X ANIVERSARIO DEL FORO DE PENSAMIENTO CRISTIANO Y SALUD MENTAL.

SALUD MENTAL
con
PERSPECTIVA CRISTIANA

CARLOS CHICLANA ACTIS
(COORDINADOR)

SALUD MENTAL CON PERSPECTIVA CRISTIANA

DÉCIMO ANIVERSARIO DEL FORO DE PENSAMIENTO CRISTIANO Y SALUD MENTAL

Primera edición, 2024

Salud mental con perspectiva cristiana
© Los autores de cada capítulo

Ediciones Día Diez
edicionesdiadiez@gmail.com

Queda favorablemente permitida, con la autorización escrita de los titulares de los derechos de autor, la reproducción total o parcial de esta obra, para que llegue a todas las personas que puedan beneficiarse de ella. Contacte con nosotros, le atenderemos con mucha ilusión.

ISBN (papel): 978-84-09-59557-0
ISBN (digital): 978-84-09-59558-7
D.L.: M-16717-2024

Diseño de portada: Pilar López Antolín
Impreso en España - *Printed in Spain*
Imprime Podiprint

EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO: ¿DERECHO O DESPROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS?

Francisco Insa Gómez

Un cambio en la consideración del suicidio por parte de la Iglesia

La *Piazza Ostiense* de Roma es quizá unos de los lugares más curiosos de la Ciudad Eterna. En el centro se encuentra la Porta San Paolo, una puerta de la antigua muralla construida el año 275 y que ahora alberga un museo. En el lado oeste destaca cubierta de mármol travertino la Pirámide de Caio Cestio, que este magistrado se hizo construir el año 12 a.C. como mausoleo y que probablemente resultaba entonces tan disonante como ahora. Inicialmente exenta, en el siglo III fue incorporada a la muralla Aureliana haciendo las veces de bastión. Por detrás de la muralla se encuentra el cementerio acatólico o del Testaccio, también conocido come *cimitero degli artisti e dei poeti*. Este cementerio tiene su historia.

Durante muchos siglos la Iglesia católica ha prohibido que fuesen enterrados en terreno sacro tanto los no católicos como los católicos que habían fallecido en situación de pecado público grave sin haber dado muestras de arrepentimiento. Entre estos se encontraban los concubinarios, los herejes y apóstatas, los que habían llevado una vida "con graves desórdenes morales" (se ve que el pueblo incluía en esta categoría a muchos artistas y poetas) y los suicidas. El resultado era que muchas de estas personas eran sepultadas en condiciones indignas, hasta que a finales del siglo XVIII el Papa Clemente X autorizó – no sin reticencias por parte de algunos miembros del Santo Ufficio – el mencionado cementerio del Testaccio. Ahí reposan como inquilinos más famosos el poeta inglés John Keats (1795-1821) y el fundador del Partido Comunista Italiano Antonio Gramsci (1891-1937).

Han cambiado mucho las cosas desde entonces. La disciplina actual de la Iglesia permite la celebración de exequias y el enterramiento en cementerios católicos a las personas que se han quitado la vida. Este cambio ha sido debido a una profundización en el hombre, y especialmente en los procesos psicológicos que pueden condicionar la libertad de sus acciones, como reconoce el Catecismo de la Iglesia Católica (1992): «Trastornos psíquicos graves, la angustia, o el temor grave de la prueba, del sufrimiento o de la tortura, pueden disminuir la responsabilidad del suicida» (n. 2282). El número siguiente añade una frase que puede consolar a muchos amigos y familiares:

> No se debe desesperar de la salvación eterna de aquellas personas que se han dado muerte. Dios puede haberles facilitado, por caminos que Él solo conoce, la ocasión de un arrepentimiento salvador. La Iglesia ora

por las personas que han atentado contra su vida. (n. 2283)

Obviamente esto no quiere decir que el suicidio ya no se considera moralmente malo. Al contrario, el Catecismo comienza el estudio de este argumento afirmando la obligación de custodiar la vida como algo que no nos pertenece y de lo que por tanto no podemos disponer:

Cada cual es responsable de su vida delante de Dios que se la ha dado. Él sigue siendo su soberano Dueño. Nosotros estamos obligados a recibirla con gratitud y a conservarla para su honor y para la salvación de nuestras almas. Somos administradores y no propietarios de la vida que Dios nos ha confiado. No disponemos de ella (n. 2280).

