



*Universitat
Abat Oliba CEU*

**Eutanasia:
Factores sociales y personales influyentes en la decisión
del paciente**

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Andrea García Bahamonde
Tutor: María Montserrat Lafuente Gil
Universitat Abat Oliba CEU
Grado en: Psicología
Año: 2020

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.

Firma: Andrea García Bahamonde

El hombre está dispuesto a sufrir a condición
de que el sufrimiento tenga sentido

-V. Frankl

Resumen

En el siguiente trabajo se tratarán los diferentes aspectos de la sociedad que pueden estar influyendo en la voluntad de un paciente cuando este se plantea, como solución a su sufrimiento, la eutanasia. Este tipo de soluciones impiden el avance de la sanidad que se orienta a la mejora del estado del paciente, como podrían ser los cuidados paliativos, porque la muerte se presenta como una buena elección y se percibe la eutanasia como una solución rápida y efectiva ante el sufrimiento. De esta forma, parece que lo más conveniente, si queremos ser felices, es evitar a toda costa cualquier padecimiento; los vínculos con nuestro entorno más cercano, asimismo, pueden verse debilitados y, sin darnos cuenta, será la población más vulnerable la que se verá particularmente afectada por estas prácticas. Por todo esto, vamos a analizar cómo todo ser humano es digno de ser cuidado y amado incluso en los momentos más graves de su vida.

Resum

En el següent treball es tractaran els diferents aspectes de la societat que poden estar influïnt en la voluntat d'un pacient quan es planteja, com a solució al seu patiment, l'eutenàsia. Aquest tipus de solucions impedeixen l'avanç de la sanitat que s'orienta a la millora de l'estat del pacient, com podrien ser els cures paleatives, perquè la mort es presenta com una bona elecció i es percep l'eutenàsia com una solució ràpida i efectiva davant el patiment. D'aquesta forma, sembla que el més convenient, si volem ser feliços, és evitar qualsevol patiment; els vincles amb el nostre entorn més proper, així mateix, poden veure's debilitats i, sense adonar-nos, serà la població més vulnerable la que es veurà particularment afectada per aquestes pràctiques. Per tot això, analitzarem com tot ser humà és digne de ser cuidat i estimat, fins i tot en els moments més greus de la seva vida.

Abstract

In the following study, it will be discussed the different aspects of society that may be influencing the will of a patient when he considers euthanasia as a solution to his suffering. This type of solution impedes the progress of health care that is oriented towards improving the patient's condition, such as palliative care because death is presented as a good choice and euthanasia is perceived as a quick and effective

solution to suffering. In this way, it seems that the most convenient thing, if we want to be happy, is to avoid at all costs any suffering; the bonds with our closest environment may also be weakened and, without realizing it, it will be the most vulnerable population that will be particularly affected by these practices. Therefore, we are going to analyze how every human being is worthy of being cared for and loved even in the most serious moments of his life.

Palabras claves / Keywords

Eutanasia — Voluntad — Sufrimiento – Muerte — Cuidados Paliativos

SUMARIO

Introducción	9
1. Eutanasia, Suicidio asistido y Cuidados Paliativos.....	11
1.1. Eutanasia.....	11
1.2. Suicidio asistido.....	12
1.3. Cuidados paliativos	13
Centro Asistencial y de Humanización de la Salud San Camilo	18
2. Contexto actual.....	20
2.1. Sociedad líquida	20
2.2. Huida interior	21
2.3. Sensibilidad común	23
3. “Solo en casos límite”	28
3.1. Pendiente resbaladiza	28
3.2. Personas vulnerables	30
4. Sufrimiento, Dolor y Soledad	35
4.1. Sufrimiento y Dolor	35
4.2. Soledad	39
5. “El paciente decide”	42
5.1. Libertad.....	42
5.2. Autonomía	43
Depresión y autonomía	45
5.3. Dignidad del ser humano.....	48
Conclusiones	51
Bibliografía.....	52

Introducción

Antes de empezar, quiero aclarar personalmente que con este trabajo no pretendo juzgar a nadie y mucho menos a aquellas personas que estén viviendo situaciones difíciles.

En la actualidad, existen muchos movimientos sociales acerca distintos temas, como por ejemplo: contra el cambio climático, abolición de corridas de toros, igualdad, o incluso legalizar prácticas como la eutanasia. Estos movimientos están formados por agrupaciones de gente que se juntan para reivindicar derechos o intereses sociales y lograr un cambio en la sociedad. Cada miembro de este grupo debería conocer la finalidad y el objetivo de su reivindicación, pero no únicamente eso, sino que debe conocer en profundidad el tema para poder ser crítico y posicionarse con razón, además de la repercusión que puede o no causar el cambio que esta defendiendo. Es probable que tengamos una primera opinión acerca la eutanasia formada por noticias, películas, amigos, familiares, etc. Pero, es importante tener en cuenta el papel de los medios de comunicación, puesto que se encargan de transmitir potentes mensajes que ocultan o manipulan la realidad, además de factores como las modas o tendencias que nos marcan los demás, seguidas como “norma social” por mucha gente, que impactan sobre nuestro día a día, y aunque sabemos que todos poseemos un criterio propio, es inevitable recibir influencia de nuestro contexto social. La opinión que los demás tengan sobre nosotros nos importa, a veces de tal manera que nos adaptamos a lo que las mayorías prefieren sin cuestionarnos si de verdad lo queremos nosotros, desde esta conformidad social asumimos como ciertas algunas tendencias llegando a considerarlas como incluso propias.

De este modo, la gran mayoría de personas en mi entorno apoyan la legalización de la eutanasia, de forma que sería lo más normal que yo también la apoyara, pero seguía existiendo algo que me inquietaba acerca de este tema sin saber que era. El 31 de enero del 2020, una profesora de la universidad que conocía mi interés acerca de la realidad de la eutanasia, me presento la oportunidad de acudir a la presentación de un libro llamado: “Eutanasia. Un análisis a la luz de la ciencia y la antropología”, escrito por el Dr. Manuel Martínez Selles, jefe de cardiología del hospital Gregorio Marañón de Madrid. En este acontecimiento pude conocer aspectos que no conocía acerca de las repercusiones que puede generar la legalización de la eutanasia, además de refutar ciertos argumentos pro eutanásicos, que me ayudaron aclarar muchas dudas y a darme cuenta del desconocimiento que hay en este fenómeno social de la práctica de la eutanasia, llevándome finalmente a construir el presente trabajo.

A partir de este libro empezó mi investigación acerca de la eutanasia y a identificar los puntos de mi trabajo. Estos son: Por un lado, conocer el concepto de eutanasia y la existencia de otras opciones que no impliquen la muerte, en este caso, los cuidados paliativos. Y, por otro lado, la petición de eutanasia en muchas ocasiones tiene causas sociales, de forma que voy a indagar sobre la influencia que tiene el entorno para llegar a ver como buena opción la práctica de la eutanasia.

De esta manera, iremos viendo las distintas dimensiones de la persona, no solo la física y la emocional, que pueden verse afectadas, además de aspectos intrínsecos como la voluntad y la dignidad del ser humano. La lucha debe ser dirigida a humanizar todos los ámbitos de la salud para conseguir proporcionar una atención plena, sin plantearnos la muerte como una solución.

1. Eutanasia, Suicidio asistido y Cuidados Paliativos

Debemos saber que la eutanasia ha existido siempre pero, como dice Enrique Miret Magdalena (2003), escritor y presidente de la Asociación de Teólogos Juan XXIII, en la actualidad ya no es un debate únicamente de intelectuales, como sí lo fue en la Antigua Grecia, sino que es una cuestión ética debatida y difundida por la opinión pública. El filósofo Wittgenstein consideraba, y con razón, que, para tratar el tema en cuestión, hemos de empezar comprendiendo de qué estamos hablando, dado que las discusiones que se ocasionan ante temas tan presentes en nuestra sociedad, como lo es la eutanasia, se generan debido al poco entendimiento de los conceptos que utilizamos, y que hay que tener en cuenta que incluso el mismo término puede tener distintos significados con algunas diferencias (Wittgenstein, citado por Magdalena, 2003).

Asimismo, tal y como dijo Elio Sgreccia, cardenal italiano y presidente de la Academia Pontificia para la Vida, en su *Manual de bioética* (1999), el debate generado actualmente sobre la eutanasia no gira únicamente en torno a una posición de comprensión de la situación del enfermo – lo que llamamos el “hecho piadoso” – sino que ha surgido un discurso apologético que la populariza y busca su legalización. De esta forma, se debe tratar de entender cuál es la creencia subyacente e indagar en el contexto del que nace y crece este hecho. (Sgreccia 1999: 615)

1.1. Eutanasia

Etimológicamente la palabra “eutanasia” proviene del griego: “eu”, que significa “bueno”, y “thánatos”, es decir, “muerte”; de modo que vendría a significar “buena muerte”. Sin embargo, el significado actual parece alejarse de su etimología, tal y como dice Manuel Martínez Sellés, catedrático de Medicina y jefe de Cardiología del Hospital Gregorio Marañón (2019, p.23). El *Diccionario de la Lengua Española*, en 2001, la definía como “acción u omisión que, para evitar el sufrimiento a los pacientes terminales, acelera su muerte con consentimiento o sin él”. Pero, ¿a quién llamamos enfermos terminales?, por definición enfermedad terminal “es aquella enfermedad crónica y progresiva cuya expectativa de vida no va más allá de los 6 meses y cuya patología subyacente no es capaz de revertir con los tratamientos que actualmente se pueden ofrecer”, esta definición no es completamente exacta dado que se trata de una aproximación, pero sirve como guía necesaria desde el punto de vista médico, y en todo caso, este concepto relata que se encuentran en situaciones finales (Campos-Olabazal, 2020, p.7)

Por otra parte, La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la eutanasia de un modo más preciso, diciendo que se trata de “la acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente”. En esta descripción, tal y como hace ver Manuel Martínez-Sellés (2019, p. 23), se destaca la intencionalidad del médico y el objetivo de su acción, que es provocar la muerte, con consentimiento o no del paciente, para evitar un sufrimiento o atendiendo a su deseo de morir por los motivos que sean. Asimismo, el Comité para la Defensa de la Vida de la Conferencia Episcopal Española, explica la eutanasia de este otro modo: “la actuación cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna” (Magdalena, 2003, p.2). También en 2005 La Asociación Médica Mundial afirmó: «La eutanasia, que es el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, aún a petición del propio paciente o a petición de familiares cercanos, no es ética». En 2015 secundó de nuevo esta postura (Bermejo & Belda, 2019, p.13). Estas últimas son descripciones de donde se infiere que el objetivo definitorio de la eutanasia es acabar con la vida del paciente, con o sin su voluntad expresa, en el caso que se considere que esta ya no merece ser vivida.

Por lo tanto, vemos en las diferentes definiciones que el fin es la muerte del paciente, pero debemos prestar atención también a su consentimiento, que, como vemos en las explicaciones respecto al significado de la eutanasia, parece no ser un elemento imprescindible en la decisión. Así pues, el adelantar la muerte se contempla como una “solución” al sufrimiento, que como bien sabemos esta llega a todo el mundo naturalmente, y, además, se lleva a cabo con o sin la aprobación del paciente.

1.2. Suicidio asistido

Al iniciar este apartado hay que mencionar, en primer lugar, que la diferencia entre la eutanasia y el suicidio asistido es muy pequeña, ya que, en este segundo, el médico le entrega los medios necesarios al paciente para acabar con su vida y es este mismo quien le pone fin (Martínez-Sellés, 2019, p. 24). De nuevo, el objetivo vuelve a ser acabar con la vida de alguien, a pesar de que este tipo de prácticas, no se trata de técnicas o recursos de la medicina, al contrario, la arrojan y la sustituyen (Martínez-Sellés, 2019, p.36).

No hay que olvidar que los pacientes, aunque presenten patologías, síntomas o incluso sentimientos muy similares, son personas distintas, y es conocido que el médico que en el pasado ha llevado a cabo un suicidio asistido o lo mismo, la eutanasia, a algún enfermo del que se haya sentido “apiadado” hasta el punto de pensar que lo mejor que puede hacer es quitarle la vida, caerá con facilidad en este pensamiento con otros que padezcan situaciones parecidas (Martínez-Sellés, 2019, p.36).

En esta cuestión Manuel Martínez-Sellés (2019) expresa su opinión en los siguientes términos:

“se podría trasladar un mensaje social a los pacientes más graves o incapacitados, que pueden verse coaccionados, silenciosos e indirectamente, a solicitar un final rápido por considerarse una carga inútil para sus familias y para la sociedad. Tanto más fuerte sería esta presión cuanto más comprometidas fueran las circunstancias de la enfermedad, o la precariedad de la atención médica y familiar”.

En otras palabras, saber que el médico está dispuesto o se plantea conceder al doliente los medios para acabar con su propia vida puede llegar a crear una fractura en la confianza entre el enfermo y el sistema sanitario, dado que el paciente puede recibir de forma indirecta que ya no hay nadie dispuesto a luchar por su vida hasta el final, y que, por ello, termine por ver el hecho de quitarse la vida como la opción más sencilla y humanitaria (Martínez-Sellés, 2019, p.37).

