

Eutanasia: una perspectiva psicológica.

Euthanasia: a psychological perspective.

María del Carmen Torrado.

Licenciada en Psicología Clínica. Psicóloga Sanitaria. Irún.

Resumen: La recién aprobada ley de eutanasia en nuestro país pone de relevancia la complejidad de las múltiples variables y circunstancias de su aplicación.

En este trabajo se intentará explicar en qué condiciones mentales y psicológicas vive una persona hasta llegar a solicitar la aplicación de esta ley. Se explorará, así mismo, las similitudes de la eutanasia con el concepto de suicidio. Se planteará, también, la dificultad y posible contradicción de la aplicación de la eutanasia para las personas con trastornos mentales.

Palabras clave: Eutanasia, bioética, enfermedad terminal, trastorno mental, suicidio, cuidados paliativos, dependencia, vulnerabilidad.

Abstract: The recently passed law on euthanasia in our country makes the complexity of the multitude of variables and circumstances relevant.

This assignment will endeavor to explain the mental and psychological conditions which a person lives through before reaching the point of requesting the the application of this law. In doing so, the similarities between euthanasia and the concept of suicide will be explored. The question of the difficulty and possible contradiction of the use of euthanasia for people with mental problems will also be addressed.

Key Words: Euthanasia, bioethics, terminal disease, mental disorder, suicide, palliative care, dependence, vulnerability.

I. Introducción

El 24 de marzo de 2021 se aprobó la Ley Orgánica 3/2021, de regulación de la eutanasia en España. A partir de ese momento, se abre una nueva forma de afrontar el final de la vida para todos los ciudadanos. No existen precedentes en nuestra historia reciente ni en nuestra cultura de tal posibilidad, por lo que dicha ley no puede ser menos que controvertida.

El objetivo de este trabajo de investigación es poner un poco de luz sobre qué lleva a una persona a demandar su muerte. Se intentarán analizar los elementos personales, psicológicos, sociales, etc. por los que hemos decidido como comunidad transitar un nuevo camino, una nueva expectativa de finalizar la vida. Se intentará dilucidar si esta ley permitirá que nuestra decisión sobre la muerte sea libre o quizás nos condicionará para elegir morir en situaciones de presión.

Por otra parte, se analizará el aspecto psicológico y emocional en que se encuentra una persona que solicita morir. Así mismo, se observará la diferencia entre enfermedad fisiológica y mental en las personas que hagan dicha solicitud.

II. Eutanasia, suicidio asistido y cuidados paliativos

II.1. Definición

Eutanasia, etimológicamente, procede del griego antiguo: “eu”, significa bueno y “thanatos”, significa muerte. La buena muerte o la muerte apacible que tendrá siempre un componente diferencial y personal. Todos somos iguales en la muerte pero no todos lo somos ante las condiciones en que se produce ni en el afrontamiento que hacemos ante la misma.

Se considera *eutanasia* aquella muerte que se produce de forma deliberada y directa para evitar una vida o un final de la vida con un sufrimiento insoportable.

*Es la acción de procurar la muerte por motivos de piedad, a quien, sufriendo una enfermedad terminal, la solicita para poner fin a sus sufrimientos.*¹ (Marcos del Cano, A.M. 2021: 73).

Cuando el enfermo terminal ingiere o se aplica a sí mismo sustancias letales prescritas, para producir su muerte, hablaríamos de *suicidio asistido*.

La administración de fármacos para aliviar el sufrimiento de un moribundo, permitiendo a éste alcanzar su muerte de forma natural sería *sedación terminal o paliativa*.

No prolongar la vida artificialmente, en muerte clínica del paciente, tampoco correspondería al término eutanasia.² (Marcos del Cano, A.M. 2021:76).

Centrándonos de nuevo en la eutanasia, para A.M. Marcos del Cano, han de tenerse en cuenta distintos elementos que hacen del acto eutanásico un intrincado emocional, jurídico, ético, social y personal.

En primer lugar, el sujeto activo sería cualquier persona que esté dispuesta a llevar a cabo la

acción de dar muerte con intenciones de acabar con el sufrimiento del enfermo, desde una actitud compasiva o benefactora. Esta persona puede ser el médico, puesto que se encuentra, normalmente, en una situación clínica, en proximidad y contacto médico con el enfermo. Aquí surge la duda de si ha de ser un médico quien ejecute la acción o ha de ser otro tipo de profesional. Asociaciones de médicos se han manifestado al respecto temiendo que se rompa la relación de confianza médico-paciente.

Por otra parte, la eutanasia entra en directa contradicción con el juramento hipocrático que indica “no matar” expresamente. Por supuesto, se puede hacer valer el derecho de objeción de conciencia, pero no deja de ponerse en duda la función esencial del médico y de la Medicina.

En segundo lugar, el sujeto pasivo es aquel perteneciente al grupo de personas que pueden solicitar la eutanasia. Ha de ser un enfermo terminal y ha de ser consciente y capaz.³ (Marcos del Cano, A.M. 2021:75). El enfermo terminal es aquella persona con una esperanza de vida en torno a seis meses. Estos enfermos han de dar consentimiento para la eutanasia. No será fácil delimitar qué grado de conciencia o qué estado de ánimo determinará esta decisión.