El número siguiente justifica la condena con los siguientes argumentos:

> El suicidio contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Es gravemente contrario al justo amor de sí mismo. Ofende también al amor del prójimo porque rompe injustamente los lazos de solidaridad con las sociedades familiar, nacional y humana con las cuales estamos obligados. El suicidio es contrario al amor del Dios vivo. (n. 2281)

Se trata de una síntesis de la tradición cristiana que ya Tomás de Aquino había compendiado en el siglo XIII:

> Es absolutamente ilícito suicidarse por tres razones: primera, porque todo ser se ama naturalmente a sí mismo, y a esto se debe el que todo ser se conserve naturalmente en la existencia y resista, cuanto sea capaz, a lo que podría destruirle. Por tal motivo, el que alguien se dé muerte va contra la inclinación natural y contra la caridad por la que uno debe amarse a sí mismo; de ahí que el suicidarse sea siempre pecado mortal por ir contra la ley natural y contra la caridad.
>
> Segunda, porque cada parte, en cuanto tal, pertenece al todo; y un hombre cualquiera es parte de la comunidad, y, por tanto, todo lo que él es pertenece a la sociedad. Por eso el que se suicida hace injuria a la comunidad, como se pone de manifiesto por el Filósofo en el V libro de la Ética a Nicómaco.
>
> Tercera, porque la vida es un don divino dado al hombre y sujeto a su divina potestad, que da la muerte y la vida. Y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios, como el que mata a un siervo ajeno peca contra el señor de quien es siervo; o como peca el que se arroga la facultad de juzgar una cosa que no le está encomendada, pues solo a Dios pertenece el juicio de la muerte y de la vida, según el texto de Dt 32,39: «Yo quitaré la vida y yo haré vivir» .(Tomás de Aquino, 1959, II-II, q. 64, a. 5).

Junto con los atenuantes que hemos mencionado anteriormente, el Catecismo señala algunas circunstancias que pueden agravar la malicia moral de esta acción: «Si se comete con intención de servir de ejemplo, especialmente

a los jóvenes, el suicidio adquiere además la gravedad del escándalo. La cooperación voluntaria al suicidio es contraria a la ley moral» (n. 2282, §1).

El Catecismo no habla explícitamente del suicidio médicamente asistido (SMA) pero dedica los números 2276-2279 a la eutanasia. Comienza afirmando el derecho que los enfermos y moribundos tienen a un «respeto especial» y a una atención que les permita llevar un estilo de vida lo más normal posible, y a continuación condena con claridad el recurso a la eutanasia independientemente de los motivos y los medios:

> una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador. El error de juicio en el que se puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida, que se ha de rechazar y excluir siempre. (n. 2277)

Los dos últimos números distinguen entre la eutanasia y el legítimo rechazo a tratamientos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados, indicando que esa decisión corresponde al paciente o, en el caso de personas impedidas, a sus representantes legítimos. Finalmente recuerda que hay cuidados ordinarios que nunca deben ser sustituidos aun cuando la muerte sea inminente, reconoce la legitimidad del uso de analgésicos que pueden acortar la vida como efecto secundario y anima al desarrollo de los cuidados paliativos.

Tres años después de la publicación del Catecismo, Juan Pablo II escribió la encíclica Evangelium vitae, en la que repitió la condena a la eutanasia y trató específicamente el SMA:

> Compartir la intención suicida de otro y ayudarle a realizarla mediante el llamado "suicidio asistido" significa hacerse colaborador, y algunas veces autor en primera persona, de una injusticia que nunca tiene justificación, ni siquiera cuando es solicitada. «No es lícito –escribe con sorprendente actualidad san Agustín– matar a otro, aunque este lo pida y lo quiera y no pueda ya vivir […] para librar, con un golpe, el alma de aquellos dolores, que luchaba con las ligaduras del cuerpo y quería desasirse» (Carta 204, n. 5). La eutanasia, aunque no esté motivada por el rechazo egoísta de hacerse cargo de la existencia del que sufre, debe considerarse como una falsa piedad, más aún, como una preocupante "perversión" de la misma. En efecto, la verdadera "compasión" hace solidarios con el dolor de los demás, y no elimina a la persona cuyo sufrimiento no se puede soportar. El gesto de la eutanasia aparece aún más perverso si es realizado por quienes –como los familiares– deberían asistir con paciencia y amor a su allegado, o por cuantos –como los médicos–, por su profesión específica, deberían cuidar al enfermo incluso en las condiciones terminales más penosas. (Juan Pablo II, 1995, n. 66)

Además de los numerosos pronunciamientos del Papa Francisco condenando la eutanasia como parte de la "cultura del descarte", el texto magisterial más reciente sobre este tema es la Carta de la Congregación para la Doctrina de la Fe Samaritanus Bonus sobre el cuidado de las personas en las fases críticas y terminales de la vida, publicada el 25 de junio de 2020.