El filósofo Averroes, cuya obra se ubica en el siglo XII, consideraba que en la sociedad deben preferirse personas útiles y deshacernos de las que ya no lo son (Averroes, citado por Magdalena, 2003, p.5). Este pensamiento, por lejano que esté en el tiempo de la actualidad, sigue estando en la base de nuestro día a día, dado que en ciertos casos se induce a pensar de uno mismo que es una carga o no es útil, sobre todo en el pensamiento de pacientes en situaciones graves. De esta forma, ¿Se está influyendo sobre la voluntad del paciente para que escoja la opción más rápida y fácil, no solo para él, sino para los demás?

1.3. Cuidados paliativos

La presencia de un dolor insoportable suele ser el motivo principal de aquellos que apoyan la práctica de la eutanasia, dado que esta es una opción más barata y rápida,

como nos hace saber Martínez-Sellés (2019, p. 34), pero ¿proporciona solución al sufrimiento? Debemos recordar que existen métodos que tratan de dar solución a este dolor y velar por la vida del paciente: los cuidados paliativos. Estos tienen como objetivo aliviar el sufrimiento del paciente en situaciones terminales, y a pesar de que puede parecer que hay similitud *grosso modo* con las anteriores, hay que destacar que estos cuidados no tienen como finalidad acabar con la vida de la persona, sino hacerla mejor en sus últimos momentos (Martínez-Sellés, 2019, p. 24). Esto es, tal y como dijeron los hermanos de San Juan de Dios en una de sus últimas publicaciones, “no hay enfermos incurables, aunque haya enfermos incurables” (Olazabal, 2020, p.5).

Asimismo, la OMS considera que:

“con el desarrollo de los métodos modernos de tratamiento paliativo, no es necesaria la legalización de la eutanasia. Además, ahora que existe una alternativa viable a la muerte dolorosa, debieran concentrarse los esfuerzos en la implementación de programas de tratamiento paliativos antes que ceder ante las presiones que tienden a legalizar la eutanasia” (OMS, citado por Martínez-Sellés, 2019, p. 23).

Pero la realidad es que los cuidados paliativos no llegan a cubrir el 100% en ninguno de los países iberoamericanos. En España el 50% de personas que necesitan de estos cuidados acaban muriendo con dolor físico y el 75% con dolor emocional. Actualmente, se debate sobre la legalización de la eutanasia, cuando este debate debería ir dirigido a garantizar cuidados plenos para todas las personas que lo necesitan. Según el Atlas de los Cuidados Paliativos en Europa, en 2019, murieron alrededor de 80.000 personas sin cuidados paliativos en España. En Francia, solo el 20% de los pacientes que solicitaron cuidados paliativos los recibieron, tal y como dijo en un debate parlamentario una diputada socialista en 2019 (Torre Díaz, 2019, p.10).

De este modo podemos decir que tenemos en nuestras manos una forma de proporcionar, en los últimos momentos de la vida de alguien, aquellos cuidados que merece para controlar sus síntomas del paciente, aumentando el bienestar que pueda poseer en el tiempo que quede y, por consiguiente, se le proporciona, como debe ser, una mejor calidad de vida (Martínez-Sellés, 2019, p. 80). Otra vez, vemos en La Organización Médica Colegial que secundó un pronunciamiento sobre la eutanasia del Comité Permanente de Médicos Europeos según el cual:

“el deber principal de un médico y de su equipo respecto al cuidado de los pacientes terminales consiste en facilitar toda la gama de cuidados

paliativos, y estos incluye aliviar o prevenir el sufrimiento y dar al paciente la asistencia necesaria para proteger o mejorar su calidad de vida” (citado por Martínez-Sellés, 2019, p. 25).

De la misma forma, Elio Sgreccia (1996, p.638) nos hace conocer el artículo 29 del Código Deontológico Italiano que afirma lo siguiente:

“El médico no puede abandonar al enfermo por considerarlo ya incurable, sino que debe continuar asistiéndolo incluso con la única finalidad de aliviar el sufrimiento físico y psíquico, de ayudarlo y reconfortarlo”.

El Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos Español (CGCOM, 2011, p.2), dice en su juramento hipocrático lo siguiente:

“Y NO DARÉ ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso [...] sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente”.

Además, vemos en el capítulo VII, sobre la atención médica al final de la vida, artículo 36 (CGCOM, 2011, p.31), lo siguiente:

“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.

Por tanto, no debemos olvidar el artículo 5, donde se expresa el principio general que debe seguir cualquier médico (CGCOM, 2011, p.11):

“La profesión médica está al servicio del ser humano y de la sociedad. Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad son los deberes primordiales del médico”.

De este modo, al hablar de profesionales de la salud también recordaremos el Código Deontológico del Psicólogo que dice, en su artículo 5 del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos Español (2015, p.1), lo siguiente:

“El ejercicio de la Psicología se ordena a una finalidad humana y social, que puede expresarse en objetivos tales como: el bienestar, la salud, la calidad de vida, la plenitud del desarrollo de las personas y de los grupos, en los distintos ámbitos de la vida individual y social. Puesto que el/la Psicólogo/a

no es el único profesional que persigue estos objetivos humanitarios y sociales, es conveniente y en algunos casos es precisa la colaboración interdisciplinar con otros profesionales, sin perjuicio de las competencias y saber de cada uno de ellos”.

Del mismo modo, el psicólogo tampoco debe atentar contra la vida de una persona tal y como vemos en el artículo 7 que dice así:

“El/la Psicólogo/a no realizará por sí mismo, ni contribuirá a prácticas que atenten a la libertad e integridad física y psíquica de las personas. La intervención directa o la cooperación en la tortura y malos tratos, además de delito, constituye la más grave violación de la ética profesional de los/las Psicólogos/as. Estos no participarán en ningún modo, tampoco como investigadores, como asesores o como encubridores, en la práctica de la tortura, ni en otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes cualesquiera que sean las personas víctimas de los mismos, las acusaciones, delitos, sospechas de que sean objeto, o las informaciones que se quiera obtener de ellas, y la situación de conflicto armado, guerra civil, revolución, terrorismo o cualquier otra, por la que pretendan justificarse tales procedimientos” (CGCOP, 2015, p2).

Lo dicho hasta aquí supone que, toda vida humana tiene valor incluso en los estados más graves, y por ello es nuestro deber como trabajadores sanitarios, trabajar para ofrecer lo mejor de nosotros y otorgar una vida lo más plena posible, cumpliendo con nuestro juramento como profesionales y siguiendo el código deontológico. (Sgreccia, 1999, p.618 y 638) Por tanto, la práctica de la eutanasia va en contra de los apartados que hemos visto anteriores respecto a la obligación fundamental de todo profesional de la salud, esto es, luchar hasta el final por la vida del otro, y aún cuando no existan métodos, proporcionarle en los últimos días del paciente, el mayor cuidado y respeto que merece su vida. De esta forma, unos buenos cuidados paliativos, que sean continuos y traten todos los aspectos de la vida del paciente, la mayor parte de los enfermos no sufriran. Como afirma un estudio español:

”[...] con el adecuado control de síntomas es posible lograr que la mayoría de los enfermos no padezcan sufrimientos. Los cuidados continuos en el paciente oncológico son los responsables de ayudarnos a resolver estas situaciones. En medicina paliativa existe un procedimiento altamente eficaz en la ayuda en las últimas horas, la sedación, aplicable cuando sea

imposible el control sintomático con otros medios. Con una cobertura adecuada de cuidados no debería ser necesario introducir leyes de suicidio asistido y/o eutanasia activa voluntaria, ni por la magnitud de la demanda, ni por las dificultades en el adecuado control sintomático (Camps et al., 2005, citado en Torre Díaz, 2019, p.11).”

Los cuidados paliativos son una práctica de igual importancia que no trata únicamente con el enfermo sino también con su entorno más próximo, es decir, también ofrecen apoyo y cuidado a las familias. Estas, son un elemento de gran importancia para el paciente, ya que, tienen un papel muy importante en el pensamiento y la posible decisión sobre poner término a su vida (Martínez-Sellés, 2019, p. 80).

En el programa Salvados de LaSexta (2018), el entrevistador Jordi Évole tiene la oportunidad de entrevistar al doctor Marcos Gómez, especialista en los cuidados paliativos. Se inicia la entrevista con la pregunta ¿Qué es un cuidado paliativo? Donde el doctor la define como: “es una modalidad asistencial, que tiene como objetivo la calidad de vida y el bienestar de las personas que ya son incurables y sus familiares, esto implica los cuidados físicos, pero también psicológicos, sociales y espirituales., es decir, tratar al enfermo globalmente”. El doctor Marcos Gómez, llevaba 28 años trabajando en cuidados paliativos cuando se le realizó la entrevista, en ella nos explica que, “es habitual que cuando los enfermos llegan la primera vez a esta unidad, digan que se quieren morir, expresen quejas de dolores y que no pueden dormir por culpa del dolor, pero en el primer momento que le aplicas la primera dosis de morfina este discurso desaparece”, afirma que la demanda de eutanasia, en todo el tiempo que lleva trabajando en cuidados paliativos es “anecdótica” con la siguiente respuesta, “en más de 25.000 pacientes terminales no ha habido más de tres o cuatro demandas de eutanasia persistentes”. Concluye que, los tratamientos paliativos son efectivos siempre y cuando abarquen la globalidad de la persona, pero atravesamos un problema, y es que estamos dejando de lado este tipo de tratamientos, Marcos Gómez dice, “Las autoridades sanitarias no tienen excesivo interés por los cuidados paliativos”. Por tanto, reivindica que existe un problema sanitario grave, en el momento en que no podemos ofrecerle a todos los enfermos estos cuidados, y se plantea la muerte como solución.

Por tanto, hemos visto en la definición de la eutanasia que no busca otorgar una mejor calidad de vida o una solución para el sufrimiento del paciente, sino que parece pretender poner freno al avance en la investigación de aquellos cuidados que aceptan

que el tiempo de vida viene establecido por la misma enfermedad y trabajan para hacer de este período lo más ameno posible (Martínez-Sellés, 2019, p. 35).

“No hemos de preocuparnos por los largos años, sino de vivirlos satisfactoriamente; porque vivir largo tiempo depende del destino, vivir satisfactoriamente de tu alma.”

-Séneca, Cartas a Lucilio

Centro Asistencial y de Humanización de la Salud San Camilo

Para realizar el presente trabajo leí el libro titulado “¡NO QUIERO SUFRIR! Sobre la eutanasia y otras cuestiones bioéticas del final de la vida”, escrito por Rosa María Belda y José Carlos Bermejo y publicado el 2019, del cual ya he citado algunos párrafos en los puntos anteriores. De este modo, he considerado necesario conocer un poco más a José Carlos Bermejo y su trabajo, para volver a recordar que ante el sufrimiento personal existen medios y personas que procuran aliviarlo y reconducirlo, sin recurrir a prácticas como la eutanasia o el suicidio asistido.

José Carlos Bermejo nació en 1963 y desde el 2007 lleva dirigiendo el Centro San Camilo (Centro Asistencial y de Humanización de la Salud) dedicado a personas mayores dependientes, enfermos al final de la vida y personas que están viviendo el duelo por la pérdida de un ser querido. Este centro sigue el espíritu de San Camilo, quien fundó su Orden entorno a su ideal de servicio. El “punto de encuentro” era el hospital, donde se reunían voluntarios dedicados a la salud del prójimo.

La historia de San Camilo se inicia en 1550, Camilo de Lellis nació en Buquiánico, Italia. Curiosamente, de joven fue un chico rebelde que con el paso del tiempo llegó a ser adicto al juego, por lo que perdió todo lo que tenía y acabó pidiendo limosna en las calles. Más adelante consiguió trabajo en el convento de los frailes, invitado por el administrador de los Capuchinos. En este lugar, tras una larga reflexión espiritual llevó a Camilo a una profunda conversión. Tras mucho esfuerzo en 1584 se ordena sacerdote. Camilo, “trataba a cada enfermo como si estuviera ante el mismo Jesús”, y de esta forma construyó la Orden de los Ministros de los Enfermos. Murió el 1614 y fue beatificado, y en 1886, León XIII declaró a San Camilo junto con San Juan de Dios, protectores de todos los enfermos y hospitales del mundo católico.

Con esto quiero decir que, debemos seguir humanizando la sanidad, recordando que tratamos con personas vulnerables que buscan y necesitan de una atención plena, no simplemente una receta, sino muchas veces un acompañamiento, escucha y afecto. En el Centro San Camilo, entre todos sus servicios destacaremos la Unidad de Cuidados Paliativos San Camilo. El objetivo de esta unidad es ofrecer la mayor calidad de vida posible a personas con enfermedades avanzadas e irreversibles, es decir, aquellas que mucha gente optaría por darles fin a su vida para que no sigan sufriendo. Por suerte, este tipo de cuidados paliativos y aquel que lo imparte, demuestra un claro respeto a la dignidad intrínseca de la persona, atendiendo a todas las dimensiones de la persona: física, mental, emocional, social y espiritual.

Por tanto, antes de decantarse por una “solución” rápida como la eutanasia o el suicidio asistido, para un paciente que sufre, debemos recordar todas y cada una de las dimensiones de la persona y procurar la atención integral a los enfermos, personas mayores en situación de dependencia, o al final de la vida, tal y como hizo San Camilo.