En último lugar, el *requerimiento* es un elemento crucial. A diferencia del consentimiento, que corresponde al acuerdo entre dos, el requerimiento surge a partir de la persona que lo realiza, exclusivamente.

Ante la posibilidad de perder capacidad cognitiva por deterioro, debido a enfermedad u otros eventos nocivos, surge la figura de *voluntades anticipadas*. Se presupone que una persona que decida, en salud o con una salud aun no muy deteriorada, acabar con su vida, si padece en el futuro una enfermedad terminal o irreparable con gran sufrimiento, no cambiará de opinión cuando sea incapaz de expresar dicho cambio, lo cual es impredecible.

II.2. Algunos riesgos a tener en cuenta.

Esta situación pone en riesgo el principio básico de autonomía. Precisamente, es el mismo principio que regiría la posibilidad de controlar nuestra propia muerte. Lo mismo ocurre con el

consentimiento informado, como bien explica Andrés Ollero:

*Paradójicamente, la progresiva afirmación en el ámbito sanitario del principio de autonomía, centrado en el consentimiento informado, puede acabar invirtiendo esa relación, con consecuencias nada irrelevantes. El reconocimiento afectivo de esa dignidad puede acabar dependiendo de la capacidad de expresar la propia autonomía. Lo digno sería respetar esa autodeterminación, por lo que -“a contrario”- la incapacidad de expresarla dejaría en manos de terceros la apreciación heterónoma de si la calidad de esa vida la hace digna de ser conservada.*⁴ (Ollero A., en Marcos del Cano, A.M., coordinadora, 2012:242).

Por otro lado, el principio de dignidad se separa cada vez más del concepto de sufrimiento, equiparando el sufrimiento, siempre subjetivo, con la indignidad de la vida:

*Más que la muerte misma, el problema radical que la ausencia de una dimensión trascendente puede acabar favoreciendo la imposibilidad de encontrar sentido a la convivencia con el dolor, que pasa a considerarse generador de indignidad.*⁵ (OLLERO, A. en Marcos del Cano, A.M., coordinadora, 2012:235).

Aunque ya aprobada la ley de eutanasia en España, la complejidad de la regulación jurídica de la misma no deja de ser enorme y controvertida.

Otro elemento de riesgo es el llamado efecto de pendiente resbaladiza. En países como Bélgica u Holanda, donde la ley se redactó originariamente para personas con enfermedad terminal, se ha acabado aplicando a personas no capaces de decidir y que no han solicitado la eutanasia, como recién nacidos o personas con trastorno mental o demencia.

Caben dudas esenciales tales como si el “derecho a morir” puede ser precisamente eso: un derecho, dado que la muerte anula de facto todos los derechos del ser humano. Paradójicamente, el derecho a la vida es el derecho de principal defensa y deber del Estado⁶. (Marcos del Cano, A.M. 2021:78-79). De esta manera, personas en situación de vulnerabilidad como ancianos solos o personas con pocos recursos económicos,

familiares o sociales, quizás sientan una mayor presión para solicitar la eutanasia.

*Cuando el paciente tenga “derecho a morir”, la carga que representa para todos nosotros tendrá algo de deliberado.*⁷(Marcos del Cano, A.M. 2021:93).

III. Ley de eutanasia en España: reacciones y controversia

III.1. Comités de Bioética

*Toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, consciente e informada, y que se encuentre en los supuestos de padecimiento grave, crónico e imposibilitante o de enfermedad grave e incurable causantes de sufrimiento físico o psíquico intolerables. Se articula también la posibilidad de solicitar esta ayuda mediante el documento de instrucciones previas o equivalente, legalmente reconocido, que existe ya en nuestro ordenamiento jurídico.*⁸ (Ley Orgánica 3/2021, preámbulo II).

Diversas instituciones se han posicionado a favor o en contra de esta ley. El Comité de Bioética de España redactó un Informe sobre el final de la vida y la atención al proceso de morir, en el marco de debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación, en octubre de 2020, manifestándose claramente en contra, al no encontrar justificación en los argumentos que la sostienen; ni en el ámbito legal, ético, sanitario o social. Abogaban más por regular la ayuda particular al suicidio con una penalización a la baja y, sobre todo, apelaban a la posibilidad de ofrecer unos adecuados y universales cuidados paliativos.

Hace especial hincapié en el utilitarismo de promover la eutanasia en una sociedad envejecida con un coste económico sin precedentes, dada la carga de población no activa esperable para las próximas décadas, entre las personas nacidas en lo que se denomina la generación del “baby boom” y siguientes, hasta los años 80. Quizás sea ésta la población que se sobreviene en una mayor situación de vulnerabilidad, desprotección, soledad, presión social y sentimiento de carga o estorbo, en la vejez. Aunque se podría

aplicar a otros grupos, refiriéndose a los ancianos dice:

Si algo ha mostrado la pandemia es la falta de justicia y solidaridad hacia nuestros mayores. Por ello, si la causa de muchas peticiones de eutanasia es sustancialmente social, por este motivo, hay que plantearse si en un país se están promoviendo estrategias y políticas públicas frente a la soledad y lo que supone el sentirse muchos mayores una carga social, económica y cultural.⁹ (Comité de Bioética de España, 2020:68).

