirmar "tot suïcida és un malalt mental, pot ser una exageració". El CBC fa referència a una altra falsa creença entorn al suïcidi. Aquest punt ja el reconeix la OMS i la GPC⁵

Mite o creença errònia	Situació real
TOT EL QUE SUÏCIDA ÉS UN MALALT MENTAL	Intenta fer sinònim el suïcidi i la malaltia mental. Els malalts mentals es suïciden amb més freqüència que la població general, però no necessàriament cal patir un trastorn mental per fer-ho. No hi ha dubte que tot suïcida és una persona que pateix.

2.3. Amb aquesta precisió es pretén introduir el concepte de «**suïcidi lúcid**».

És evident que el dret a decidir sobre la nostra vida presenta finals que poden conduir al suïcidi, però novament les referències a un "suïcidi lúcid" aporten com mínim una nova indefinició terminològica.

Des de la DSAS no hem trobat cap tipus de definició consensuada sobre aquest tipus de suïcidi, ni es tenen dades de prevalença.

L'únic text que hem trobat referència al **suïcidi lúcid**⁶ diu textualment: "*Sèneca i altres personatges històrics ens han anat reflectint la lucidesa i no desesperació d'aquesta experiència (suïcidi)*". Cal tenir en consideració sobre aquesta

² Schneidman E. Criteria for a Good death. Suicide Life Threat Behav 2007; 37

³ Juan C.Pérez, "La mirada del suicida" Ed. Plaza y Valdés, pag. 14.

⁴ "Suicidio y Vida" Coord. Asociación Viktor Frankl, *Aproximación antropológica al suicidio*, pag.2

⁵ Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012, Pag. 318.

⁶ "Suicidio y Vida" Coord. Asociación Viktor Frankl. "Duelo y suicidio; Muerte biológica y muerte Biográfica en la encrucijada" pag. 98

afirmació la reflexió que fan Baudelot i Estabert (pag.76)⁷: “Només arriben al coneixement públic els suïcidis celebres de personalitats de primer pla: Seosatris, Séneca, Aníbal, Neron, Van Gogh i un llarg etcètera.[...] A la història seqüencial el relat de la gesta dels gran homes i personatges està regit per convencions que tendeixen a situar tots els esdeveniments de les seves vides, dins d'un marc mitològic de conjunt. En aquestes consideracions la història confereix al suïcidi una impressió deformant: el suïcidi heroic, teatral, de desesperació.”

Segons Javier Barbero⁶ perquè el suïcidi pugui ser considerat com “lúcid”, necessitem considerar almenys dues variables:

- a) Que la persona sigui capaç de prendre decisions sobre el seu projecte vital i si d'algú dubtem, a nosaltres (professionals de la salut) ens tocava provar aquesta falta de capacitat.
- b) L'experiència de patiment que hi ha darrere de cada situació: la presa de consciència del que està suposant les seves vides i l'amenaça que pot ser el seu futur.

Des de la DSAS considerem que respecte al suïcidi “lúcid”:

1. Reiterem el nostre posicionament de que el discurs sobre el suïcidi ha de ser **vàlid en la majoria de circumstàncies i edats en que es puguin donar**, sense oblidar poblacions vulnerables com ara infants, adolescents, o ancians. Especialment l'adolescència, etapa de gran vulnerabilitat, on es viu amb “patiment” certes situacions vitals pròpies del creixement i maduresa personal a on l'equiparació de suïcidi amb lucidesa pot empènyer a decisions irreversibles davant de problemes que són circumstancials.

2. La suposada “lucidesa” que associa el suïcidi amb una **sortida digna** davant una situació que és inacceptable per l'individu, porta a confondre la terminologia i la semàntica de les paraules. John Shwartz, responsable de la secció de Vida i Ciència del New York Times afirma: “Com demostren els molts casos de suïcidi assistit i associacions que militen per la legalització de l'eutanàsia, «la voluntat d'assumir el control de l'últim acte», s'està produint una revolució silenciosa que desdibuixa la definició de suïcidi»⁸