2. Contexto actual

En el momento de echar la vista atrás y en el tiempo para reconstruir una historia de la eutanasia nos encontramos con su primera ejecución como programa político, que fue puesto en práctica en el régimen nazi del Tercer Reich alemán, en la cual, entre 1939 y 1941, se acabó sistemáticamente con la vida de más de 70 mil personas consideradas “existencias carentes de valor vital”. No obstante, debemos tener en cuenta que esta práctica no es para nada equiparable a la ideología actual que pretende legalizar la eutanasia, dado que, en el contexto del nazismo, el racismo institucional y el estado absolutista eran condiciones imperantes en la determinación de dedicar los recursos económicos nacionales a la guerra y, por ello, sería un craso error tener en cuenta este suceso para un correcto análisis de la situación que nos ocupa hoy en día. Por otra parte, sí que extraeremos un pequeño parecido entre esta concepción y la ideología actual, dado que “Si la vida humana no vale por sí misma, cualquiera puede instrumentarla” (Sgreccia, 1999, p.617-618). Por consiguiente, se está entendiendo que la vida humana tendrá valor y será respetada siempre y cuando esta sea útil y, en el caso contrario, cuando deje de serlo, esta vida será carente de valor.

Para tratar la cuestión que nos ocupa en el presente trabajo debemos analizar la actualidad, dado que toda forma de pensamiento y de capacidad deliberativa recibe una influencia directa del entorno, el contexto y las circunstancias que nos rodean. De la misma forma, debemos hablar de la sociedad en la que vivimos para poder entender mejor la percepción que puede tener el paciente sobre sí mismo y su lugar en el mundo (Bermejo & Belda, 2019, p.9).

2.1. Sociedad líquida

Zygmunt Bauman (2005) describe la sociedad en la que vivimos como incierta, cambiante o, como él la llama, líquida, dado que en ella las costumbres, rutinas y aquello que la hacía sólida se diluye, perdiendo de vista en qué sostenemos, incluyendo nuestras concepciones y valores, por tanto, viéndonos obligados a mirar por uno mismo, por el bienestar y evitando a toda costa el sufrimiento (Martínez-Sellés, 2019, p. 22). Esta definición parece ser muy similar a la noción de felicidad que creo la filosofía hedonista, la cual desarrolló una doctrina sobre este concepto, que parece semejarse mucho con el actual, y sostiene que: “el hombre busca la vida dichosa y placentera y que huye de todo lo que causa dolor, pena y preocupación” (Alarcón, 2015, p.7).

Por otro lado, el concepto de eutanasia está tomando otro sentido, el cual deja de considerarse como una opción individual y pasa a ser un dilema social que negocia la proporción costo-beneficio, es decir, en esta sociedad se empieza a plantear si merece invertir gastos en enfermos que están padeciendo durante mucho tiempo o para aquellos pacientes que, una vez curados, sabemos que podrán volver a la vida productiva y de bienestar (Sgreccia, 1999, p.617). Asimismo, mientras que antes la muerte se prefería anunciada, con el fin de poder tener la oportunidad de preparar al individuo en cuestión y a su familia para la despedida, ahora se mira por una muerte súbita, rápida, que evite esa despedida y, sobretodo, el sufrimiento. En este cambio de paradigma vemos que nos encontramos sumergidos en una sociedad individualista y sin tolerancia al malestar, que únicamente mira por la capacidad productiva del individuo y el supuesto bienestar que debe alcanzar (Martínez-Sellés, 2019, p. 22).

Asimismo, Elio Sgreccia (2008), nos muestra que estamos en un movimiento social donde no solo se ha perdido el sentido de la vida, sino también el de la muerte, convirtiéndola en un tema tabú y rechazando la verdad sobre esta. Además, vivimos en la paradoja donde evitamos todo lo posible el sufrimiento y, en cambio, tiramos la vida del otro con facilidad. Y, como hemos dicho anteriormente, la pérdida y no jerarquización de los valores da lugar a que nuestras prioridades sean, sobre todas las cosas, la salud propia, la productividad y el tiempo de ocio, conceptos enmarcados dentro del estado de bienestar. Todo este pensamiento puede ser influyente en el surgimiento de ideas a favor de la eutanasia en las personas que nos rodean, incluso la elección, de una persona enferma, a ponerle fin a su vida, la cual considera que no cumple con las prioridades de bienestar y productividad que ha creado la sociedad.

2.2. Huida interior

Como hemos dicho antes, nuestra sociedad está formada por muchos que huyen del dolor y por tanto, de todo aquel que los acerque a este (Sgreccia, 2008), esto es, nos movemos en un momento en el que la sociedad se aleja de todo tipo de dolencia y se busca desesperadamente el bienestar y el placer (Bermejo & Belda, 2019, p.9). De igual manera, Zygmunt Bauman (2005) ve cómo este hecho está representado en la forma de vincularnos con los demás, ya que se huye de relaciones que impliquen responsabilidad o dependencia y se ve al olvido y el desarraigo afectivo como factores de protección. De esta forma, el hombre en esta modernidad líquida, se ve a sí mismo más autónomo, pero a su vez se encuentra más solitario y le genera pánico lo que pueda implicar relacionarse y crear vínculos más profundos. De este modo, los vínculos que

creamos con la gente que nos rodea parecen depender del costo-beneficio que genere la relación, es decir, “no conviene invertir en una relación cuando las acciones no prometen más beneficio” y este hecho es contradictorio con la necesidad humana de mitigar la soledad, dado que esta genera sentimientos de vacío, es decir, sufrimiento (Vespucci, 2006, p.2,4). Esto genera tensiones a nivel social y también a nivel existencial, dado que se rompe con la confianza en el entorno de cada uno, llegando incluso a afectar a la familia y a las relaciones de pareja, en el que “el compromiso duradero ha dejado de ser un proyecto tentador y duplica su fragilidad” (Bauman, 2005; Vespucci, 2006, p.2).

De esta forma, la huida de lo que nos rodea representa una huida interior, un vacío para el enfermo incurable, y por ello, lo que es aceptado socialmente - escapar del dolor y todo aquello que nos puede llevar a él - crea “una antisocialidad, una especie de potencial destructivo”. Es decir, da pie a que surja en la persona una falta de sentido vital interior, que dificulta su autorrealización y la creación de “un proyecto de vida”. Por consiguiente, Elio Sgreccia (2008), describe dos mecanismos de defensa que se activan para aquellas personas que evitan hablar de la muerte y de aquellos que se encuentran en estados de gravedad, que son, en primer lugar, el “lúdico o evasivo”, mediante el cual las personas siguen en busca de bienestar y para ello ignoran conscientemente el problema. Consecuentemente pasamos al segundo mecanismo, el “agresivo”, mediante el cual “se da la supresión del dolor sólo si se suprime a quien sufre o a quien se considera causa de sufrimiento para nosotros” (Sgreccia, 2008).

En definitiva, la huida del sufrimiento está creando en la sociedad un distanciamiento entre sus miembros y, además, la pérdida del sentido existencial de uno mismo, porque pasamos de “mirar hacia otro lado” a deshacernos de la vida del otro con facilidad (Sgreccia, 2008). En esta línea, el antropólogo L. V. Thomas llega a la siguiente conclusión: “Existe una sociedad que respeta al hombre y acepta la muerte: la africana; existe otra, mortífera, *tanatocrática*, obsesionada y aterrada por la muerte, la occidental”. Y es en esta segunda donde, para aquella población más vulnerable, como ancianos, enfermos terminales, recién nacidos con deformidades, etc. se plantea la eutanasia (Thomas, citado por, Sgreccia, 2008, p. 613). De este panorama nace la creencia de estar deshaciéndose del dolor y el sufrimiento ajeno o propio, concede la justificación necesaria para dar lugar a esta práctica que se muestra de manera objetiva(sic) como “solución”, para todos aquellos denominados “casos límites” (Martínez-Sellés, 2019).

Como se ha dicho, es propio de nuestra cultura creer al ser humano prácticamente omnipotente, de modo que el dolor y el sufrimiento le resultan inaceptables. Dicho brevemente, la sociedad occidental reconoce la felicidad como placer, por tanto, debemos librarnos de todo aquello que pueda ser molesto o desagradable (Martínez-Sellés, 2019). Asimismo, con respecto al concepto de bienestar que tenemos actualmente, Carmen Cervera (2012), en su reflexión acerca de la *eudaimonía* aristotélica, destaca cómo en las últimas décadas e influidos por el utilitarismo, equiparamos los conceptos de bienestar y satisfacción con la felicidad. Por un lado, el término satisfacción hace referencia a cumplir nuestras necesidades, deseos y pasiones incluyendo el placer, mientras que, por otro lado, el concepto de bienestar actualmente hace alusión a ámbitos concretos de la vida humana, como el económico, físico, emocional, etc.

Sin embargo, en muchas ocasiones, aún encontrándonos disfrutando de una satisfacción y bienestar general, padecemos un sentimiento de carencia generalizado, que nos deriva en una búsqueda inalcanzable. Esta búsqueda de “algo más” muestra que, aunque estos dos conceptos forman parte de la felicidad, no son sinónimos, y puede que sea este sentimiento de búsqueda constante el que hace que nos preguntemos el sentido de nuestras vidas y por tanto, nos mueve día a día (Cervera, 2012). Dicho esto, ¿Es posible que el mayor sufrimiento que surge en la persona enferma sea consecuencia, al menos indirecta, de la experiencia de la falta de sentido? (Spaemann, 2008).

2.3. Sensibilidad común

Como hemos visto anteriormente, la “minusvaloración del valor de la persona” puede devenir del trasfondo social de querer legalizar “la muerte infligida”. Además, la estrategia para conseguirlo se inicia por “sensibilizar a la opinión pública”, de modo que se exponen casos singulares o también llamados “casos piadosos”, con los que se pretende conseguir que en las personas surja un sentimiento, supuestamente solidario, por aquellos que se consideran merecedores de “un final mejor”. Los medios de comunicación y el debate público son puntos clave para lograr esta sensibilización, tanto en las personas sanas como aquellas pacientes que se encuentran en estados graves, llevando a estos segundos a no buscar más un sentido para su vida, para que conciban la muerte como la mejor opción para ellos (Sgreccia, 1999, p.615).

Es necesario recalcar que, aunque habitemos esta sociedad líquida, como ya hemos explicado en el apartado anterior, es evidente que cada persona es distinta de la otra, y

no todos pensamos absolutamente igual, ya que, como seres humanos, tenemos la capacidad de desarrollar un pensamiento crítico respecto a lo que ocurre en nuestro alrededor, por tanto, en la misma situación no todo el mundo decidirá o actuará de la misma forma. No debemos olvidar este pensamiento porque nos da la capacidad de evaluar y analizar la solidez de nuestro razonamiento y para ello se requiere de una conciencia crítica, sobretodo, para aquellas concepciones que, en la vida cotidiana, la sociedad acepta rápidamente como ciertas (Vargas, 2019). Esta conciencia es definida por Paulo Freire como:

"la profunda interpretación de la verdadera realidad, conociendo sus causas más reales y su funcionamiento. Quien posee esta conciencia, posee una capacidad de razonamiento y de diálogo fecundos, tratando siempre de buscar la verdad para comprometerse en la construcción del hombre" (Freire, 1972, citado en Vargas, 2019).

Entender el pensamiento es una cuestión difícil, puesto que se debe conocer el funcionamiento biológico de la mente, neuronal y bioquímico, y, además, comprender los aspectos tanto psicológicos como los sentimientos y las experiencias que lo conforman. Los medios de comunicación, aprovechan esta parte psicológica, para modificar las noticias y anuncios adecuándolos a los intereses comunes, dirigiendo la información a la mayoría de la población con el objetivo de modificar el imaginario colectivo y la ética común (Vargas, 2019). Así, por ejemplo, muchos medios de comunicación han hecho publicidad favoreciendo la aprobación de la eutanasia, explicándola como una acción valerosa, sabia y progresista, algo con lo que el individuo hará un bien a la familia, a la sociedad y a sí mismo. Lo que es lo mismo, aprovechar la situación extrema de algunas personas para captar la sensibilidad de la sociedad en torno a este tema, y, con ello, venderla como la solución para personas en situaciones extremas y/o con enfermedades graves, los llamados "casos límite" (Martínez-Sellés, 2019, p.33).

El siguiente ejemplo sirve para ver mejor lo dicho hasta ahora; Jordi Évole entrevista en Salvados, un programa transmitido en LaSexta (2018), a Carlos Martínez, un enfermo terminal de esclerosis lateral amiotrófica (ELA), que reivindica el derecho a elegir cómo morir. -El ELA es una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular, donde el paciente va viviendo como su cuerpo se paraliza totalmente con un pronóstico mortal.- En la entrevista, junto a oraciones como: "Los políticos me quitan la libertad", "¿Sabes cuanta gente quiere suicidarse? Mucha.", "Porqué es obligatorio sufrir hasta el final", "Un perro sufre, va al veterinario y se le administra un inyección y muere, yo no puedo

hacer eso. Incluso un perro tiene más derechos que yo”. Estos son algunos argumentos que tienen un poder sensibilizador, se utiliza una situación grave, junto a conceptos como libertad, sufrimiento y derecho, que llevan a los espectadores a compadecerse de la situación de Carlos y se favorece la aprobación de la eutanasia sin evaluar ni analizar la solidez de estos argumentos. Sin embargo, quizás se debería reivindicar la importancia de apoyar la investigación de las enfermedades, y de esta forma, conseguir una solución o poder otorgarles el mejor estado posible de vida cada paciente.