La situación parece clara para los católicos, pero ¿solo para ellos? En una sociedad plural y secularizada como la nuestra necesitamos profundizar en estos argumentos para defender en el debate público una postura que es acorde no ya con la doctrina de la Iglesia sino con la dignidad de las personas, independientemente de su religión y del sistema ético al que hayan decidido adherirse. A esto dedicaremos el resto del capítulo.

El suicidio en la sociedad

La descriminalización del suicidio

La disciplina de la Iglesia sobre el enterramiento de los suicidas puede parecer exagerada, pero no era exclusiva ni meramente hija de su tiempo. Al mencionar la Suma de Teología de Tomás de Aquino hemos visto que él a su vez remite a Aristóteles para sostener que un ciudadano no se pertenece completamente a sí mismo sino también a la sociedad, la cual se ve "injuriada" por la conducta suicida. En efecto, en la antigua Atenas las personas que se suicidaban sin la aprobación del Estado no podían recibir los honores de un entierro normal; tenían que ser enterradas de modo privado en los alrededores de la ciudad, sin lápida sepulcral u otro marcador. Iría más allá de los objetivos de este capítulo hacer un recorrido histórico completo, por lo que me limitaré a señalar algunos datos de las últimas décadas (Brody, 1989; Hecht, 2013).

En muchos países el intento de suicidio ha sido considerado un crimen hasta tiempos recientes, lo que implicaba que en ocasiones la persona que sobrevivía al intento de suicidio tenía que hacer frente a un proceso penal, sin contar con el descrédito social en que caía. Por ejemplo, en Inglaterra y Gales el suicidio se descriminalizó en el Acta del Suicidio de 1961, mientras que la República de Irlanda lo hizo en 1993. Esta es la situación actual de los países occidentales, mientras que algunas naciones musulmanas aún lo consideran un crimen.

Esto no quiere decir que el suicidio haya sido aceptado en la sociedad como una opción buena o al menos legítima. Al contrario, en la mayoría de los países es delito incitar, aconsejar o auxiliar el suicidio de otra persona. Por citar solo algunas legislaciones, en Australia se permite explícitamente el uso de «tanta fuerza como sea necesaria» para evitar que el suicida cumpla su intento, mientras que el artículo 143 del actual Código Penal español (marzo de 2023) establece:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión

de cuatro a ocho años.

2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de una persona que sufriera un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables, por la petición expresa, seria e inequívoca de esta, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los apartados 2 y 3.
5. No obstante lo dispuesto en el apartado anterior, no incurrirá en responsabilidad penal quien causare o cooperare activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia (Ministerio de Justicia, 2023).

Más adelante profundizaremos en la contradicción que supone el punto 5, introducido tras la aprobación de la ley de eutanasia en 2021.

Fuera del ámbito legal, son numerosas las iniciativas estatales y sociales para prevenir el suicidio. Son especialmente conocidos el *Teléfono de la esperanza* en España, *Samaritans* en el Reino Unido y *The American Foundation for Suicide Prevention* en Estados Unidos. Todas estas asociaciones tratan de tender una mano a quien siente impulsos suicidas y no sabe a quién dirigirse. Es especialmente representativo el cartel que *Samaritans* colocó en el puente colgante de Clifton (en Bristol, Inglaterra) –cuya altura lo había convertido en un lugar muy elegido con este fin (Nowers y Gunnell, 1996)– donde junto a un número de teléfono aún se lee: "Talk to us anytime night or day on".

Una situación en que se ve especialmente este deseo de evitar el suicidio por parte de la sociedad es la prevención ante el llamado efecto contagio o efecto Werther. El nombre hace referencia a la cadena de suicidios que se evidenció después de la publicación de la novela de Goethe *Las penas del joven Werther* (1774), hasta el punto de que la obra fue prohibida en algunos países (Herrera, Ures y Martínez, 2015). En muchos casos se trataba también de jóvenes que habían sufrido un desengaño amoroso e incluso imitaban la modalidad empleada por el protagonista. Más recientemente, el suicidio del actor Robin Williams en verano de 2014 provocó un repunte de hasta un 10% en el número de suicidios en los tres meses posteriores a la noticia, muy especialmente entre hombres de 30 a 44 años, muchos de los cuales emplearon el mismo método que el actor (la sofocación, que aumentó un 32%). Por este motivo la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció en el año 2000 unas pautas –actualizadas siete años después– dirigidas a los medios de comunicación para que informaran con responsabilidad sobre este tipo de acontecimientos (OMS, 2017). En efecto, hay un acuerdo de silenciar los casos de suicidio en la prensa, especialmente los llevados a cabo por adolescentes, o mejor aún para informar de forma delicada y ofreciendo alternativas para

las personas de riesgo. Este último modo de prevención es llamado *efecto Papageno*, en recuerdo al personaje de la ópera de Mozart *La flauta mágica*.