Se considera en las conclusiones de este informe que la eutanasia o auxilio al suicidio no son elementos de progreso, sino una respuesta pragmática a un hecho humano que se desprovee de su esencia solidaria. El C.B.E. propone una *mirada compasiva* y una *protección integral* de todas las personas en situación de enfermedad terminal o altamente sufriente.

En el lado opuesto, otros organismos como la Comisión Sociosanitaria de Comités de Ética de Euskadi redactó en diciembre de 2020 un Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, en apoyo a dicha ley.

Estimamos moralmente aceptable la despenalización y regulación legislativa de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en determinadas circunstancias y condiciones, y siempre que se garantice la seguridad clínica y jurídica de pacientes y profesionales.¹⁰ (Comités de Ética de Euskadi, 2020: 26).

Basa su justificación en principios bioéticos de beneficencia (preservar la vida hasta que el sufrimiento sea intolerable), no maleficencia (producir una buena muerte), justicia (evitar discriminación siendo equitativos y eficaces) y autonomía (atendiendo a los deseos y necesidades de la persona asistida)¹¹. (Comités de Ética de Euskadi, 2020:12). Este comité tiene en cuenta que “no querer vivir” puede significar “no querer vivir así”, por lo que aprecia compatibilidad ente cuidados paliativos y eutanasia. De esta forma, ve una clara necesidad de aprobar una ley de cuidados paliativos. La eutanasia sería para las personas que, aun recibiendo cuidados paliativos o

pudiendo hacer uso de ellos, soliciten expresa y libremente la eutanasia. Según este argumentario, son los principios de libertad y autonomía los que guían esta conclusión.

Se trata de conjugar el ejercicio de dos necesidades distintas de las personas en su morir: el acceso a los cuidados paliativos, que tienen marco legal, y un “nuevo derecho” que responde a otra necesidad que es la de recibir ayuda para morir. Una necesidad que no siempre es generada por las necesidades o déficits, sino por las obligaciones que la persona siente, consigo misma y con el resto, de acabar con su propia vida, pues es la propia vida la que le genera sufrimiento por carecer de sentido y significado¹². (Comités de Ética de Euskadi, 2020:16).

Quizás en ese “carecer la vida de significado” o las presiones, externas o internas, que una persona muy enferma o incapacitada siente, es lo que habrá que abordar más concienzudamente. Como argumentación contra el efecto de “pendiente resbaladiza” apunta:

Mencionar el riesgo de la pendiente resbaladiza como argumento en contra de la despenalización equivaldría a calificar estos nuevos supuestos como algo inmoral, menospreciando los argumentos esgrimidos para establecerlos y valorando la ampliación de los casos a considerar como una estrategia preconcebida desde la aprobación de la ley¹³. (Comités de Ética de Euskadi, 2020:17).

No obstante, no parece fácil establecer unos límites claros en lindes tan sutiles. Delimitar los mecanismos de control no será tarea sencilla y puede generar en los pacientes inseguridad y dudas, quizás razonables.

III.2. Psiquiatría: un punto de vista imprescindible

Por último, también la Sociedad Española de Psiquiatría se ha posicionado en su informe *Eutanasia y salud Mental*, febrero 2021. En este informe, como no podría ser de otra manera, se establece una comparación entre el suicidio y la eutanasia. Se afirma que el suicidio asociado a la enfermedad o trastorno mental es una de las principales causas de muerte en personas jóvenes¹⁴. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:2).

En los países que permiten la eutanasia para enfermos mentales o con demencia, las solicitudes son escasas. No obstante, el dilema ético es, si cabe, mayor que en el resto de enfermedades.

...sólo desde la libertad se podrán tomar decisiones que auténticamente correspondan con el pensamiento y modo de vida de la persona. Los trastornos que influyan en la misma ocasionarán, en mayor o menor medida, una decisión tomada desde la patología, en la que esta carece de un elemento fundamental: la libertad¹⁵. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:4).

Queda muy en entredicho la libertad de decisión de una persona que es susceptible de tener mermada su capacidad cognitiva, como en las demencias, o que tiene pensamientos distorsionados sobre la realidad, que le pueden llevar a conclusiones negativistas, catastrofistas o extravagantes, como en la depresión mayor, trastornos de personalidad, psicosis, etc. Por otra parte, va directamente en contra del quehacer cotidiano de la Psiquiatría y de la Psicología. A las consultas de estos profesionales llegan con relativa frecuencia personas con ideación suicida o de muerte, de “no querer vivir así”. Entre los elementos de buena praxis están encontrar medicación adecuada y herramientas psicológicas para dar sentido a esas vidas y subsanar, mejorar o paliar los trastornos mentales que llevan a tal sufrimiento.

En sociedades en las que la prevención del suicidio se considera una responsabilidad global, y la disminución de las cifras anuales un objetivo común, no puede soslayarse la incongruencia de plantear la ayuda a morir en personas que sufren trastornos que tienen sus propios síntomas, formando parte de la patología, la ideación suicida y el deseo de morir¹⁶. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:10).