Como ya hemos dicho, los medios de comunicación cumplen un papel muy importante en esta sutil coacción. Pero lo curioso de los casos que se muestran en los medios para sensibilizar a la gente es que pocas veces hablan del cáncer, cuando en la mayoría de los países en los que esta práctica está aprobada, supone más de un 70% de los casos de eutanasia. Por lo que, están mostrando casos extraordinarios e impactantes aunque lejanos de la realidad, como por ejemplo, tetrapléjicos, enfermos en estado vegetativo o sin ir más lejos el caso de María José Carrasco, una mujer con esclerosis múltiple a la cual su marido le suministró una sustancia letal, por petición de suya en 2019, fue retransmitido el video que grabó el marido por cadenas como la Cuatro y Telecinco. Otro punto curioso es, por qué al transmitir estos casos, los medios de comunicación olvidan dar voz a todas esas asociaciones que luchan por buscar soluciones, curas y fomentar la investigación para estas enfermedades tan extraordinarias (Torre Díaz, 2019, p.14). Quizás el motivo es, que muchas de estas asociaciones trabajan para proteger la vida de las personas que padezcan estas enfermedades y están en contra de la eutanasia, como es el caso de la Asociación Española Contra el Cáncer que se posiciona en contra de la eutanasia (AECC, 2018, citado por Torre Díaz, 2019, p.14).

Asimismo, existen más formas de hacer llegar estos mensajes a la población, teniendo en cuenta que recibimos estímulos constantemente, de forma que, una parte de ellos los analizamos y cuestionamos conscientemente, pero, hay otra parte en nuestra mente que nos influye sin que nos demos cuenta, esta es, nuestras experiencias y recuerdos que guardan rasgos infinitos que hemos ido captando a lo largo del tiempo casi sin darnos cuenta, y estos inevitablemente nos influyen (Navarro, 2005). García Matilla (1990) explicaba el funcionamiento de los mensajes subliminales como:

“burlar el filtro inicial de los sentidos para llegar directamente al subconsciente y allí dejar que el mensaje subliminal se adhiera a la idea o al producto que nos interese. De esta forma, sería posible manipular la voluntad de los seres humanos colocando cargas de profundidad dentro

de sus cerebros que se accionarían en situaciones determinadas” (García Matilla, 1990, citado en, Navarro, 2005, p.172).

En Estados Unidos se llevó a cabo un experimento para comprobar la manipulación que puede existir en los métodos publicitarios: James Vicary (1957), autor de la idea, vio que, incluyendo un fotograma durante una película con el mensaje: “Tienes hambre, come palomitas. Tienes sed, bebe Coca cola” (“Eat popcorn” y “Drink Coke”) se aumentó el número de venta de las palomitas en un 70% y el de la bebida en un 20% (porcentajes aproximados) (Vicary, 1957, citado en, Navarro, 2005). Tiempo más tarde se vio que se utilizaban mensajes superpuestos sobre las películas, tanto en el cine como en la televisión. Por lo tanto, podemos afirmar que lo subliminal se sumerge en el subconsciente de manera inconsciente e involuntaria. Así que debemos tener en cuenta la posibilidad de percibir una imagen y que esta sea guardada en nuestros recuerdos, y se amplíe en gran medida cuando vivimos otra situación similar que active ese recuerdo escondido (Navarro, 2005).

Para ilustrar mejor el tema podemos usar el ejemplo mostrado en el largometraje *Million Dollar Baby*, película que fue rodada en 2004 y ganadora de cuatro premios Óscar. El argumento gira alrededor de Maggie, una boxeadora basada en el caso real de Katie Dallam, quien, tras un gran combate, se fractura la columna y queda tetrapléjica y dependiente de un respirador. En la película, le pide a su entrenador que la mate, y tras varios intentos de suicidio por parte de la protagonista, finalmente este accede a la petición (Martínez-Sellés, 2019). Sin embargo, la realidad fue más dura y tuvo un final distinto: tras el accidente, Dallam presentó un daño cerebral grave y con pronóstico terminal, dado que no sobreviviría o quedaría en estado vegetal. Cuando Katie despertó del coma no recordaba nada, ni a nadie, y durante tres días estuvo mirando al vacío, hasta que, furiosa, empezó a pedir hablar con gente que ya había muerto, como su madre, porque habían desaparecido años de sus recuerdos. Tuvo que aprender a hacerlo todo de nuevo y, al salir de la clínica y ver que no podría recuperar su vida como boxeador, trató de suicidarse hasta tres veces sin éxito. Gracias a su familia y a la atención médica, consiguió seguir adelante y superarlo, es más, aún con dificultades para mover un brazo y una pierna causado por la parálisis cerebral, ahora es una artista dedicada a la pintura y el arte. Stephanie Dallam, la hermana de Katie, tras ver la película, comentó: “el personaje interpretado por Clint Eastwood (el entrenador), eligió la salida más fácil, matarla, en vez de enfrentarse con lo que hubiera sido la vida de ella”. Lamentablemente, la versión de la película es la que muchos espectadores vieron y conocen, de modo que se sensibilizaron con la protagonista y el acto del entrenador y,

de alguna forma, han integrado como “un bien” lo que el entrenador le hizo a Maggie (La Nación, 2005; Martínez-Sellés, 2019).

En este sentido, Callahan dice:

«Una vez que una sociedad permite que una persona quite la vida a otra, basándose en sus mutuos criterios privados de lo que es una vida digna, no puede existir una forma segura para contener el virus mortal así introducido. Irá a donde quiera» (citado por, Bermejo, Belda, 2019, p.18).

3. “Solo en casos límite”

Como norma general, al hablar de eutanasia hacemos referencia a personas enfermas en situaciones de gravedad, es decir, los llamados “casos límite”, para justificar la aprobación de esta práctica, además de utilizarlo para sensibilizar a la población, como hemos visto en el apartado anterior (Martínez-Selles, 2019, p.27). Sin embargo, la cuestión radica en cómo determinar a qué pacientes se les administraría esta medida definitiva y a cuáles no.

3.1. *Pendiente resbaladiza*

Ya en 1994, mediante el Informe Walton, la Cámara de los Lores Británica advirtió “la imposibilidad de establecer límites seguros para la eutanasia voluntaria”. En 1999, La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa recordó el artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos que dice así “la muerte no puede ser infringida intencionalmente a nadie”; dado que la intencionalidad es la clave en la definición de eutanasia, se puede afirmar de este modo que esta práctica va en contra de los derechos humanos y, por lo tanto, deviene lícito exigir la garantía a los pacientes en fases terminales los derechos a cuidados paliativos. Sin ir más lejos, en 2017 la Asociación Médica Mundial se posicionó en contra del suicidio asistido y la eutanasia, considerándolos no éticos, afirmando lo siguiente: “la eutanasia sería difícil o imposible de controlar y plantearía serios riesgos para la sociedad. La eutanasia podría extenderse fácilmente a pacientes incompetentes y otras poblaciones vulnerables”. Además, la asociación más grande de médicos de los EE.UU, la *American Medical Association*, reiteró en 2019 respecto la eutanasia, que era “imposible de controlar y un riesgo para la sociedad” (Martínez-Selles, 2019, p.29,30).

En la Comisión del Senado en 1988, Diego García o Gracia?, relacionaba “pendiente resbaladiza” con el “principio de prudencia” y las sutiles coacciones sobre personas vulnerables de la siguiente forma:

“[...] la acción transitiva que se realiza en el cuerpo de otra persona para poner fin a la vida, a mí me parece que es peligrosa porque abre un camino que luego es difícil de parar. [...] me parece que argumentos como el de la pendiente resbaladiza tienen que ser muy tenidos en cuenta. El tema de la *sutil coacción* a las personas que ya no tienen una gran autonomía, en el sentido de que son muy dependientes de otras también habría que tenerlo

en cuenta; yo, por lo menos, así lo haría.” (Diego García, 1988, citado por Torre Díaz, 2019, p.14).

Como vemos, distintos grupos de expertos a lo largo del tiempo afirman que es muy complicado delimitar la diferencia que separa la gravedad extrema de la situación crítica, o los grandes padecimientos de los insoportables sufrimientos, sean físicos o anímicos (Martínez-Selles, 2019, p.36). Asimismo, la teoría de la pendiente resbaladiza, es decir, la dificultad de controlar la práctica de la eutanasia, ya que puede conducir a un aumento de la aplicación de la práctica a casos distintos, se ha podido comprobar en aquellos países en los cuales se ha legalizado (Martínez-Selles, 2019, p.27).

Holanda es el lugar donde se ha visto mejor reflejada la llamada pendiente resbaladiza: la historia de este país refleja la imposibilidad de crear y controlar una ley que apruebe la eutanasia. Manuel Martínez-Selles (2019, p.28), resume el progreso de la ley de eutanasia en Holanda de esta forma:

A: ley que autoriza la eutanasia o el suicidio asistido si se dan tres requisitos:

1º: plena voluntariedad,

2º: condición de enfermo terminal,

3º: padecer dolores insoportables.

B: se permite la eutanasia voluntaria e involuntaria (pacientes en coma, recién nacidos con malformaciones, ancianos dementes o enfermos con perturbaciones mentales).

C. se permite la eutanasia o el suicidio asistido en enfermos incurables no terminales, o que no están en situación irreversible, o con enfermedades de las que se puedan curar.

D. se permite la eutanasia por motivos de sufrimiento psicológico, por pérdida de la autonomía, escasa calidad de vida, sentimiento de ser una carga económica, etc.

En este sentido, el caso holandés es el más ilustrativo, aunque no el único, que da evidencia de la pendiente resbaladiza, viendo como pasamos fácilmente de una ley más restrictiva a otras cada vez más amplias y desmesuradas (Martínez-Selles, 2019, p.27). La escritora Elisabeth Mahase cuenta en el *British Medical Journal* el caso de un doctor que fue absuelto por realizar eutanasia a una mujer con demencia, dado que la jueza Mariette Renckens, en el tribunal de La Haya, dictó: “creemos que, dada la condición profundamente demente de la paciente, el médico no necesitaba verificar su

deseo de eutanasia”. El caso fue escandaloso porque a la paciente no se la había avisado ni solicitado consentimiento sobre esa decisión; directamente se le administró un tranquilizante sin su voluntad expresa y, cuando el doctor fue a ponerle la inyección, la paciente se levantó, de modo que la familia tuvo que contenerla para que doctor pudiera poner fin a su vida. “La gente en los Países Bajos ve bien esta visión clara de los jueces y el tribunal de que es posible practicar la eutanasia a una persona que ya no es mentalmente competente”; esta fue la respuesta de Steven Pleiter, jefe de la única organización creada para ayudar a la legalización de la eutanasia en los Países Bajos (Mahase, 2019).

Dado este panorama, Holanda es uno de los lugares donde, a causa de la legalización de la eutanasia, esta ya no se realiza únicamente a enfermos graves, sino que cualquiera que ya no quiera seguir viviendo, incluso sin razón médica, puede solicitarla y acabar con su vida. De este modo, la aceptación de que existen vidas sin valor vital se ha institucionalizado y oficializado, independientemente de que los motivos que induzcan a ese pensamiento sean médicos o circunstanciales, y se da sentido de manera colectiva y generalizada a este tipo de situaciones y pensamientos, tanto sobre los demás como de uno mismo (Martínez-Selles, 2019, p.26,84).

3.2. *Personas vulnerables*

Por otra parte, la pendiente resbaladiza también va relacionada con aquellas personas que son más vulnerables a la eutanasia. En el apartado anterior hemos podido observar la tendencia surgida de las leyes que aprueban esta práctica, que llega hasta los enfermos psiquiátricos, dementes, ancianos seniles e incluso recién nacidos con discapacidades o malformaciones, a veces sin que la misma persona lo haya solicitado. De este modo, si se aprobase la eutanasia se podría estar transmitiendo a la sociedad, sobretodo a los pacientes de gravedad, un mensaje silencioso e indirecto que los coaccionara para que llegasen a pedir este tipo de muerte rápida, habiéndoles hecho creer que son una carga tanto para su familia como para la sociedad (Martínez-Selles, 2019, p.37).

Es curioso saber que la mayoría de los médicos que están habituados a presenciar la muerte en su trabajo son los que más rechazan esta práctica, y no únicamente ellos, dado que las encuestas muestran cómo las personas mayores también rechazan la eutanasia (Martínez-Selles, 2019, p.35), esto es, las personas mayores de 65 años suelen apoyar menos a la eutanasia que los jóvenes, la diferencia es de al menos un

15% (Torre Díaz, 2019, p.5). Además, un estudio holandés describe que, el 61% de los médicos especialistas más cercanos a los pacientes no ha realizado y nunca realizaría la eutanasia, frente a un 47% en médicos generales, y un 78% en los médicos que trabajan en residencias (Rurup et al., 2005 citado en Torre Díaz, 2019, p.5). Asimismo, una encuesta realizada a 917 médicos franceses, llega a la conclusión que aquellos médicos especializados en cuidados paliativos y oncólogos, son los menos favorables a la legalización de la eutanasia, a diferencia de los médicos generales y los neurólogos (Peretti-Water et al., 2003, citado en Torre Díaz, 2019, p.5).