Mencionamos por último que desde el año 2003 la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio, en colaboración con la OMS, organiza cada 10 de septiembre el Día Mundial para la Prevención del Suicidio.

En definitiva, hoy como en la antigüedad el suicidio es visto como un mal que los particulares, la sociedad y las instituciones políticas se empeñan en evitar. Se entenderá mejor esta preocupación si mostramos algunos datos estadísticos.

Datos estadísticos del suicidio hoy

Los datos publicados por la OMS referentes a 2019 (OMS, 2021) reflejaron un total de 703.220 muertes por suicidio, equivalente a un 9.0 por cien mil habitantes y un 1.3% de las muertes, lo que lo colocaba como decimoséptima causa global de fallecimientos. Es 2.3 veces más frecuente en varones, y en la franja de edad entre los 15 y los 29 años constituye la tercera causa de muerte entre los varones y la cuarta entre las mujeres. Un dato esperanzador es que desde el año 2000 las cifras han bajado un 36%.

Los factores de riesgo principales de la conducta suicida son el estado de ánimo deprimido, la desesperanza y la sensación de ser una carga, mientras que la autoestima y el soporte social son los principales factores protectores (Holman, y Williams, 2020). También aumentan el riesgo la enfermedad física (Tintinalli et al., 2010, pp. 1940-1946) –especialmente el cáncer (McFarland et al., 2019)– y psíquica (Stickley y Bassett, 2008, p. 348). Muchos estudios han demostrado que la religiosidad también protege contra el suicidio, pues ofrece un sentido para la vida, unas normas éticas que previenen las conductas autolesivas, una creencia en otra vida que suaviza el sufrimiento actual, prácticas positivas de introspección como la oración y el examen, y una comunidad de apoyo (Lawrence, Oquendo y Stanley, 2016; Insa, 2022).

Para completar el cuadro es necesario mencionar las cifras de intentos de suicidio, que pueden acarrear lesiones e incapacidades a largo plazo. Se calcula que por cada suicidio completado hay entre diez y cuarenta tentativas, lo que supone entre diez y cuarenta millones de intentos de suicidio al año en el mundo. Los intentos no consumados son más comunes en jóvenes y en mujeres, mientras que los hombres lo consuman con más frecuencia (Zalar et al., 2018; García-Martín et al., 2020).

En el caso de España, en 2021 se contaron 4003 fallecimientos por suicidio, lo que supone un 1.6% más que el año anterior. Es la primera causa de "muerte externa", es decir, no debida a enfermedad (Instituto Nacional de Estadística, 2022).

Motivaciones del suicidio

¿Por qué hay personas que recurren al suicidio? ¿Sufren todos algún tipo de enajenación mental, o es posible cometerlo de forma consciente, razonada y libre? ¿Es posible que alguien en plena posesión de sus facultades decida quitarse la vida? Son preguntas fundamentales de cara a la actitud que conviene tener ante una persona que se plantee cometerlo o que lo haya intentado.

En el origen de buena parte de los casos de suicidio es fácil ver un estado de sufrimiento que puede reducir la libertad y, por tanto, la responsabilidad moral. Es lo que ocurre en algunas enfermedades psiquiátricas como la depresión o la psicosis autorreferencial, o bien en el sufrimiento físico o psíquico ante enfermedades somáticas graves, crónicas o terminales. Dedicaremos a estas situaciones –que requieren un abordaje eminentemente médico– los próximos epígrafes de este texto.

También podríamos incluir como situaciones que quitan la capacidad de obrar libre y conscientemente algunas situaciones no patológicas que provocan una reacción pasional intensa, como las descritas en algunas obras clásicas como el ya citado *Werther* o *Romeo y Julieta*; se trata de lo que algunos llaman "enajenación mental transitoria". En estos casos la respuesta sería hacer esperar para que pase esa situación, recobre el dominio de sí y pueda recapacitar.