Dichos trastornos no son, en sí, mortales, aunque pueden ser crónicos e incapacitantes. Va a depender de la situación personal y social del paciente y, sobre todo, del tratamiento que reciba, el hecho de que pueda y quiera vivir, precisamente, con dignidad conviviendo con la enfermedad mental.

...no existen estándares universales que definan la incurabilidad en la mayoría de los casos

de trastorno mental, o al menos que conozca la Sociedad Española de Psiquiatría. Además, el padecimiento de los trastornos mentales se ve frecuentemente agravado por factores socioeconómicos como la falta de vivienda adecuada, desempleo, pobreza y aislamiento social. Cuando estos elementos están presentes, y lo están en numerosas ocasiones, es evidente que el carácter de irremediable es cuestionable¹⁷. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:9).

Así mismo, la Sociedad Española de Psiquiatría propone un riguroso control de los casos y la participación, sine qua non, de profesionales de la Psiquiatría en todos los casos y, especialmente, en los casos psiquiátricos.

IV. El final de la vida: aspectos psicológicos

IV.1. El proceso morir

Nada más trascendente y universal que la muerte. El temor al final de la vida, de nuestros proyectos, de nuestras sensaciones y de nuestros apegos es inherente a la esencia misma del ser humano. Pertenece a la única especie viva y conocida que se proyecta en el futuro y en el final de la vida. Aunque inconscientemente, nos sentimos inmortales, aunque nos resulta imposible reconocernos en la muerte, ésta guía nuestra vida. El temor a la muerte intensifica nuestros días a la vez que genera un tabú: el de la no existencia. Esto sea, quizás, el motivo por el que nos cuesta tanto abordar el hecho de morir.

L. Rojas Marcos, psiquiatra, también diserta sobre este temor:

Este temor tiene dos significados; uno es el miedo que sentimos ante el propio trance de morir, el sufrimiento que implica el cese inexorable de todas nuestras funciones corporales y mentales. Es el miedo a vivir una mala muerte; una muerte violenta, dolorosa, indigna, deshumanizada y en soledad. El segundo significado tiene que ver con el hecho aterrador de que la muerte es absoluta, irreversible, final; y con la idea inconcebible de no existir, de no ser, de no sentir ni pensar, y de desconectarnos para siempre de nuestros seres queridos, de nuestros proyectos y de nuestra conciencia¹⁸. (Rojas Marcos, L. 2010:94).

Elisabeth Kübler-Ross, psiquiatra, dedicó gran parte de su vida al estudio de la muerte y de la vivencia de los moribundos, haciendo cientos de entrevistas a personas desahuciadas y abriendo una investigación sin precedentes. En su libro “Sobre la muerte y los moribundos”, 1974, establece cinco fases en el proceso consciente de morir.

Primera fase: de negación y aislamiento

En el momento de conocimiento de la propia muerte, más o menos inminente, los pacientes, generalmente, se niegan a aceptar el desenlace. Esta negación parece más férrea en pacientes informados precipitadamente o que no tenían ningún conocimiento sobre su enfermedad. Es un mecanismo de defensa para mantener la supervivencia y poder seguir adelante con los cotidianos, sosteniendo un encaje emocional de la información.

La negación funciona como un amortiguador después de una noticia inesperada o impresionante, permite recobrarse al paciente y, con el tiempo, movilizar otras defensas, menos radicales. Esto no significa, sin embargo, que el mismo paciente, más adelante, no esté dispuesto, e incluso contento y aliviado al sentarse y charlar con alguien de su muerte inminente¹⁹. (Kübler-Ross 1974a:62).

Es una defensa provisional que dará paso a la siguiente fase. Normalmente, no se suele llevar al extremo y el moribundo podrá hablar con algunas personas elegidas acerca de su muerte. Este acompañamiento es crucial para aceptar su final. El sistema sociosanitario ha de tener en cuenta estos elementos de humanización del proceso de morir.

Segunda fase: la ira

Se trata de una proyección del paciente hacia el entorno, una manera de metabolizar su frustración y su perplejidad ante la ruptura de su proyecto vital, las vivencias cotidianas, el futuro, sus seres queridos, etc. Este sentimiento de ira se puede desplazar hacia el sistema sanitario o parte de él, hacia la familia; hacia el mundo, en general. Con mucha frecuencia el miedo se transforma en ira; miedo a la soledad, al dolor, a la improductividad, etc. Nuevamente, es crucial

sentirse querido y aceptado por el entorno médico, familiar, social, etc., para poder encontrar sentido a la vida y, quizás, a la muerte.

Un paciente al que se respete y se comprenda, al que se preste atención y se dedique un poco de tiempo, pronto bajará la voz y reducirá sus airadas peticiones. Se sentirá un ser humano valioso, del que se preocupan y al que permiten funcionar al nivel más alto posible, mientras pueda²⁰. (Kübler-Ross 1974a:78).

Tercera fase: el pacto

Es necesario para afrontar el fin y sentir un cierto control sobre el proceso. El paciente pide a Dios, a la vida o a la muerte que le permita un tiempo, más o menos breve, para alcanzar un fin o disfrutar de alguna situación o un hecho muy deseable.