3. En referència al **control i la capacitat de raonar** aportem les reflexions de Diana Cohen: “La capacidad de razonar implica, en principio dos capacidades conceptuales diversas, la primera de índole formal y la otra fáctica y temporal. Esta racionalidad ampliada exige que no sólo debe ser posible inferir una conclusión a partir de ciertas premisas, respetando la lógica, es decir si cometer errores en la inferencia. Además se **debe ser capaz de evaluar**, en la medida de lo posible, **las consecuencias a corto, medio y largo plazo de la posición a adoptar o de las acciones que se planeen realizar**. Sin embargo no siempre se cuenta con estas capacidades. Por cierto, a menudo nos confrontamos con suicidios juveniles o psicóticos cuyos protagonistas no comprenden que al morir no serán más sujetos de experiencias.[...] Ante un pronóstico aciago de una enfermedad incurable se puede admitir que una manifestación de deseo de morir pueda ser genuinamente racional. No obstante **las personas que cometen suicidio lo hacen, aparentemente por que se enfrentan a un problema que no es necesariamente físico**.[...] La tragedia del suicidio queda dulcificada tras **la racionalidad de la libertad de los anteriores**, dejando de lado la extrema violencia contra uno mismo y contra los otros”⁹

4. La OMS parla del suïcidi com un problema de salut, no fa cap consideració al **suïcidi lúcid**.

5. Ens sembla una “argumentació” dèbil fer referència als «grans personatges reals o imaginaris» de la filosofia, la literatura i d'altres formes art, per a justificar la «contemplació lúcida del suïcidi».

La lògica del suïcidi rarament pot ser lúcida, dit amb tot el respecte, per què la lògica del suïcidi és una lògica de la desesperació, on la mort pesa més que la vida. Suposar que en la major part dels casos aquesta situació es presenta en plenes facultats és un error i en certa manera, un progressisme humanístic malentès que cal criticar obertament, doncs ignora la violència extrema contra un mateix que s'exerceix de manera irracional parapetat en una idea errònia del lliure albir.

⁷Christian Baudelot y Roger Estabert “Durkheim y el suicidio” Ed. Nueva Visión.

⁸Carlos Jannin “Diccionario del suicidio” Ed. Laetoli

⁹Diana Cohen “Por mano propia. Estudio sobre las prácticas suicidas” Ed. Fondo de Cultura Económica.

Jean Améry reflexionava sobre la lucidesa en relació al suïcidi a l'assaig "Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria": *"La lògica de la mort, a dir veritat, està buida de realitat, és pura negació, impossibilitat de pensament i de ser. El suïcida que està a punt de consumir l'acte es troba amb un peu en la lògica de la vida, però un altre en la lògica de la mort, paradoxalment negadora de tota lògica, i no hi ha ponts entre una i altra [...] Ja no només mor (o es prepara per morir), sinó que es despulla a si mateix de si mateix. La lògica secreta del suïcida es va amb ell després de la seva acció, i per això no ens podem apropar a ella més que per aproximació i un cert desconcert"*.

Podríem fer moltes referències a les corrents filosòfiques que des de finals del SXVIII, com ara els racionalistes amb **D. Hume** al capdavant, han enunciat que el suïcidi és una conducta pròpia dels éssers humans, no susceptible de ser considerada com una infracció a les lleis religioses, que estigmatitzaven i castigaven el suïcida i als familiars. Compartim aquest raonament sens dubte.

Freud, Schopenhauer, Wittgenstein... Grans pensadors de la nostra cultura contemporània fan referència al suïcidi. El mateix **Camus** al **Mite de Sísifo**, citat fins a la sacietat per justificar aquest tipus de raonament, reflexiona al respecte del suïcidi. Ara bé, conclou aquesta obra amb una afirmació a favor de la vida, de l'individu en sí mateix, de la vida per si mateixa, amb tota la seva absurditat i sense sentit, sense justificació metafísica. La vida és l'únic argument contra el suïcidi.

Consideracions de la DSAS sobre els "danys a tercers"

La consideració que el CBC fa sobre **"El dolor que una mort per suïcidi provoca als familiars pot ser excessiu com argument principal per l'actuació"**, ens sembla un apreciació desafortunada i poc coneixedora de la realitat sobre les conseqüències tràgiques que es viuen després del suïcidi de la persona estimada: fills, pares, germans...

Al nostre entendre contribueix a reforçar un altre mite¹⁰ que pretén fer prevaldre els criteris gremials sobre el coneixement del suïcidi i com tractar-lo, robant al sentit comú de les persones la capacitat d'avaluar l'estat emocional del seus éssers estimats. Volem reivindicar les referències al paper que les famílies poden exercir com element beneficiós del tractament i evolució positiva de les conductes suïcides.