Fuera de estas circunstancias, ¿podemos encontrar otras en la que una persona en pleno uso de sus facultades decide acabar con su vida? Pienso que sí. Basta pensar en los que entregan su vida por un ideal, no ya dejándose matar sino provocándose la muerte. Sería el caso de los kamikazes que se inmolan para matar al enemigo, del harakiri cometido por honor o de los monjes budistas que dieron origen a la expresión "quemarse a lo bonzo" para indicar la acción de provocarse un daño como señal extrema de protesta.

Finalmente encontramos el llamado "suicidio racional" o filosófico-existencial. Se trata de personas que han reflexionado sobre su vida, han llegado a la conclusión de que no vale la pena y como conclusión se la quitan o solicitan a otros que acaben con ella. Recordemos el inicio de *El mito de Sísifo* de Albert Camus: «No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar si la vida vale o no vale la pena de vivirla es responder a la pregunta fundamental de la filosofía». Otros existencialistas como Schopenhauer, Nietzsche, Heidegger, Sartre y Michel Foucault abordaron también esta cuestión. Si lo han hecho estos conocidos filósofos es plausible que también se la haya planteado gente ordinaria y haya actuado en consecuencia.

Aquí entraría otra pregunta: ¿cómo es posible que alguien se plantee hacerse daño? El deseo de vivir parece natural, mientras que la muerte produce miedo y rechazo –incluso a la mayoría de los creyentes– tanto por el abandono de este mundo como por lo que tiene de desconocida e irreversible. Todos estaremos de acuerdo en que una persona al actuar busca siempre un bien. Entonces, ¿quién quiere acabar con su vida busca un mal? No, busca igualmente un bien; al menos el bien de liberarse de un mal: piensa que es

mejor la muerte –incluso la aniquilación, si no cree en una vida más allá de esta– que la situación que está soportando. Aquí llegamos a un punto clave en este texto: quien se plantea el suicidio está buscando huir de un mal, de un sufrimiento físico (el dolor) o psíquico (la depresión, la soledad, el sinsentido). Por tanto, los deseos de morir se pueden interpretar como un deseo de vivir en condiciones soportables, y la prevención debería ir encaminada a determinar cuáles son esas condiciones y cómo cambiarlas. Ante esta conclusión nos podemos preguntar: ¿qué sería más humano, acceder sin más a una petición de quitarse la vida, o tratar de mitigar el sufrimiento y ayudar a esa persona a encontrar un sentido a su existencia?

En resumen, el suicidio es la consecuencia de una sensación de sufrimiento insoportable, y además es causa de sufrimiento para los seres queridos. La sociedad lo ve como algo a evitar y en distintos periodos de la historia lo ha visto como reprobable. Surge por tanto una nueva pregunta: ¿por qué algunos se empeñan en promoverlo en el caso de que un enfermo lo requiera, como vimos en el quinto punto del artículo 143 del Código Penal español?

Concepto y justificaciones del suicidio médicamente asistido

Entramos al principal argumento de este texto: las leyes que legitiman el SMA. Con esta expresión entendemos las acciones llevadas a cabo por agentes sanitarios (médicos o enfermeras) encaminadas a provocar la muerte de un paciente que lo requiere, ya sea facilitándole los medios o bien –sobre todo cuando el solicitante no puede llevarlas a cabo por impedimento físico– administrándole un fármaco letal. En este último caso, el SMA se solapa con la eutanasia, que podemos definir siguiendo el Catecismo de la Iglesia Católica como «una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor» (n. 2277).

Suele considerarse que la diferencia entre ambas acciones está en que en el SMA el paciente solicita la muerte (lo que también ocurre habitualmente en la eutanasia, aunque no es necesario) y además está consciente en el momento de la administración del fármaco letal. En la práctica las dos acciones están ligadas, pues los defensores y detractores de una suelen rechazar también la otra. Algunos de los razonamientos que saldrán en este texto serán comunes a ambos, pero nos centraremos en el SMA.

En la actualidad (2023) el SMA es contemplado como delito punible en la mayoría de los países, mientras que está legalizado en Austria, Bélgica, Canadá, España, Luxemburgo, Nueva Zelanda, Países Bajos y Suiza, así como en algunos estados de Estados Unidos y Australia (Uda, 2022). Además, los Tribunales Constitucionales de Alemania, Colombia e Italia han emanado sentencias contra la penalización de esta práctica, pero hasta el momento los parlamentos no la han regulado.