En realidad, el pacto es un intento de posponer los hechos; incluye un premio “a la buena conducta” además fija un plazo de “vencimiento” impuesto por uno mismo (por ejemplo, otra actuación, la boda del hijo) y la promesa implícita de que el paciente no pedirá nada más si se le concede este aplazamiento²¹. (Kübler-Ross 1974a:115).

Es como una recompensa o un pacto de no pedir más. Este puede estar motivado por circunstancias psicológicas como la culpa por no haber concluido algo, por no haber tenido en cuenta el paso del tiempo o por no haber vivido de una determinada manera.

Cuarta fase: depresión

Kübler-Ross diferencia entre *depresión reactiva* y *preparatoria*. La primera tiene que ver con las secuelas que produce la enfermedad y muerte; desde pérdidas físicas a la imposibilidad de cuidar a personas que eran atendidas por el paciente y para las que ya no estará disponible. Este tipo de depresión se puede suavizar ofreciendo recursos al paciente para sustituir o paliar dichas pérdidas. El segundo tipo tiene que ver con la pérdida vital en sí misma. El entorno familiar y social habrá de manejar esta situación con más o menos conocimientos sobre esta fase, con más o menos sensibilidad y con más o menos recursos prácticos, técnicos y económicos.

*Es esta discrepancia entre los deseos y disposición del paciente y lo que esperan de él los que le rodean lo que causa mayor dolor y turbación a nuestros pacientes*²². (Kübler-Ross 1974a:121).

Quinta fase: la aceptación

En este tránsito, el paciente suele llegar a aceptar “lo que le toca” sin depresión y sin enfado.

*No hay que confundirse y creer que la aceptación es una fase feliz. Está casi desprovista de sentimientos. Es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado, y llegara el momento del “descanso final antes del largo viaje” ...*²³ (Kübler-Ross 1974a:150).

En estos momentos, suele ser la familia quien necesita más ayuda; es cuando llega, o ha de llegar, el silencio, la compañía contenida, la tranquilidad para el moribundo, por parte de su entorno. La autora también hace referencia a la **esperanza** como motor de la vida hasta el final y, sobre todo, de “dar sentido” al proceso. Es en esta parte donde cerrar la vida adecuadamente, es el último aprendizaje humano. También L. Rojas Marcos hace referencia a este hecho.

*Las pasiones, no los instintos, son el combustible de la esperanza, el ingenio y el valor, y transforma a los seres humanos en luchadores incansables y, a menudo, invencibles. Las personas resisten crueles infortunios movidas por la pasión de vivir*²⁴. (Rojas Marcos, L. 2010:93).

Kübler-Ross también hace referencia a los que denomina el **síndrome pseudo terminal** que será importante tener en cuenta a la hora de aplicar la nueva ley de eutanasia. Consiste en la recuperación de un paciente, a pesar de haber sido desahuciado, por “milagro” médico o de cualquier otra naturaleza. Al igual que en la pena de muerte se ha de tener en cuenta el posible “error judicial” (motivo suficiente; aunque, por supuesto, no único; para no aprobarla en la mayoría de los países), habrá que tener en cuenta, para la eutanasia, el posible “error diagnóstico” o curación imprevisible.

...no deberíamos “dar por perdido” a ningún paciente, tanto si va a morir como si no. El que esté fuera del alcance de la ayuda médica es el que necesita quizás más cuidados que el que

*puede esperar una curación. Si damos por perdido un paciente así, él puede darse por perdido a sí mismo...*²⁵ (Kübler-Ross 1974a:184).

De esta forma, la autora entiende que, una persona que reciba la atención adecuada, difícilmente solicitará la eutanasia o el suicidio asistido y se opone, de plano, a la eutanasia como derecho.

*Si recibe un tratamiento analgésico adecuado, y buena ayuda física, emocional y espiritual, un paciente pedirá la eutanasia sólo en casos extremadamente raros; tal vez uno entre mil. No es nuestra función matar, sino ayudar a las personas a vivir hasta que mueran. Me opongo por completo a cualquier forma de eutanasia y no tomaría parte en ella*²⁶. (Kübler-Ross 1974b:59).

IV.2. El proceso de envejecer en nuestro tiempo

Hoy día, en nuestra sociedad y en nuestra forma de vivir, merece atención especial la vejez como fase vital, en claro conflicto entre nuestra cultura ancestral de cuidado familiar, nuestro estilo productivo y el individualismo creciente. Nuestro sistema de vida relacional lleva, cada vez más, a externalizar todo tipo de cuidados; del hogar, de las mascotas, pero, sobre todo, de la infancia y de la vejez.

En el hogar, tras la incorporación de las mujeres al ámbito laboral y público, las tareas, tradicionalmente femeninas, de cuidado y acompañamiento no han sido sustituidas. El ámbito privado se vacía de afectos y de atención a los vulnerables. Por otra parte, la ciencia médica y el sistema productivo (al menos en el primer mundo) han contribuido enormemente a una mayor longevidad y, por tanto, a un mayor tiempo de cuidados geriátricos. Esto ha dado lugar a un mayor número de residencias para ancianos, cuya dudosa calidad, en ocasiones, ha puesto de manifiesto, desgraciadamente, la pandemia que estamos sufriendo. Se ha profesionalizado la atención de los mayores y dependientes tanto en el hogar como fuera de él. Esta dependencia, a veces completa, se puede prolongar durante años, con el consiguiente gasto de recursos económicos y asistenciales.