Las opiniones sobre la eutanasia están divididas más o menos en partes iguales, pero tras un estudio realizado por José Carlos Bermejo y Rosa María Belda (2019, p.19) se vio una diferencia significativa en los perfiles de aquellos que defendían la eutanasia y que creen que desearían utilizarla si fuera necesario, dado que se trata de personas solas como solteros, divorciados y separados, por lo que parece que las personas que mantienen vínculos significativos cuentan con un factor protector en relación a la eutanasia (Bermejo, Belda, 2019, p.19).

En BMC Medical Ethics publicaron un artículo escrito por Erwin Stolz et al., (2017), donde exponían distintos estudios en Austria, acerca de diferentes actitudes que podían afectar en la decisión de personas mayores de cincuenta años, que se encuentran en una situación de dependencia de cuidados, de aprobar o rechazar la eutanasia o el suicidio asistido. La hipótesis que se exponen se agrupan en cinco categorías:

En primer lugar, los factores sociodemográficos, en concreto la educación. Esto es, se espera una fuerte asociación entre las actitudes hacia la eutanasia y el suicidio asistido con el nivel de educación. Dado que, los individuos con una educación superior tienden a tener actitudes más tolerantes y liberales, y valoran más la autonomía e individualismo de la persona. Como bien sabemos, la autonomía de la persona ha sido uno de los aspectos más discutidos como argumento para justificar el derecho de las personas para decidir sobre su muerte Basta con la primera cita

En segundo lugar, el efecto de las creencias religiosas. En este caso, se espera una asociación negativa entre la religiosidad y actitudes a favor de la eutanasia y el suicidio asistido. En distintas enseñanzas religiosas, como por ejemplo la judeocristiana, se enseña que la persona posee una dignidad intrínseca a su ser, y se ve como un mal asesinar intencionalmente a cualquier ser humano, por lo que se rechaza cualquier práctica que implique acabar con la vida de alguien como sería la eutanasia.

En tercer lugar, las enfermedades físicas. Se espera una postura positiva entre aquellos

que padecen más enfermedades físicas, especialmente hacia el suicidio asistido más que la eutanasia. Otro de los argumentos a favor de estas prácticas, suele girar entorno a pacientes con enfermedades físicas graves y dolores incontrolables, como por ejemplo en la fase terminal de un cáncer. Estas personas suelen experimentar una pérdida de control, autonomía e una dependencia de otros para su propio cuidado, por lo que muchos adultos consideran que están perdiendo su dignidad, de esta forma ven al suicidio asistido como una forma de control sobre sí mismos. A su vez, no se espera tanta aceptación hacia la eutanasia, dado que, los adultos dependientes del cuidado de enfermeras y médicos, podrían tener miedo de convertirse en víctimas de actos no voluntarios dado su condición de vulnerabilidad

En cuarto lugar, las enfermedades psicológicas. El sufrimiento psicológico es otro aspecto utilizado para el argumento pro eutanasia y suicidio asistido. En este caso, los adultos mayores dependientes de cuidados que sufren psicológicamente, por ejemplo, con depresiones severas y/o intentos de suicidio, se muestran más positivos a la posibilidad de elegir sobre su muerte. Estas personas suelen percibirse a sí mismas como una carga para los demás y suelen experimentar terror ante una posible muerte dolorosa en un futuro cercano, por lo que ven a la eutanasia y el suicidio asistido como una forma de autodeterminarse. Además, distintos estudios afirman que presentar estas prácticas como opción, alivia el estrés asociado a la perspectiva de muerte del paciente

En quinto lugar y por último, el aislamiento social. Se espera que los adultos que viven solos, a pesar de depender de cuidados de otros, acepten mejor tanto el suicidio asistido como la eutanasia. Como en los puntos anteriores, estas personas ven este tipo de prácticas como una forma de control sobre sus últimos días de vida, frente a una muerte solitaria. En general también se inclinan más hacia el suicidio asistido antes que la eutanasia, por una cierta desconfianza hacia los médicos por miedo a ser víctimas de actos no voluntarios de muerte

Finalmente, los resultados de la investigación concluyen que: Por un lado, el sentimiento de ser una carga para los demás y/o el hecho de vivir solos se suelen dar con mayor prevalencia en relación a la eutanasia. Pero aquellos adultos que desconfían de los médicos o han presentado ideas de suicidio tienen actitudes más favorables respecto al suicidio asistido. Por otro lado, en general, el 26% de los adultos dependientes aprueban el suicidio asistido y el 24,8% indican que lo podrían llevar a cabo. Respecto a la eutanasia, el 25% aprueban esta práctica e igual que en el anterior, el 24,8%, si se diera el caso, afirman que lo utilizarían. Esto es, los adultos dependientes que dicen estar a favor de estas prácticas tienen una gran tendencia a

afirmar que lo utilizarían para si mismos (Stolz et al., 2017, p.6,7).

Y concretamente, en el factor sociodemográfico no se ha encontrado fuertes asociaciones con el área donde viven incluida la educación, aun así, las personas que viven en áreas urbanas tienen 2,5 veces más posibilidades de aprobar el suicidio asistido, aunque no se ha encontrado relación respecto la eutanasia. Respecto a la religión, el efecto de la religiosidad es significativamente notable con la eutanasia, es decir, las personas mayores que no se consideran religiosas tienen una posibilidad de 2 a 4 veces mayor de aprobarla. Según las enfermedades físicas, los adultos dependientes de cuidados que dicen tener una salud pobre tenían el doble de posibilidades de aprobar el suicidio asistido, y no se menciona ninguna asociación con la eutanasia (Stolz et al., 2017, p.7).

En el caso de las enfermedades psicológicas, aquellos adultos con un profundo miedo a la muerte tenían un probabilidad de 2 - 2,5 veces de aprobar el uso de ambas prácticas incluso para si mismos, aquellas personas con una ideación suicida activa, se relaciona claramente con actitudes positivas respecto el suicidio asistido, además las personas que dicen haber pensado en suicidarse en los últimos seis mese tiene una posibilidad del 2,5 veces más alta de aprobar el suicidio asistido y de 3,1 veces más alta de utilizarlo para si mismos. Los adultos dependientes que viven solos tienen una probabilidad 2,5 veces más alta de aprobar la eutanasia y 4 veces más alta de indicar que lo utilizarían para si mismos (Stolz et al., 2017, p.7,8).

Por tanto, en Austria se ha visto que solo una minoría de la población de adultos mayores dependientes de cuidado aprueban el suicidio asistido y la eutanasia.

Para concluir este apartado, estas prácticas se están presentando como una opción rápida, barata y accesible, por tanto, dirigida a clases de bajo nivel adquisitivo y personas vulnerables, por consiguiente, cuando la enfermedad traiga consigo circunstancias más complicadas y precarias, como la situación socioeconómica de la persona o de la familia, grandes niveles de angustia y soledad, pueden sentir más coacción para acceder a darles fin a su vida (Martínez-Selles, 2019, p.68,84).

Asimismo, hay que tener en cuenta que, en muchos casos, la petición de eutanasia se realiza no a causa de un gran dolor físico - como bien sabemos existen métodos paliativos para aliviar este padecimiento - sino que la sensación de ser una carga para la familia y la sociedad lleva a un vacío existencial que se experimenta por el ser humano como un gran sufrimiento personal interno y que, en última instancia, deriva en la causa principal de su decantación hacia la eutanasia (Martínez-Selles, 2019, p.84).

Dicho de otra manera, los pacientes que se encuentran en situaciones de gravedad en la cual experimentan como están perdiendo la salud y la vida, se añade el pensamiento de pérdida de estima y afecto de aquellos con los que se sienten vinculados, además de la pérdida de su prestigio social y su propia autoestima. Esto es, la persona está experimentando el dolor de “ya no ser” (Viel et al., 2019, p.4).

Manuel Martínez-Selles (2019, p.31) dice así:

“Todo ser humano tiene derecho a la vida por el mero hecho de pertenecer a la especie humana, por el mero hecho de ser uno de nosotros, con independencia de su edad, raza, grado de salud o cualquier otra circunstancia”.

4. Sufrimiento, Dolor y Soledad

4.1. Sufrimiento y Dolor

Como hemos visto, existen distintos factores sociales y culturales que influyen en la interpretación y búsqueda de alivio para el dolor y el sufrimiento. Sabemos que el primero casi siempre puede ser tratado por profesionales de la salud, pero el segundo tiene mayores complicaciones, ya que el sufrimiento no siempre va de la mano del dolor físico o de alguna enfermedad física diagnosticada. Además, si estos dos factores se conciben como inevitables surge la necesidad de encontrarle una razón de ser (Sancho, 1998), aunque es evidente que cada vez hay una menor tolerancia al dolor y se está perdiendo el sentido que lo justifique (Bermejo, Belda, 2019, p.14). Hay que mencionar, además, que la existencia de dolor o sufrimiento insoportables son condiciones indispensables para aquellos que apoyan la eutanasia, igual como la huida de éstos es un comportamiento común actualmente, sobre todo cuanto más cerca estás de este. Esta lucha por deshacerse del sufrimiento refleja el miedo que le tenemos, y es este temor el que genera la angustia y sufrimiento de los que hablamos (Martínez-Sellés, 2019; Spaemann, 2008).

El dolor físico es el más conocido al ser fácilmente reconocido por todos y, además, se puede suprimir con medicinas, pero el sufrimiento no se puede tratar con la misma facilidad (Spaemann, 2008). Krikorian y otros autores definen el sufrimiento como:

“una experiencia multidimensional y dinámica de estrés severo que ocurre ante la percepción de amenaza significativa a la integridad de la persona. como un todo. Los procesos regulatorios (psicológicos y conductuales) que normalmente conducirían hacia la adaptación resultan ser insuficientes ante dicha amenaza y causan agotamiento. Finalmente, de acuerdo con las diferentes aproximaciones y propuestas de definición del concepto de “sufrimiento”, impresiona que las causas del mismo pueden ser múltiples, diversas, dinámicas, sincrónicas y tener efectos aditivos” (Krikorian et al., 2012, 2013, citado por Viel et al., 2019, p.4).

Sin embargo, en lo que se refiere a comprender el sentido de estas experiencias desagradables, nos hallamos frente a un gran reto, y es fácil que surja el deseo de eliminarlos a toda costa. Fenelon decía: “Los que no han sufrido nada saben; desconocen los bienes y los males; ignoran los hombres; se ignoran a sí mismos”. El

poeta francés, Alfred de Musset, a su tiempo, pronunció: “El hombre es su aprendiz, el dolor es su maestro” (citados por Spaemann, 2008; Sancho, 1998).

Así, por ejemplo, sabemos de casos de niños que se suicidan al recibir malas notas, buscando el porqué de este fenómeno, se llega a la conclusión que la razón está en una baja tolerancia a la frustración (Spaemann, 2018). Konrad Lorenz explica que la búsqueda constante de satisfacción inmediata crea una infantilización que nos hace incapaces de soportar situaciones que se escapan de nuestras manos. Con que la lucha contra un sufrimiento sin-sentido, en lugar de estimularnos a actuar, nos frena dejándonos en la pasividad (Spaemann, 2018). El psicoanalista Zilboorg, tratando esta misma cuestión, dice así:

“Detrás del sentido de inseguridad, frente al peligro, detrás del sentido de descorazonamiento y de depresión anida siempre el fundamental miedo a la muerte, un miedo que puede someterse a las elaboraciones más complejas, y se manifiesta de múltiples maneras indirectas: la neurosis de ansiedad, los varios estados de fobias, un gran número de manías depresivas y suicidas y muchas esquizofrenias demuestran ampliamente la presencia constante del miedo a la muerte [...] podemos tranquilamente considerar que el miedo a la muerte está siempre presente en nuestro funcionamiento mental” (Zilboorg, citado en, Sgreccia, 2008, p.109).

La argumentación, de que el sufrimiento es la principal razón de la petición de eutanasia o suicidio asistido no queda tan evidenciada según algunos estudios en pacientes con cáncer terminal en centros de atención primaria (Ruijs et al., 2014, citado por Torre Díaz, 2019, p.10). De esta forma, otro estudio afirma que aquellos pacientes que piden la eutanasia, la causa principal es no encontrarle sentido al sufrimiento y la falta de esperanza de conseguir ayuda (Karlsson et al., 2012, citado por Torre Díaz, 2019, p.10). Por tanto, aquello que no se puede controlar médicamente pero por lo que debemos ayudar a los pacientes es, aliviar el sufrimiento dándole sentido y esperanza para vivir lo mejor posible. Autores como Pellegrino y Thomasma, recordaban que incluso en situaciones terminales debemos cuidar la esperanza aunque queden días, ya que, siempre podremos encontrar objetivos e ilusiones (Pellegrino y Thomasma, 2008, citado por Torre Díaz, 2019, p.10).

Según este estudio, podemos decir que vemos el sufrimiento como un malestar causado por la pérdida de la integridad de la persona, sin tener en cuenta su causa, de modo que así se valoran antes las formas de evitar y vencer al sufrimiento aún

sabiendo que no todo es evitable, ya que no se tratan únicamente de síntomas clínicos que se puedan controlar con el uso de analgésicos (Bermejo, Belda, 2019, p.14). Todo este esfuerzo que se dedica a evitar el sufrimiento a toda costa, sin buscar ninguna interpretación, termina declinando a favor de la eutanasia. Esta práctica, pues, es el resultado del pensamiento que considera que, cuando el sufrimiento es inevitable, es mejor acabar con la vida, ya que entonces cuando esta deja de tener sentido, considerándola poco valiosa al ser “incapaz” de producir placer. Por lo tanto, la eutanasia se convierte en la mejor solución, al acabar con el miedo del hombre al sufrimiento (Spaemann, 2018).