La principal justificación para la legalización se basa en evitar el sufrimiento de quien lo solicita. En los países donde se ha legalizado o ha tenido lugar

un debate público, los casos que se han presentado —inicialmente extremos y con alta carga sentimental— han sido básicamente de dos tipos: personas que se enfrentan a una muerte segura en medio de gran sufrimiento físico o psíquico, o bien que padecen enfermedades muy incapacitantes pero que no presentan un pronóstico mortal a corto o medio plazo (por ejemplo, tetraplejia, esclerosis lateral amiotrófica o esclerosis múltiple). Como veremos más adelante, la casuística ha aumentado hasta incluir cualquier tipo de condición (enfermedades no mortales ni muy incapacitantes, trastornos mentales e incluso condiciones no patológicas en que el sujeto desea poner fin a su vida).

Para entender estas peticiones hay que considerar el progreso de la medicina en las últimas décadas (Insa, 2011, pp. 23-41). El desarrollo de nuevas terapias y técnicas ha permitido prolongar la vida en enfermedades que hace un siglo hubiesen llevado a la muerte en un breve periodo de tiempo; pero en muchos casos este prolongamiento se consigue a costa de una importante limitación de la calidad de vida, pérdida de autonomía, precariedad, etc. Este desarrollo sanitario ha acarreado un aumento exponencial del gasto sanitario que ha llegado a poner en peligro la sostenibilidad del sistema, por lo que no hay que ignorar los intereses económicos de limitar los cuidados médicos. Por último, la prioridad del principio de autonomía del paciente sobre el de beneficencia (Beuchamp y Childress, 2019, pp. 230-243) —este último acusado a menudo de paternalismo o de vitalismo— ha llevado al reconocimiento del derecho de toda persona a rechazar cualquier tratamiento que se le ofrezca, pero también ha justificado para muchos exigir cualquier tipo de tratamiento, incluida una medicina letal.

En definitiva, el SMA consistiría en que un enfermo (o alguien sano que no desea seguir viviendo) acude a un médico solicitándole una sustancia letal, y este se lo suministra. Una decisión de este tipo requiere garantías. En efecto, las legislaciones despenalizadoras suelen requerir que el solicitante tenga uso suficiente de razón (habitualmente mayoría de edad), exclusión de una enfermedad mental que nuble el juicio (depresión o psicosis), una exploración de los motivos para descartar que sean reversibles, un tiempo que asegure que la decisión es firme, una segunda opinión y un control externo que eviten errores y abusos, la presencia de un médico durante el suicidio, etc. Veremos más adelante que estas garantías tienden a ponerse en discusión poco después de la aprobación de las leyes.

Argumentos contra el suicidio médicamente asistido

El descubrimiento de Herbert Hendin

En 1997, el psiquiatra estadounidense Herbert Hendin (1926-2019) publicó el libro *Seduced by Death: Doctors, Patients, and Assisted Suicide* (Hendin, 2009), donde contaba el camino que le llevó desde una actitud discretamente abierta a la legalización SMA a una total oposición por considerar que se resiste a cualquier intento de regulación. Hendin había contribuido a organizar

The American Foundation for Suicide Prevention. En su práctica profesional había atendido a muchos enfermos graves y terminales, algunos de los cuales le habían manifestado el deseo de morir, y no estaba completamente cerrado a la posibilidad de acceder a sus demandas si fracasaba en su intento de ayudarles. Este hecho junto con la creciente presión mediática para legalizar el SMA le llevó a Holanda, que ya lo había despenalizado, con el fin de conocer de primera mano la experiencia en este país y aclarar sus ideas. Vale la pena leer su conclusión:

> Los holandeses estaban convencidos de que, cuanto más aprendiese yo, más persuadido acabaría de las excelencias de la práctica de la eutanasia en Holanda. Pero sucedió lo contrario. Cuanto más oía, cuanto más veía y más hablaba con los defensores de la eutanasia en Holanda, más impactado quedaba, no solo por el elevado número de lo que podríamos llamar "muertes equivocadas" sino también por su insistencia en defender lo que a todas luces resultaba indefendible. (Hendin, 2009, p. 35)

Esta experiencia se ha confirmado en otros países como Bélgica (Devos, 2020). En las siguientes páginas nos serviremos en gran parte de las conclusiones de Hendin, que siguen siendo actuales, aunque algunos de sus datos estén superados. Expondré sus conclusiones de modo sistemático completándolas con otras fuentes y con mi reflexión personal.

¿Es un verdadero derecho?