Algunas voces interpretan esta situación como “ensañamiento terapéutico”, en la que la calidad

de vida es escasa. Si esta calidad correlaciona con el sentido que una persona puede dar a su vida, pareciera que lo que haya que mejorar es el sistema que nos impide llegar a esa situación de “dar sentido”.

*La vejez no es sinónimo de estar “contento por morir”. Muchos de estos pacientes ancianos que dan la bienvenida a la muerte pueden no encontrarse en fase de aceptación, sino más bien en estado de resignación, cuando la vida deja de tener sentido*²⁷. (Kübler-Ross 1974b:135).

Tal vez haya que reflexionar sobre cómo hacer a los ancianos partícipes de su vida y de la del grupo al que pertenecen, valorando sus conocimientos y experiencia, permitiéndoles aportar y validando su existencia. Las partidas económicas, además de para cuidados esenciales, quizás deban ser empleadas para programar y organizar como vivir mejor hasta el final. Esto puede redundar en un mejor morir, menos angustioso y no forzado.

V. El suicidio en la enfermedad mental y la demencia

V.1. Estados psicológicos en situaciones de vulnerabilidad

No cabe duda de que se pueden producir y se producen trastornos del estado del ánimo, más o menos graves y crónicos, en las fases terminales de la vida o en los procesos de enfermedades crónicas o degenerativas.

En nuestra falazmente llamada “sociedad de bienestar”, se puede dar la creencia ingenua de que la vida ha de ser feliz siempre; tendencia que se expresa con frecuencia en redes sociales de alta exhibición.

*Estos estados psíquicos son precisamente característicos de un mundo que es pobre en negatividad y que, en su lugar, está dominado por el exceso de positividad. No se trata de reacciones inmunológicas que requieran una negatividad de lo otro inmunológico. Antes bien, son fruto de una “sobreabundancia” de positividad. El exceso del aumento de rendimiento provoca el infarto del alma*²⁸. (Byung-Chul Han, 2012:72).

Se puede decir que un **sufrimiento existencial refractario** es equivalente a un sufrimiento psicológico insoportable y permanente²⁹. (Comité de Bioética de España, 2020:10). Sin embargo, no se puede afirmar que ningún trastorno del estado del ánimo o mental haya de ser, a priori, permanente.

La existencia de presiones sociales o la creencia de que la ley de eutanasia es también una “norma moral”, podría llevar a creer que no hay posibilidad de adaptarse a cierto grado de enfermedad y que ese tipo de vida no merece ser vivida o estorba³⁰. (Comité de Bioética de España, 2020:42).

El cuidado y el acompañamiento son elementos vinculares básicos entre los seres humanos, que permiten la adaptación y la aceptación de los eventos adversos, máxime en lo que, a la enfermedad, vulnerabilidad o a la dependencia, se refiere.

*Lo que un paciente pide realmente es alguien con quien tener una relación afectiva: su esposa o su pareja, sus padres o sus hijos, sus amigos u otros allegados, alguien capaz de quererle, acompañarle y cuidarle. Una persona enferma puede tener todos los derechos asegurados, pero no puede exigir por vía legal, que alguien le dé esperanza*³¹. (Comité de Bioética de España, 2020:56).

Pertenecemos a la única especie conocida que protege a los miembros más débiles.

*La ética propiamente humana tendría un sentido antievolutivo*³². (Comité de Bioética de España, 2020:40).

Antes de provocar el final de estas vidas, habría que persistir en mejorar las condiciones de bienestar físico, relacional y psicológico en que éstas se desarrollan.

V.2. Suicidio vs. Eutanasia: un dilema en salud mental

Es inevitable establecer una similitud o algún tipo de paralelismo entre la idea de suicidio y la de eutanasia. Mediado o no por la enfermedad mental, el suicida también intenta paliar, en la mayoría de las ocasiones, una situación

de sufrimiento insoportable; situación no necesariamente fatal ni irreversible. Enrique Echeburúa, psicólogo y profesor en la Universidad del País Vasco, establece tres componentes de la conducta suicida: un nivel emocional de gran sufrimiento, dificultades para el afrontamiento psicológico de dicho sufrimiento y un nivel cognitivo de desesperanza ante el futuro y cuya sola salida ha de ser la muerte³³. (Echeburúa, 2015:118).

El suicidio constituye un grave problema de salud pública que, per se, ya entra en contradicción con el apoyo a una ley que permite facilitar la muerte a los enfermos mentales cuya sintomatología tiene que ver, en muchas ocasiones, con la ideación suicida. Esta ideación puede permanecer estable en el tiempo o, con el tratamiento adecuado, desaparecer o reducirse su intensidad y peligrosidad.

*Hay más personas que fallecen por su propia voluntad que la suma total de todos los muertos provocados por homicidios y guerras*³⁴. (Echeburúa, 2015:118).