Spaemann (2018) nos enseña que los estoicos, filósofos de una corriente de pensamiento surgida en la Antigua Roma, también se preguntaban cómo evitar el dolor y desarrollaron una postura ética para lograrlo sin llegar a modificar el mundo, preguntándose: “¿qué podemos hacer para que lo que sucede no sea experimentado como sufrimiento, es decir, para que no disminuya nuestra libertad?” la conclusión a la que llegaron fue la siguiente: “*ducunt fata volentem, nolentem trahunt*”.¹ A partir de ello los estoicos consideraban que si uno entendía y asumía desde el principio que hay cosas en el mundo que no podemos cambiar voluntariamente, lo que debemos hacer entonces es aceptar este principio, de forma que nada pueda dañarnos. En otras palabras, si desde el inicio nos decimos “esto es lo que yo quería”, nada podrá ir en contra de nuestra voluntad, aceptando que “todo sucede como sucede” (Spaemann, 2018). Aún así, esta postura es muy complicada de aplicar, dado que deja de lado todos los factores que influyen e impedirían que la persona, por mucho que entienda y acepte que hay situaciones que se nos escapan de las manos y es imposible impedirlo, dejará de este modo de sufrir. Esto tampoco implica que únicamente con nuevas técnicas para disminuir el dolor la persona pueda superarse, por lo que debemos ayudar a encontrar el sentido al sufrimiento (Spaemann, 2018), ya que no debemos olvidar que debatimos constantemente acerca de la eutanasia para evitar el sufrimiento, sin tener en cuenta que hay mucho padecimiento en todo el mundo que lleva la muerte a muchas personas y pacientes en contra de su voluntad (Bermejo, Belda, 2019, p.16).

Elio Sgreccia (2008, p.7), dice:

“Morir es un acto humano, personal, más que cualquier otro: no sólo porque es vivido por la persona, sino porque resume lo vivido y lo sentido por toda la vida personal, y se extiende hacia una realidad que la persona

¹ Séneca, *Cartas a Lucilio*, 107, 11, 5. “Los hados guían a quien lo desea, arrastran a quien no lo quiere”.

puede atender o rechazar, según la actitud de la persona misma”.

Tenemos nuevos y mejores conocimientos acerca de las enfermedades, pero debemos recordar también cual es la función del médico (Sgreccia, 2008, p.8). Antes, la muerte era considerada como un suceso natural en la medicina y ahora se ve como un fracaso o derrota cuando esta sobreviene sin ser controlada, pero la realidad es que cuando no se puede evitar la muerte, el médico ayudará a tratar el sufrimiento de la persona (Martínez-Selles, 2019, p.13). Por otro lado, el sufrimiento es el resultado de una valoración personal y subjetiva da algo que amenaza o daña nuestra existencia o integridad, o incluso a la de alguien por quien tenemos un gran afecto, y no podemos hacer nada para evitar este daño. De esta forma, la muerte lleva consigo sentimientos de impotencia y sufrimiento por no poder hacer nada para evitarla (Olazabal, 2020, p.6).

Cabe señalar que los diferentes autores acaban siempre haciendo referencia a la importancia de darle sentido a nuestras vidas, y resaltan cómo la ausencia de este en una situación crítica nos lleva a un mayor sufrimiento interno. Sin embargo, después de todo se ha visto cómo hay pacientes que aún y estar recibiendo cuidados paliativos, estos no anulan en ellos el deseo de eutanasia, de modo que los médicos, a pesar de estar llevando a cabo una buena asistencia al enfermo en fase avanzada, no pueden evitar que el paciente insista en pedir la eutanasia o el suicidio asistido. Sabemos que, si no se realiza un buen cuidado a las personas, no solo no se estaría llevando a cabo una buena práctica clínica, sino que, además, se estaría creando una situación que llevaría con mucha más facilidad al enfermo a querer darle fin a su vida. Por lo tanto, debemos tener presente que existen peticiones que no se dan por la mala práctica del médico, sino por la valoración interna que el sujeto está teniendo de sí mismo (Bermejo, Belda, 2019, p.17).

En conclusión, la vivencia de sufrimiento en una persona con una enfermedad avanzada también se refleja en su familia, el proyecto de vida y la imagen de futuro queda afectada y se modifica el comportamiento y los valores, por lo que se convierte en necesario hacer un reajuste y hacer prioritarias metas vitales. Tanto el paciente como la familia dejan de experimentar lo que conocen como bienestar que determina su calidad de vida. De este modo, la atención a los enfermos al final de su vida implica explorar esta experiencia de sufrimiento de las personas y procurar alivio y acompañamiento en estos momentos finales (Viel et al., 2019, p.4).

4.2. Soledad

En el apartado 2 sobre el contexto actual, hemos mencionado varias veces la soledad como factor que genera sufrimiento, por lo que vamos a ver como se da en pacientes hospitalizados con enfermedades avanzadas. Eric Cassell, sostiene que “los que sufren no son los cuerpos, son las personas” por tanto, las enfermedades avanzadas no son solo ocupación de los médicos sino también requiere de más especialistas de la salud como psicólogos, ya que, son problemas personales que requieren soporte relacional. (Cassell, 1982, citado por Viel et al., 2019, p.4). Cuando esta cerca el final de la vida de un paciente, una de las causas claras de su sufrimiento es la inadecuada atención, la soledad, no vivir en su hogar, discriminación, marginación, etc. Asimismo, nos encontramos que el 40% de los mayores en nuestro país se siente solo (Informe La Caixa, 2019; Pinazo y Bellegarde, 2018, citados por Torre Díaz, 2019, p.17), y es esta soledad y ausencia de relaciones causas de un sufrimiento profundo (Torre Díaz, 2019, p.17)

La soledad más profunda es experimentada por el ser humano sobretodo en situaciones cercanas a la muerte, donde se ve como inevitable la separación y aislamiento de los demás y nuestros seres más queridos. Y es que, la muerte no puede ser representada al no ser constituida en experiencia, es decir, es una vivencia inimaginable y, como dice Alizade: “Nadie vive su propia muerte e imprime una huella mnémica de este acontecer” (Alizade, 1995, citado por Viel et al., 2019, p.5).

En el momento en que se le diagnostica a una persona una enfermedad avanzada puede desencadenar una crisis existencial, al enfermo se le presentan distintas preguntas sobre su propia vida, y al concienciarse de la proximidad de la muerte, puede generar sentimientos de soledad existencial, en este momento busca esos vínculos importantes para él, para darle sentido a la vida que le queda (Viel et al., 2019, p.5). De este modo, el sufrimiento existencial parece surgir cuando se pierde el sentido de la vida y surgen sentimientos de soledad y baja autoestima (Viel et al., 2019, p.6).

En la revisión sistemática de Ettema et al. (2010) extrae del concepto de soledad distintos componentes, y estos son: Primero, “*la soledad social*: sentimiento de tristeza y nostalgia que resulta de la disminución y pérdida de la salud, de la disminución de la red social, de la pérdida de roles sociales, de la pérdida de la pareja y/o familia”; Segundo, “*la soledad emocional*: sentimiento de soledad aún en presencia de otros. Se refiere a la falta de una figura de apego, de confianza. Esta situación dificulta la capacidad de comprender y expresar sus sentimientos en relación a la muerte”; Y por

último, “*la soledad existencial*: sentimiento profundo de vacío, tristeza y nostalgia que resulta de tomar conciencia de la existencia separada como ser humano” (Ettema et al., 2010, citado por Viel et al., 2019, p.6).

La Soledad Existencial la definen otros autores como: “una forma básica de la soledad, es una condición de la existencia humana, que se experimenta especialmente cuando se percibe amenazada la vida (Yalom, 1980, citado por Viel et al., 2019, p.6), además, se describe esta soledad existencial sobretodo en situaciones que amenazan la vida, es decir, nos encaran con la muerte, y es aquí donde uno se encuentra solo. Sand y Strang (2006) dicen así: La muerte simboliza, más que cualquier situación, la profunda soledad del ser humano y la inevitable separación y aislamiento de los demás. Por lo tanto, la experiencia de SE está muy presente en las situaciones de final de vida y transforman el proceso de morir en una experiencia que produce sufrimiento (Sand & Strang, 2006, citado por Vial et al., 2019, p.7).

Asimismo, Vial et al., (2019), consideraron importante crear una escala capaz de detectar la soledad existencial en pacientes hospitalizados con enfermedades avanzadas, que fuera válida y fiable. De forma que, se realizó un estudio transversal multicéntrico administrándose la Escala de Soledad Existencial (EDSOL) a pacientes ingresados en unidades de cuidados paliativos en los siguientes hospitales: Consorci Sanitari del Garraf, Hospital-Residència Sant Camil -Sant Pere de Ribes-; Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell; Hospital Universitari Sant Joan de Reus, Consorci Sanitari de Terrassa; y Hospital del Valle Hebrón –Barcelona. 99 pacientes participaron en el estudio (56 hombres y 43 mujeres) con una media edad de 65,99 ±11,4 años. El tipo de enfermedad más frecuente en la muestra fue el cáncer (88,3%) concretamente el cáncer de pulmón (21,4%), mientras que el 11,7% de los enfermos presentaban enfermedades crónicas.

Los resultados fueron positivos, confirmando que la escala EDSOL es un instrumento fiable y válido para medir la soledad existencial, de forma que consideran que será de gran ayuda para mejorar su detección y procurar su tratamiento. Vieron además que, el 30,3% de los enfermos a los que se les administro el test, presentaba soledad existencial.

El profesor Francisco Javier de la Torre Díaz, doctor en Derecho y licenciado en Filosofía y Teología Moral, considera que la eutanasia, como hemos dicho al inicio del presente trabajo, no acaba con el sufrimiento ni el dolor, y pone énfasis que la realidad que genera más sufrimiento en las personas mayores, y más si presentan alguna

enfermedad, es la soledad y la falta de vínculos. Dicho en otras palabras, muchas personas mayores se encuentran viviendo solas o en residencias, pasando muchas horas sin hablar con nadie o sin la presencia de sus seres queridos y una de las causas que dan lugar a sufrimiento al final de la vida es “no recibir la atención adecuada, soledad, no vivir en su hogar, la discriminación, la marginación, no tener visitas, la muerte de cercanos y la falta de participación social”. Se conoce que en España, casi la mitad de las personas mayores (40%) se sienten solos (Informe La Caixa, 2019; Pinazo & Bellegarde, 2018, citado por Torre Díaz, 2019, p.17).

En conclusión, esta soledad y pérdida de vínculos cercanos y fuertes, hace sufrir profunda y lentamente tanto a las personas mayores como a los pacientes con enfermedades graves. Este hecho, es uno de los factores que más influyen sobre las personas, para pedir la eutanasia o el suicidio asistido. The Swedish National Council On Medical Ethics, muestra que es superior el número de personas que solicitan este tipo de prácticas, aquellas que no tienen pareja o son solteros, divorciados o viudos (el doble de solicitudes) (The Swedish National Council On Medical Ethics, 2018, pp. 63-64; Montalvo, 2019, pp. 126-130 citado por Torre Díaz, 2019, p.17).

5. “El paciente decide”

5.1. Libertad

La libertad del paciente es un aspecto al que la mayoría se refiere al hablar de eutanasia, de modo que, para un mejor análisis de la materia, es obligado repasar brevemente el concepto. El término libertad abarca un gran número de acepciones y cada una de estas destaca un matiz que se complementa con los demás. Recordemos que, la libertad pertenece directamente a la voluntad, y esta actúa necesariamente con nuestra capacidad intelectual, es decir, toda decisión que tomamos se inicia al entender el objeto que se nos presenta y si este nos parece un bien, lo desearemos. Por consiguiente, para que queramos algo, no basta con entenderlo, sino que nuestra voluntad ha de apreciarlo como un bien conveniente para la persona, y será esta la que ponga en práctica el juicio realizado por nuestro intelecto. Sin embargo, este bien que quiere el sujeto ha sido juzgado teniendo en cuenta distintos factores, como por ejemplo, el estado de ánimo en el que se encuentra, por tanto, el bien deseado no es siempre bueno en realidad, ya que, el juicio realizado por el entendimiento puede verse afectado (Millán Puelles, 1984. p. 393 y 400).

El entendimiento humano realiza juicios constantes, pero por sí solo es inocuo si no viene movido por un objetivo que alcanzar o un dilema que resolver, de modo que es necesario que la voluntad actúe como decisoria y nos mueva a la práctica para valorarla en sus facultades. Esta libertad que posee la voluntad de sobreponer una idea a otras es consecuencia directa de su capacidad de autodeterminación, entonces: “El libre albedrío del ser humano es la capacidad que la voluntad de la persona posee de autodeterminarse” (Millán Puelles, 1984. p. 403).

Sin embargo, debemos saber que la voluntad está atada a la naturaleza del ser humano, por tanto, tenderá siempre al fin último de este, ser feliz. Esta tendencia natural que posee la voluntad no se trata de una imposición o esclavitud, sino que lo quiere porque es su naturaleza quererlo, es decir, una inclinación intrínseca y natural humana. Por lo tanto, es libertad cuando la voluntad quiere el fin último, porque es su naturaleza, pero si el fin último buscado, va en contra de este fin último, vendría a considerarse contranatural, y en ese caso no podríamos afirmar que esta persona este siendo libre. En suma, la libertad en el sentido de determinarse a sí mismo hacia aquello a lo que uno está naturalmente inclinado es también libertad (Mauri, 1987).