La expresión "derecho a morir" forma ya parte del lenguaje habitual, pero su sentido no está tan claro. Con estas palabras se indica en primer lugar la obligación que tiene todo sanitario de respetar el deseo de un paciente a rechazar un tratamiento que no considera adecuado para su condición. Hoy día nadie duda que, esté de acuerdo o no con esa decisión, el médico no puede intervenir sobre el paciente en contra de su voluntad, sino que debe acceder a la petición de este (o de sus representantes legales en caso de que no esté capacitado) de suspender o no iniciar una terapia. Lo contrario sería una invasión injustificada de su cuerpo.

Pero la expresión "derecho a morir" también se emplea para significar la voluntad de poner fin activamente a la vida de una persona con el fin de evitarle sufrimiento, lo que coincide con la definición de eutanasia que hemos tomado del Catecismo en el apartado anterior. Ahora bien, todo derecho tiene una contrapartida de deberes por parte de otras personas. El supuesto "derecho a morir" conllevaría la obligación por parte de otros (los médicos) de respetar ese derecho, que en función de cómo se haya entendido significaría una actitud pasiva (no tratar) o activa (darle muerte).

Conviene señalar la falacia que se oculta en el paso de uno a otro sentido. Cualquier persona tiene derecho a defender su corporalidad y a que el médico no intervenga sobre su cuerpo a pesar de que él (el médico) piense que

es clínicamente necesario o incluso éticamente obligatorio (para el paciente) someterse a esa terapia. No hay objeción de conciencia posible en esta omisión de cuidado porque aquí prima la autonomía del paciente. Pero esto no justifica que el médico deba administrar un tratamiento con el que no está de acuerdo (ya sea por motivos éticos o clínicos), pues esto implicaría una acción, concretamente la de ayudar a otro a suicidarse, de la que sí sería moralmente responsable.

Ningún médico por tanto puede considerarse obligado a facilitar la muerte a una persona por mucho que esta se lo requiera. Es más, éticamente debería resistirse a tal petición. En los siguientes epígrafes ofreceremos argumentos que sostienen esta última afirmación.

Va contra una tradición médica milenaria

El inicio de la Medicina tal y como la conocemos hoy parte de la figura, en parte histórica y sobre todo mítica, de Hipócrates, reconocido como padre de la Medicina. Originario de la isla griega de Cos, los pocos testimonios que tenemos sobre su vida nos permiten situarle en la segunda mitad del siglo V a.C. Su principal aportación no fue tanto la redacción de una obra enciclopédica que recogiese todo el saber hasta entonces conocido –de hecho, se calcula que el conjunto de los 53 libros que componen el llamado Corpus Hippocraticum fue escrito en el curso de unos seis siglos– sino el desarrollo de un método, una forma de concebir el quehacer médico (Laín Entralgo, 1981, pp. 59-110).

El texto más conocido de Hipócrates es el llamado *Juramento hipocrático*, que ha sido considerado durante siglos una síntesis de la deontología médica y desde el Renacimiento es repetido por promociones y promociones de médicos recién graduados (Miles, 2005). En relación con el tema que nos ocupa, uno de los compromisos dice: «Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo». Se constata que el debate que estamos estudiando es antiguo y que el padre de la Medicina y sus discípulos tenían claro cuál era el compromiso que tenían con sus pacientes y con la sociedad.

Nos llevaría muy lejos hacer un recorrido por la historia de la medicina, pero podemos poner en relación el texto programático de Hipócrates con la última declaración de la Asociación Médica Mundial (AMM) sobre la eutanasia y el suicidio con ayuda médica, adoptada por la 70ª Asamblea General, celebrada en Tiflis (Georgia):

La AMM reitera su fuerte compromiso con los principios de la ética médica y con que se debe mantener el máximo respeto por la vida humana. Por lo tanto, la AMM se opone firmemente a la eutanasia y al suicidio con ayuda médica.

Para fines de esta declaración, la eutanasia se define como el médico que administra deliberadamente una substancia letal o que realiza una intervención para causar la muerte de un paciente con capacidad de decisión por petición voluntaria de este. El suicidio con ayuda médica se refiere a los casos

en que, por petición voluntaria de un paciente con capacidad de decisión, el médico permite deliberadamente que un paciente ponga fin a su vida al prescribir o proporcionar substancias médicas cuya finalidad es causar la muerte.

Ningún médico debe ser obligado a participar en eutanasia o suicidio con ayuda médica, ni tampoco debe ser obligado a derivar un paciente con este objetivo.

Por separado, el médico que respeta el derecho básico del paciente a rechazar el tratamiento médico no actúa de manera contraria a la ética al renunciar o retener la atención no deseada, incluso si el respeto de dicho deseo resulta en la muerte del paciente (AMM, 2019).