Les experiències més avançades de prevenció del suïcidi (com ara la xarxa social preventiva que s'ha impulsat a la zona de l'Hospital de Sant Pau) evidencien el necessari paper de la xarxa comunitària en l'aplicació de polítiques preventives de salut mental. La Informació i el coneixement són els criteris que han de guiar aquestes bones pràctiques.

Els professionals de la salut han de saber que és molt convenient negociar, buscar l'acord de la persona atesa per tal que les persones que l'estimen tinguin coneixement de la seva situació i puguin ser informades de com el poden ajudar millor. Les persones adultes poden declinar aquesta possibilitat, però en moltes ocasions la nostra experiència ens presenta pràctiques en que aquesta qüestió no es va ni tant sols considerar.

D'altra banda **convé començar a contemplar altres problemes de salut relatius als supervivents.** La OMS reconeix la situació dels familiars o supervivents després de patir una mort per suïcidi:

- *«Cada suïcidi suposa la devastació emocional, social i econòmica de nombrosos familiars i amics»¹¹*
- *"El camí d'un supervivent després de la pèrdua d'un ésser estimat que s'ha suïcidat, pot ser terriblement dolorós, devastador i traumàtic. Els **tabús culturals, religiosos i socials** que envolten el fet poden fer que el sender sigui encara*

¹⁰ Sergio A. Pérez Barrero. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. XXXIV, núm. 3, julio-septiembre, 2005, pp. 386-394, Asociación Colombiana de Psiquiatría Colombia

¹¹ Dra. Catherine Le Galès-Camus, Sotsdirectora General de l'OMS per a Malalties No Transmissibles i Salut Mental(font: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/> (Consultat 20 de juny 2014)

més difícil¹²

- El supervivents pateixen un risc doble de patir un dol complicat (40%) per l'experiència viscuda
- Evidències de les conseqüències del dol a la mort per suïcidi, n'enumerarem algunes de les més importants:

El dol per suïcidi suposa una exposició a la vulnerabilitat, com ho demostren diversos estudis:

- A patir trastorns emocionals com la depressió, l'ansietat o l'abús de substàncies i l'aïllament social^{13 14 15}.
- L'exposició a la mort per suïcidi d'un fill augmenta significativament el risc d'un pare al suïcidi [odds ratio ajustat [OR] 2,54, IC 95% 1,78 -3,64, (p <0,01)]¹⁶.
- Viure el suïcidi d'una mare es va associar amb un risc significativament major en els fills, independentment de la seva edat, a ingrés hospitalari per depressió (Risc ajustat: 2,04, IC 95% 1,40 -2,95, p <0,001)¹⁷.

Es evident, que les persones en dol per suïcidi presenten situacions adverses pel seu propi dol, en particular un risc de patir depressió i intents de suïcidi, amb un major risc en parelles i mares de persones (parelles i fills) que han mort per suïcidi¹⁸.

4. Sobre les consideracions dels Criteris bàsics d'actuació assistencial del CRS que fa el Comitè de Bioètica:

Compartim gairebé al cent per cent les seves conclusions.

Creiem que aquestes recomanacions s'haurien de traduir en una formació més especialitzada en l'àmbit de tots els professionals que poden intervenir en el CRS, així com en l'impuls per redactar diversos documents que ajudin a precisar més les limitacions del seu desplegament.

Grup de Treball Intern de la DSAS per la redacció d'aquest document:

Carles Alastuey, Coordinador del Grups de Suport
Cecília Borràs, Presidenta

¹² World Health Organization. Preventing Suicide: How to Start a Survivor's Group. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008.

¹³ Bailey SE, Kral MJ, Dunham K. Survivors of suicide do grieve differently: empirical support for a common sense proposition. Suicide Life Threat Behav. 1999; 29:256-271.

¹⁴ Jordan JR. Bereavement after suicide. Psychiatr Ann. 2008;38:679-685.

¹⁵ Mitchell AM, Sakraida TJ, Kim Y, Bullian L, Chiappetta L. Depression, anxiety and quality of life in suicide survivors: a comparison of close and distant relationships. Arch Psychiatr Nurs. 2009;23:2-10.

¹⁶ Qin P, Mortensen PB. The impact of parental status on the risk of completed suicide. Arch Gen Psychiatry 2003; 60: 797-802

¹⁷ Kessing LV, Agerbo E, Mortensen PB. Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? Psychol Med 2003; 33: 1177-84.

¹⁸ Pitman A, Osborn D, King M, Erlangsen A. Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk Lancet Psychiatry 2014; 1: 86-94