De este modo, es el deber de todos respetar la voluntad de otros, incluida la del

enfermo, como se pone de manifiesto en el artículo 12 de los *Principios de Ética Europea*, que dice así: «La medicina implica en cualquier circunstancia el respeto constante de la vida, de la autonomía moral y de la libre opción del paciente». Al leer esta premisa, Elio Sgreccia (2008), nos muestra un análisis más profundo de sus diferentes partes: Con la primera parte, acerca del respeto por la vida, se presenta a favor, pero al llegar a la segunda, sobre la autonomía moral y la libertad, no niega que sea cierta, pero parece estar incompleta. Como sabemos, la elección del paciente debe ser respetada, pero como hemos dicho también anteriormente, uno debe respetar la naturaleza de su voluntad y por tanto su propia vida. Mejor dicho, la autodeterminación del paciente debe estar conectada también con la primera parte de la oración, “respeto constante de la vida”. Finalmente, el artículo continúa así:

“Sin embargo, el médico puede, en caso de enfermedad incurable y terminal, limitarse a aliviar los sufrimientos físicos y morales del paciente ofreciéndole los tratamientos apropiados y manteniendo en lo posible la calidad de la vida que está por terminar. Es obligado asistir al moribundo hasta el fin y comportarse de manera que se le permita mantener su dignidad” (Sgreccia, 2008, p.645).

Cada ser humano se mueve siguiendo una ley moral natural, es decir, la exigencia que nace de su espíritu, que le lleva a buscar el bien de la persona gracias a su autodeterminación, y esta únicamente puede darse gracias a la libertad de elegir los mejores métodos para llegar al bien propio. Existe un imperativo en el interior de las personas por el que nos movemos defendiendo nuestra propia vida y la de los demás, de forma que se ve el bien en cualquier acto que defienda este imperativo y como mal darle fin a la vida humana. Aún así, esta capacidad libre y consciente de autodeterminarse puede verse afectada por errores llegando incluso a negar el bien (Sgreccia, 2008, p.12).

5.2. Autonomía

El término autonomía proviene del griego *autós*, “uno mismo”, y *nómos*, “norma” o “ley”, de modo que vendría a significar “la capacidad de tomar decisiones con los propios medios morales”, sin embargo, la eutanasia no promueve la autonomía de las personas, sino que se presenta como una coacción social, dado que puede darse el caso que, cuando un paciente o una persona exprese la petición de muerte, este no lo quiera de verdad (Martínez-Selles, 2019, p.37, 83, 84). Para entender este hecho

vamos a centrar la atención en la reacción psicológica del paciente.

Kübler-Ross en 1975 afirmó que, cuando el enfermo siente la muerte como algo próximo se produce en él un cambio emocional y fluctuaciones en la voluntad con los que pierde muchas de sus defensas psicológicas. Es decir, cuando la persona ve cerca el final de su vida, pasa por distintas fases: negación, ira, depresión y aceptación. Será en las fases de ira y depresión, en las que los pacientes expresen su deseo de morir, y aquí es donde se destaca la limitación de la autonomía (Kübler-Ross, 1975, citado por Torre Díaz, 2019, p.6). Por tanto, las suplicas de los enfermos graves por morir y darle fin a su vida, no deben interpretarse como “expresión de una verdadera voluntad”, sino que hay que entender que es lo que de verdad necesitan en ese momento tan difícil de su vida (Martínez-Sellés, 2019, p.76). De igual forma, el doctor Manuel Martínez Selles también se cuestiona la capacidad de autonomía, sobretodo en aquellos pacientes que se encuentran con enfermedades avanzadas o en una situación terminal, ya que, pueden estar pasando por estados de depresión, y por tanto, si en estos momentos solicitan la muerte, lo habrán hecho en un momento en el que no se encuentran mentalmente sanos (Martínez-Sellés, 2019, p.84).

Estas fluctuaciones de la voluntad que muestra el paciente, se pueden ver en estudios realizados en Estados Unidos donde, por ejemplo, en Oregón, en el primer año que pusieron a disposición recetas para muerte asistida (1998), de 24 recetas solo se completaron 16. En 2016, proporcionaron 204 recetas y murieron 133 pacientes con ayuda asistida. Ese mismo año, en California se prescribieron 191 recetas, y las llevaron a cabo 111 personas. Por tanto, vieron que al solicitar la receta para una muerte asistida, no implicaba tanto el querer utilizarla sino que, los pacientes conseguían una mayor sensación de control de su vida ante una situación tan incierta como es la muerte (The Swedish National Council on Medical Ethics, 2018, citado por Torre Díaz, 2019, p.7). Siguiendo con más estudios, en Oregón en 2016, el 37% de las personas que solicitaron suicidio asistido, afirmaban que la causa de su petición era la sensación de pérdida de control de sus funciones vitales. En Washington, fue del 43% (Torre Díaz, 2019, p.18).

Por otra parte, existen estudios que buscan entender que lleva a la persona a desear y solicitar la muerte, estos llegan a la conclusión que, no se trata del dolor ni los síntomas, sino la preocupación acerca de la pérdida de control de si mismos y sus funciones corporales, así como la sensación de falta de autonomía a causa de la enfermedad, además del sentimiento de poder ser una carga familiar y depender de los

demás (Bermejo & Belda, 2019, p.17). En un estudio cualitativo hecho por Karlsson et al., en 2011, descubrieron que tanto la eutanasia como el suicidio asistido, incrementaban en el paciente la sensación de autonomía, pero vieron un problema, los participantes del estudio decían experimentar en si mismos, fluctuaciones en su voluntad a medida que atravesaban el tratamiento, además, muchos participantes del estudio después de ser diagnosticados de cáncer, sentían que eran completamente dependientes del médico y les causaba temor el poder creciente del sistema sanitario y de una sociedad en la que los pacientes pierdan la protección de sus vidas (Karlsson et al., 2011, citado por Torre Díaz, 2019, p.6). La desconfianza de los pacientes recae en entornos como la familia y los hijos, llegando incluso a médicos y la propia sociedad. Esto se debe al miedo a ser abandonados, y al deterioro de los vínculos. Por estos motivos, es muy importante para toda persona que se encuentre con una grave enfermedad o terminal, tratar estos aspectos para dar luz y fuerza a los vínculos con los más allegados (Torre Díaz, 2019, p.18).

De esta forma, la autonomía no es únicamente decidir cómo morir, la forma y el momento, sino que se trata de una opción que surge de la integración del diálogo y la colaboración con los demás. Por tanto, hablamos de autonomía en relación con otros, ya que, no hay que ver a los otros, ya sea la familia y/o el médico, como un impedimento sino como una posibilidad (Torre Díaz, 2019, p. 9). Dicho en otras palabras, la persona se siente independiente de los demás y que por tanto, puede decidir acerca de su vida y su muerte gracias a su autonomía, pero debemos recordar que por naturaleza estamos siempre en relación con otros, es decir, somos dependientes, y esto nos hace humanos (Olabazal, 2020, p.6).

Depresión y autonomía

Como hemos dicho al inicio, la depresión es una etapa común por la que pasa un enfermo terminal. Y es normal entonces que surja el deseo de morir. Por este motivo, es muy importante atender al enfermo en este momento de dificultad para la expresión de la propia autonomía (Kübler-Ross, 1975 citado por Torre Díaz, 2019, p.11). Al acercarse el final de la vida, la depresión tiene una influencia significativa, ya que, la persona conforma una imagen negativa del yo, de su entorno y del futuro. Junto a estos factores la enfermedad, como por ejemplo un cáncer, nubla las capacidades protectoras como el afrontamiento, apoyo social, creencias y valores, de la persona. Así, por ejemplo, en un estudio realizado a 138 pacientes con una esperanza de vida de 3

meses o menos, 32 de estos pacientes tenían depresión y 30 pacientes, es decir, el 22%, habían realizado la petición de eutanasia. Concluyeron que la petición de eutanasia era de 4,1 veces mayor en personas con depresión. Además, en pacientes con cáncer terminal que sufrían un estado de depresión, encontraron una alta asociación con la petición de eutanasia (Van der Lee et. al., 2005, citado por Torre Díaz, 2019, p11,12).

La depresión, junto a un profundo sentimiento de desesperanza, esta presente en el 80% de los suicidios. El estado de ánimo melancólico propio de la depresión con sentimientos de soledad se potencian entre sí junto a la autoagresividad, y estos chocan con el deseo natural de vivir del ser humano. Esto es, entre un 15% y un 20% de las personas que sufren depresión han intentado suicidarse, pero estos números ganan peso si la persona es mayor y vive sola. Asimismo, la depresión se suele asociar al dolor por otra enfermedad, como puede ser en el caso de un diagnóstico de un cáncer maligno. Sin embargo, las enfermedades crónicas suelen ser por si solas un factor de riesgo, y es cuando van acompañadas de desesperanza lo que puede llevar a la persona a desear la muerte (Federación Mundial para la Salud Mental, 2010; Grupo de Trabajo, 2011, citados por, Echeburúa 2015, p.120).

Por otra parte, muchas personas que quieren suicidarse en realidad no quieren morir – por este motivo son mucho mayores las tentativas de suicidio que los suicidios consumados- sino que buscan dejar de sufrir, pero una vez este sufrimiento se trata, están aliviados de no haber muerto (Spirito y Donaldson, 1998, citado por Echeburúa 2015, p.118). El riesgo de suicidio es tres veces mayor en las personas diagnosticadas por depresión que en la población general, y se calcula que, el 80% de las personas que se han llevado a cabo el suicidio, presentaban un cuadro depresivo (Baca & Aroca, 2014, p.374).

El deseo de morir aparece en las personas de formas muy diversas, y este suele estar motivado por la interacción de distintos factores, estos son: demográficos, psicopatológicos, biológicos, como serían personas solteras, de bajo nivel educativo, desempleados, etc. Eventos vitales estresantes, como por ejemplo una enfermedad terminal. Y la falta de factores que protegen de esta conducta, es decir, creencias religiosas o soporte social (Baca & Aroca, 2014, p.374). Además, en la toma de decisión respecto la muerte influyen tres componentes básicos: a nivel emocional al aparecer un sufrimiento intenso, a nivel conductual si se da una falta de recursos psicológicos protectores y por último, a nivel cognitivo una desesperanza profunda respecto el futuro de su vida, viendo la muerte como única solución (Bobes, Giner &

Saiz, 2011, citado por, Echeburúa 2015, p.118).

De este modo, cuando el paciente ve que la única vía de escape para su sufrimiento es la muerte –también conocida como *visión túnel*-, ya que la vida le resulta insoportable, ya sea por un dolor físico, una enfermedad terminal, la soledad, etc. (Chesney y Goodwin, 2014; Federación Mundial para la Salud Mental, 2010, citados por Echeburúa, 2015, p.120) Es importante, dar luz a otras alternativas, haciéndole ver que no está solo y que hay más formas de ver la vida, por tanto, hará que preste atención en la situación actual que rodee al paciente, y potenciar sus fortalezas, recursos de afrontamiento, así como el apoyo de la familia (Chesney y Goodwin, 2014, citado por Echeburúa, 2015, p.124,125).

En un estudio realizado a pacientes con cáncer avanzado, estos expresaban que su deseo de morir podía estar asociado con la depresión. De esta forma, vieron en 142 pacientes que existía una relación entre la depresión con el deseo de morir, ya fuera natural o por eutanasia, pero tras tratarlos con cuidados paliativos, solo dos pacientes siguieron expresando un fuerte deseo de morir. Por tanto, concluyeron que este deseo se correlacionaba con síntomas de depresión severa y que era necesario un buen reconocimiento de estos síntomas, para tratar la depresión que surge en los pacientes terminales y ofrecerles mejor calidad de vida (Tiernan et al., 2002, citado por, Torre Díaz, p.12).

En conclusión, cuando una persona pide la eutanasia debemos averiguar que hay detrás de esta petición, es decir, qué lleva al paciente a desear la muerte para poder otorgarle la atención plena que se merece. Tras esta cuestión diversos autores e instituciones ponen en manifiesto que las peticiones de eutanasia, “deben ser consideradas generalmente como una demanda de mayor atención y suelen desaparecer cuando se aplican los principios y la práctica de los cuidados paliativos” (SECPAL, 2002, citado por Torre Díaz, 2019, p.17). Por este motivo, debemos escuchar y observar atentamente que es lo que de verdad necesita el paciente, y atender a todos los aspectos de su vida que pueden estar afectados, otorgándole el apoyo que necesita. Asimismo, la Congregación para la Doctrina de la Fe, en su documento sobre la eutanasia (1980), afirma con claridad que:

“[...] las súplicas de los enfermos no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia, estas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y

sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros” (Congregación para la Doctrina de la Fe, 1980, citado por Torre Díaz, 2019, p.17)

En definitiva, la autonomía es un principio de gran importancia, aunque tiene una limitación, esta es: la dignidad. El problema ocurre cuando entramos en ideologías utilitaristas, ya que, estas tratan como correcto cualquier acto autónomo, siempre y cuando, no cause daño a otras personas, es decir, la persona que se quiere suicidar no daña a nadie que no sea la misma persona. Estas ideologías, no tienen en cuenta que este presupuesto pierde su lógica en el momento que la persona apela a este principio, para acabar justamente con su propia autonomía (Olazabal, 2020, p.7).