El mismo autor también establece diferentes tipos de suicidio. El **suicidio por balance** se produce en personas que, a pesar de sus esfuerzos en el tiempo, llega a una situación social, familiar o económica donde la vida le resulta un sinsentido y no se siente capaz de afrontar más dificultades. Este tipo de suicidio se da más en personas mayores, que no ven posibilidad de ampliar o enriquecer su proyecto vital. Muchas veces va unido a problemas de soledad. Los factores de riesgo, en este tipo de suicidio, tienen que ver con la personalidad (impulsividad y rigidez cognitiva), estados afectivos (desesperanza), distorsiones cognitivas (sentimientos exagerados de culpa o responsabilidad, recuerdos excesivamente negativos autobiográficos, etc.), situaciones familiares o sociales adversas (soledad, sentirse en un callejón sin salida, humillación, etc.) y tener antecedentes suicidas en la familia³⁵. (Echeburúa, 2015:120-121).

Los suicidios llevados a cabo por personas con trastorno mental padecen, sobre todo:

- Depresión y trastorno bipolar, siendo las personas mayores que padecen estos trastornos, las que corren mayor riesgo y las personas enfermas.

*A veces, la depresión se asocia al dolor de una enfermedad física o miedo a tenerla en un futuro próximo, como puede ocurrir en el caso del cáncer maligno. Sin embargo, las enfermedades crónicas por sí mismas no llevan al suicidio, sino que son un factor de riesgo sólo cuando se acompañan de desesperanza*³⁶. (Echeburúa, 2015:120-121).

- Los trastornos adictivos (alcoholismo, drogadicción, ludopatía, etc.) pueden derivar en un intento de suicidio debido a la alta impulsividad de estos pacientes.
- Los trastornos psicóticos (esquizofrenia, paranoia, etc.) están muy asociados al suicidio debido a sintomatología alucinatoria y delirante, así como a una alta impulsividad.
- En el trastorno límite de personalidad la impulsividad y la inestabilidad emocional son las principales características, por lo que la ideación suicida es muy frecuente.
- En la anorexia también se pueden producir intentos de suicidio en estadios avanzados, al no poder alcanzar ideales de perfección física³⁷. (Echeburúa, 2015:121).

En cuanto a los factores de protección, aparte de las características de personalidad como una adecuada autoestima, flexibilidad cognitiva, control sobre los impulsos, buenas habilidades sociales y valores como la espiritualidad, el altruismo, etc. En el ámbito de lo social, preserva del suicidio estar integrado en la cultura, tener apoyo familiar, tener hijos pequeños, tener amparo social y el acceso a tratamiento psiquiátrico y psicológico³⁸. (Echeburúa, 2015:123).

Las personas que puedan pensar en suicidarse de forma factible, pueden ser susceptibles de solicitar la eutanasia. Sin embargo, la gran mayoría de ellas, con los recursos adecuados, le podrían dar sentido a su vida.

Por otro lado, Émile Durkheim, relevante sociólogo en el estudio de la dimensión sociológica del suicidio, hablaba de *sociedades suicidógenas* y del *suicidio anómico* que se produce en un determinado momento y caldo de cultivo social.

La anomía, como estado social, es: una falta de dirección que suele aparecer en las épocas

de revolución social. En el individuo se corresponde con un desconcierto o inseguridad a los que hoy se suele definir como alienación o pérdida de identidad. La anomía es un estado de la sociedad donde los valores tradicionales han dejado de tener autoridad, mientras que los nuevos ideales, objetivos y normas todavía carecen de fuerza. Anomía es un estado social en que cada individuo o cada grupo buscan por sí solos su camino, sin un orden que los conecte con los demás³⁹. (Durkheim, 1897).

Volviendo a el estado de enfermedad, la mental o del estado del ánimo no es equiparable a la enfermedad fisiológica. Esta última, no anula normalmente la capacidad de decidir. La enfermedad mental puede anular o limitar la libertad del paciente de forma temporal o indefinidamente. Como ya se ha señalado, la distorsión cognitiva, la ausencia de principio de realidad, la enajenación, etc. pueden perturbar la conciencia y afectar gravemente en las decisiones. Este tipo de paciente es especialmente vulnerable a tomar decisiones en contra de sus propios intereses⁴⁰. (Sociedad Española de Psiquiatría, 2021:5).

Las personas que sufren trastornos mentales graves y duraderos, ante la respuesta social a su enfermedad en muchos de los casos, no sólo contraproducente, sino incentivadora de mantenimiento y difícil tratamiento y de esa constante y continua muestra de rechazo, responden con un abandono de los aspectos psicológicos, sociales, laborales y de ocio-culturales; situación que les encamina hacia el aislamiento y como consecuencia a la marginación social⁴¹. (Fernández Santiago, Salud Mental Comunitaria, 2012).

En cuanto al duelo que los familiares pueden padecer tras la eutanasia de un paciente, no hay todavía estudios suficientes, pero, podría ser muy similar al duelo de las personas que han perdido a un ser querido por suicidio. Esto es; sentimientos de culpa, incompreensión, miedo, enfado, baja autoestima, estigma asociado al tipo de muerte, etc.

Las investigaciones preliminares han indicado que participar en una muerte asistida puede suponer unas consecuencias positivas para la persona superviviente. Sin embargo, si la

persona no forma parte de la planificación o la puesta en práctica de una muerte asistida, puede tener reacciones similares a las del superviviente típico de una muerte por suicidio⁴². (William Worden, J., 2004:155).