5.3. Dignidad del ser humano

Se comenta con frecuencia al hablar sobre la eutanasia la dignidad de la persona, asimismo se suele hacer mención al hecho de que se considera digno vivir en unas condiciones concretas, pero no lo es vivir en otras. El autor Jacques-Lucien Monod dice así:

“Es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida en vida contra su deseo, y que se le rehúse la deseada liberación, cuando su vida ha perdido toda dignidad, belleza, significado y perspectiva de futuro. El sufrimiento inútil es un mal que deberían evitar las sociedades civilizadas”.

El concepto de dignidad se convierte entonces en una palabra polisémica, ya que de la dignidad parece surgir la necesidad de ser respetado, la autonomía de cada uno, los derechos humanos universales, etc. Y por ella, se justifica la exigencia de humanizar la atención médica (Bermejo, Belda, 2019, p.24). Es importante recordar que toda persona, por el hecho de ser persona es digna, en otras palabras, la dignidad es intrínseca a cada ser humano.

Asimismo, García Cuadrado (2012) dice así: “la dignidad de la persona remite a una cualidad exclusiva, indefinida y simple del ser humano, que designa su superioridad frente al resto de los seres con independencia del modo de comportarse”. También Hervada (1991), describe la dignidad humana de la siguiente forma: “es la perfección o intensidad del ser que corresponde a la naturaleza humana y que se predica de la persona, en cuanto ésta es la realización existencial de la naturaleza humana”. Por tanto, como dice Andorno (2019) aunque la dignidad se trate de un concepto que

siempre ha sido difícil de definir, nos debemos centrar en la condición de ser humano, independientemente de las circunstancias, “la dignidad es un atributo que tiene la persona por el solo hecho de ser” (García, 2012; Hervada, 1991; Andorno, 2019 citados por Olazabal, 2020, p.2,3).

De esta forma, vemos que cualquier persona, aunque se encuentre en una enfermedad terminal, posee la misma dignidad que todos, y se debe respetar de igual forma que cualquier otra persona en distintas circunstancias (Olazabal, 2020, p.4). No obstante, hay que tener en cuenta que la percepción que puede tener la persona en estado crítico respecto a su dignidad puede estar alterado e influenciada por su entorno (Mauri, 1987).

Por tanto, encontramos una dificultad que viven sobretodo las personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad, esto es, en el momento en el que se siente que la dignidad personal está impedida por la imposibilidad efectiva de realizar las formas más específicamente humanas, se encuentra al identificar su especificidad y origen. En otras palabras, el problema radica cuando la persona no puede llevar a cabo esas facultades que nos distinguen de los demás animales y que forman la llamada dignidad humana. Sobre este tema, José Carlos Bermejo y Rosa María Belda (2019, p.25), relatan lo siguiente:

“lo peculiar de la vida humana es ser estrictamente biográfica, según la caracterizó Ortega, en su sentido más literal de escrita y relatada por el propio sujeto que la vive, por contraposición al vivir meramente biológico”, y nos explican como estas dificultades de las que hablamos para defender la dignidad de algunas personas o grupos, se encuentran en el momento que sus vidas no pueden ser “escritas o relatadas” por los sujetos que la viven. Sin embargo, habría que considerar, que la dignidad de la persona que no puede llevar a cabo aquello por lo que creemos que no es digna, por ejemplo, de autogobernarse, “está también en la dignidad con que los demás seres de la misma condición sustituyen las carencias”.

De este modo, puede ser que lo mejor de la persona no solo se halle en los momentos en que el sujeto puede pensar, amar o decidir, sino también en el momento en que otro mira por él, y entonces, “decide por y para aquel que no es autónomo psicológica o moralmente, y ama a aquel que, si bien conscientemente no es sujeto de afectos, es destinatario del amor” (Bermejo, Belda, 2019, p.26). De esta forma, al paciente terminal debe ser cuidado, ya sea en la unidad de cuidados paliativos como en casa, y aunque

no se le pueda curar, se la dará alivio y una buena calidad de vida, mirando en el cómo debe morir y nunca en el cuándo (Olazabal, 2020, p.5).

Por consiguiente, es muy importante entender al ser humano para tener una visión correcta de los demás y sobretodo de uno mismo. Es por esto que, morir con dignidad no es sinónimo de eutanasia, pero si lo es de escoger cómo morir y nunca el cuándo. “El enfermo en situación terminal es y será siempre digno porque el ser digno obedece simplemente a “ser”, no a las circunstancias que lo rodean” (Olazabal, 2020, p.6,7).

Conclusiones

Este trabajo tiene un enfoque personalista, desde el que se quiere recordar todas las dimensiones que forman a la persona, estas son, física, mental, emocional, sin olvidar nuestra naturaleza social y espiritual. Todos estos aspectos están unidos de una forma armónica en la persona, y por tanto, debemos cuidar de cada uno de ellos. Sin embargo, con frecuencia, caemos en perspectivas limitantes, dejamos de lado algunos aspectos que componen al ser humano y caemos en reduccionismos. Esto genera problemas graves en nuestra sociedad, como por ejemplo, la pérdida de valores, el distanciamiento social, etc. Olvidando y dejando de lado al otro y sin darnos cuenta, cayendo en la soledad e imposibilitando descubrir las posibles causas del sufrimiento. Por tanto, debemos potenciar una visión integral de la persona para poder atender y cuidar todas sus dimensiones, y de esta forma, conseguir humanizar todos los ámbitos de la sanidad y poder ayudar plenamente a las personas que sufren.

Respecto a los objetivos iniciales, tras la investigación del tema en cuestión, las conclusiones que se pueden extraer son las siguientes: Primero, hemos conocido el concepto de eutanasia en profundidad, destacando que la intención y el objetivo son provocar la muerte. En otras palabras, esta práctica aparece ligada a esta concepción reduccionista de la persona, así, por ejemplo, si no podemos curar su dolor físico, enfermedad o discapacidad con las medicinas que disponemos, y por tanto, va a seguir sufriendo y no podrá vivir en las condiciones de bienestar y autonomía que consideramos óptimas, lo mejor es poner fin a su vida. No obstante, como hemos dicho antes, el sufrimiento de una persona se puede deber a muchas causas, y curiosamente, la gran mayoría no serán por un dolor físico.

Y en segundo lugar, debemos subrayar que tras la petición de eutanasia se esconden tanto factores ligados a la condición del paciente como externos a él, algunos de ellos son: la soledad, la depresión, la desconfianza, la falta de afecto, sentirse una carga para terceros y el abandono de nuestros enfermos, discapacitados y mayores. De esta forma, la sociedad promueva la eutanasia como una opción rápida, fácil y económica para aliviar el sufrimiento y el dolor, sin tener en cuenta el mensaje que se está transmitiendo a las personas vulnerables, esto es, pasan a ser una carga familiar, social y económica, ni la influencia social sobre los enfermos que pueden verse en la obligación moral frente a su entorno, de acabar cuanto antes con su situación.

Por otro lado, hemos visto que existen métodos para tratar este dolor y sufrimiento personal, como son los cuidados paliativos, los cuales están al servicio de la vida. Estos cuidados tienen como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente incluida la familia, y ponen a su disposición un gran equipo multidisciplinar para mejorar los síntomas, el apoyo psicosocial y espiritual, una atención continuada y apoyo personal. Aún así, este tipo de tratamientos necesitan de mayor soporte social (y económico), para cumplir con su propósito de alcanzar y cuidar de todas las dimensiones de la persona, y hacer de sus circunstancias, ya sea una enfermedad crónica como en una situación terminal, lo más plenas posibles.

Finalmente, hemos visto que, querer alejarnos de todo lo que nos pueda generar sufrimiento y a su vez querer controlarlo y dominarlo, es una cuestión incompatible. Por tanto, debemos promover en la sociedad el mejor factor de protección ante el deseo de morir, este es, una buena red psicosocial. De esta forma, apostaremos por fortalecer los vínculos afectivos del paciente y valores de protección en la sociedad frente a la vulnerabilidad, la fragilidad y la muerte. Estos últimos aspectos, no deben ser silenciados o tratados como temas tabú para la sociedad, ya que, forman parte de la condición existencial del ser humano, y por tanto, debemos acogerlos y normalizarlos para llegar a entenderlos, aceptarlos y conseguir gestionarlos de la mejor manera posible.

“Una vez le damos un significado a la vida, no solo nos sentimos un poco mejor, sino que además, también hallamos la capacidad de lidiar con el sufrimiento”.

-V. Frankl

Bibliografía

- Baca, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad 37(5), 373.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de cultura económica de España.
- Becerra, A. (2005). El mensaje subliminal: tácticas de publicidad ilícita. (Fundación COSO de la Comunidad Valenciana para el Desarrollo de la Comunicación y la Sociedad, Universidad Complutense de Madrid). 169-182.
- Bermejo, J., & Belda, R. (2019). *¡No quiero sufrir!. En sobre la eutanasia y otras cuestiones bioéticas del final de la vida*. Cantabria: Sal Terrac.
- Campos Olazabal, P. (2020). La dignidad del enfermo en situación terminal. *apuntes de bioética*.3(1), 5-11.
- Cervera, C. (2012). La eudaimonía en aristóteles y su posible aplicación en la actualidad. Universitat Oberta de Catalunya). *Una Reflexión Sobre La Felicidad a Partir De La Contraposición De La Noción Actual Del Término Con El Concepto Aristotélico De Eudaimonía*,
- Cop.es. (2011). *Código De Deontología Médica - Guía De Ética Médica*, Available at: https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf;
- Cop.es. (2015). *Consejo General De La Psicología De España - Código Deontológico Del Psicólogo*. Available at: <<https://www.cop.es/index.php?page=CodigoDeontologico>>
- Dierickx, S., Deliens, L., Cohen, J., & Chambaere, K. (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in belgium: Analysis of officially reported cases.17, BMC Psychiatry.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica *The Many Faces of Suicide in the Psychological Clinic*, 33(2), 117.
- Carlos reivindica el derecho a elegir cómo morir: "los políticos me quitan la libertad"*. Évole, J. (Director). (2018).[Motion Picture] Salvados.La Sexta.
- Marcos gómez, un referente de la medicina paliativa*. Évole, J. (Director). (2018).[Motion Picture] Salvados. La Sexta.
- Magdalena, E. (2003). Eutanasia, filosofía y religión.1, 97-104.
- Mahase, E. (2019). Euthanasia: Dutch doctor is acquitted in landmark test case., British Medical Journal.
- Martín, P. (2019), Un hombre, imputado por ayudar a morir a su mujer con esclerosis múltiple. *Elperiódico*,
- Martínez-Sellés, M. (2019). *Eutanasia un análisis a la luz de la ciencia y la antropología*. Madrid: Rialp.
- Mauri, M. (1987). *La búsqueda del bien*. Barcelona: Casals.
- Millán Puelles, A. (1984, 2002). *Léxico filosófico*. Madrid: Rialp.

- Navarro, A. (2005). El mensaje subliminal: Tácticas de publicidad ilícita , 169.
- Religiosos Camilos. *Centro asistencial san camilo*. Retrieved agosto/2, 2020, from <https://www.camilos.es/que-hacemos/centro-asistencial-san-camilo/>
- Rick, L. (2005), 13 de Marzo de 2005). El drama ganador del oscar. Desgarrador relato de una "Million dollar baby" de la vida real. *LA NACION, El Mundo*,
- Sancho, M. (1998), Dolor y sufrimiento. el problema del sentido.5, 144-158.
- Sgreccia, E. (1999). *Manual de bioética*. México: Diana.
- Sgreccia, E. (2008). Información para el enfermo incurable. [Vida y Ética]
- Sgreccia, E. (2008). La persona y el respecto de la vida humana. [Vida y Ética]
- Spaemann, R. (2008), El sentido del sufrimiento.15, Rev Atlántida-Bioética en la Red.
- Stolz, E., Mayerl, H., Gasser-Steiner, P., & Freidl, W. (2017). Attitudes towards assisted suicide and euthanasia among care-dependent older adults (50+) in Austria: The role of socio-demographics, religiosity, physical illness, psychological distress, and social isolation.18, BMC Med Ethics.
- Torre Díaz, J. (2019). Eutanasia: Los factores sociales del deseo de morir. . *Revista Iberoamericana De Bioética, 11*, 1-23.
- Vargas, R. (2019), Pensamiento común vs pensamiento crítico.6, 1-3-Logos Boletín Científico de la Escuela Preparatoria No. 2.
- Vásquez, R. (2008). Zygmunt bauman: Modernidad líquida y fragilidad humana.19, Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences.
- Vespucci, G. (2006). La fragilidad de los vínculos humanos en la moderna sociedad líquida amor líquido. acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. *Revista Argentina De Sociología, 4*(6), 160-163. Retrieved from <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip&db=a9h&AN=24238945&lang=es&site=ehost-live&scope=site>
- Viel Sírto, S., Limonero García, J. T., Maté Méndez, J., Mateo Ortega, D., Bernaus Martí, M., Castejón Itey, V., et al. (2019). Evaluación de las propiedades psicométricas de la escala de detección de la soledad existencial en pacientes con enfermedades avanzadas. *Psicooncología, 16*(1), 161. Retrieved from Isdpd database.