VI. Conclusión

En definitiva, nos toca elegir quiénes queremos ser y en qué calidad, como sociedad, como especie, como Humanidad y recorrer caminos legales, sociopolíticos y sanitarios para alcanzarlo. Como siempre, será conveniente pararse a pensar, a reflexionar, a no tomar decisiones demasiado atropelladas e impulsivas que nos lleven a involucionar. La adaptación humana no siempre es progreso y evolución; a veces, también implica echar pie atrás y regresar a las cavernas.

En la parte psicológica, no ha lugar a la eutanasia por trastorno mental, sino apoyo y tratamiento para mejorar o, al menos, convivir con el trastorno, una vida deseable de ser vivida, con sentido. El trastorno mental no es letal en sí mismo y puede ser tratado médica y psicológicamente. Una persona “usuaria” de la ley de eutanasia, si padece trastorno mental o demencia, puede convertirse en una víctima de dicha ley.

La posibilidad de que fracasemos como sociedad, dependerá de la inversión sociosanitaria, económica y pedagógica que hagamos en este ámbito. Por solidaridad con las personas con trastorno mental y por conciencia social, para no vernos abocados a convivir con el duelo por las personas que no encontraron sentido o porque la propia distorsión de ese “sentido” les llevó a tomar decisiones inapropiadas para ellas, es necesario invertir. Es cierto que esa inversión en medio de una pandemia, con crisis migratorias por doquier, con el cambio climático al acecho, etc., parece ingenua o utópica. En terapia se suele decir que “estamos en el punto en el que estamos y no en el que nos gustaría estar”. No obstante, conviene mirar hacia la esperanza y no aceptar la eutanasia como una metáfora de nuestra actitud y de nuestro estado de ánimo social.

Contacto

María C. Torrado ✉ maria-c.torrado@telefonica.net • www.mariatorradopsicologa.com

Bibliografía

- ²⁸ BYUNG-CHUL HAN. *La sociedad del cansancio*. Herder editorial, 2012.
- ³⁹ DURKHEIM, E. *El Suicidio. Un estudio de sociología*, 1897. Epulibre. ePub o. Titivillus. 15.01.16.
- ^{19,20,21,22,23,25} KÜBLER-ROSS, E. *Sobre la muerte y los moribundos*. Penguin Random House Grupo editorial, 1974. (2021, última impresión).
- ^{26,27} KÜBLER-ROSS, E. *Preguntas y respuestas sobre la muerte y los moribundos*. 1974. Ediciones Obelisco, 2016.
- ⁴¹ MARCOS DEL CANO, A. M.³ y TOPA CANTISANO, G. *Salud mental comunitaria*. UNED, 2012.
- ^{4,5} MARCOS DEL CANO, A. M.³(Coord.). *Bioética y derechos humanos*. Ciencias sociales y jurídicas UNED, 2011.
- ^{1,2,3,6,7} MARCOS DEL CANO, A. M.³ y DE LA TORRE DÍAZ, F.J. *Así, no ; no así. La ley de eutanoasia en España*. Dykinson, 2021.
- PASTOR MORALES, J.M. y DEL RÍO SÁNCHEZ, C. *Ética profesional en salud mental*. Pirámide, 2018.
- ^{18,24} ROJAS MARCOS, L. *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Espasa, 2010.
- ⁴² WILLIAM WORDEN, J. *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós 2004.
- ^{33,34,35,36,37,38} ECHEBURÚA, E. *Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica*. Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, 2015.
- DSM 5. *Trastorno del comportamiento suicida*. www.suicidioadolescente.com.ar
- FELIPE PALACIO, A. *La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días*. Departamento de Psicoanálisis. Universidad de Antioquía.2010.
- SOSA TROYA, M. y MOUZO, J. *El suicidio, la amenaza silenciosa tras la pandemia: "Es algo que te rompe por dentro"*. El País, 26 julio 2021.

Informes y leyes

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO, OSAKIDETZA, *Plan de cuidados paliativos de Euskadi 2016-2020*. 1 de abril de 2016.

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL GOBIERNO VASCO, OSAKIDETZA, *Estrategia de prevencion del suicidio en Euskadi*. 1 de abril de 2019.

⁸ BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO. *Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia*.

CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA DE ESPAÑA. *Código deontológico de la Psicología*.

^{10,11,12,13} COMISIÓN SOCIOSANITARIA DE COMITÉS DE ÉTICA DE EUSKADI. *Informe de posicionamiento ético y valorativo acerca de la posible despenalización y regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido*. 9 de diciembre de 2020.

^{9,29,30,31,32} COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA. *Informe del comité de bioética de España sobre el final de la vida y la atención en el proceso de morir, en el marco del debate sobre la regulación de la eutanasia: propuestas para la reflexión y la deliberación*. 4 de marzo de 2020.

^{14,15,16,17,40} SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA. "Eutanasia y Salud Mental. Proposición de Ley orgánica sobre la regulación de la eutanasia." 3 de febrero de 2021.

• Recibido: 15/10/2021.

• Aceptado: 11/12/2021.