Así es como el médico se ha entendido a sí mismo desde el origen de la cultura occidental, por lo que un intento de cambiar la práctica debería estar bien fundamentado. Por nuestra parte, tentaremos de fundamentar esta norma ética fundamental.

El paciente queda desprotegido

El SMA se presenta como una especie de obra de misericordia que permite morir con dignidad a alguien que está sufriendo insoportablemente. Pero ¿es verdaderamente así?

La apertura al SMA y a la eutanasia colisiona con el sentido de que la vida, toda vida, es valiosa independientemente la edad, productividad, salud, etc.; es un tesoro que ha de ser protegido y cuidado con medios razonables y proporcionados. La legalización de esta práctica tiende a invertir los términos y favorece que la vida sea vista como algo disponible, sujeto a cálculos de utilidad e incluso que haya que justificar la racionalidad de mantenerla:

> En un clima en el que el suicidio es la opción "racional", o al menos una opción "razonable", ¿no se presentará como irrazonable la opción de no cometerlo? ¿Y como noble la decisión de cometerlo? En una sociedad permisiva con el suicidio, llena de carencias de todo tipo y con una población creciente de personas "improductivas", ¿hasta qué punto es probable que un anciano o un enfermo se sienta alentado a ahorrarse a sí mismo y a su familia la agonía de un lento declive, aunque no se hubiera planteado el suicidio por sí mismo? (Kamisar, 1993, p. 39)

En otras palabras, la posibilidad de recurrir al SMA –y mucho más una alusión explícita o implícita a la posibilidad de recurrir a él– puede transmitir un mensaje al enfermo: "tal vez sobras en esta vida, ya has cumplido tu misión y en mi opinión no tiene sentido que continúes".

Cabría preguntarse además por el concepto de vida y muerte digna (Requena, 2021). Vivir con dignidad quiere decir tener una vida con sentido, y esto es compatible con situaciones de enfermedad y limitación física. Así lo demuestran los últimos años del actor Christopher Reeve (famoso por encarnar a Superman entre 1978 y 1987) y del físico Stephen Hawking –ninguno de los dos religiosos y ambos críticos con el catolicismo–, confinados durante

diez y cincuenta años respectivamente a una silla de ruedas, pero deseosos de seguir con vida y de llevar a cabo tareas en servicio de la sociedad. Tal vez la clave estuvo en que ambos contaron con personas que querían que viviesen, los amaron y los cuidaron. Son ejemplos de que se puede vivir la minusvalía con la máxima dignidad. Encontramos aquí otra de las claves: contar con un grupo de apoyo amplio (familia, amigos, sociedad) hace que situaciones objetivamente duras se hagan soportables. Por el contrario, la puerta abierta a la muerte puede interpretarse como un abandono.

De modo similar, es posible morir dignamente sufriendo dolores intensos, siempre que se muera acompañado de los seres queridos. Por el contrario, se puede morir de manera tan inhumana como indolora mediante el SMA elegido como salida de una situación de abandono. Desgraciadamente este ha sido el fin de muchas personas en las que no se calculó la dosis de la medicina letal y a las que hubo que poner fin de manera cruenta transformando el SMA en eutanasia (Hendin, 2009, pp. 60-75 y 297-298).

Retomamos aquí lo que ya dijimos anteriormente en relación con el suicidio en general: ¿qué mensaje quiere transmitir quien manifiesta su deseo de suicidarse: "no quiero vivir" o "no quiero vivir así"? Si se interpreta bien el así tal vez se podría ahorrar esa muerte porque se solucionará el verdadero problema. Sin duda, la soledad, la sensación de ser una carga, la pérdida de autonomía y otras muchas razones juegan un papel importante en las peticiones de suicidio. En cierto modo una persona que afirma que quiere morir puede necesitar que alguien le diga –y le demuestre con obras– que su vida tiene aún sentido, que aporta a los demás más de lo que requiere de ellos. En definitiva, que alguien afirme: "Tú no eres una carga, tu vida aún tiene sentido para mí". Por el contrario, una respuesta de tipo "no hay ningún problema, cumples con todos los requisitos y podemos proceder a tu petición en pocos días" le confirmará en su petición y su percepción de que la vida ya no tiene sentido y que está suponiendo una carga para la familia o la sociedad. Se sentirá por tanto invitado a buscar la muerte en base precisamente a un sentido de indignidad. Esta falta de apoyo puede verse potenciada por intereses creados por parte de médicos, familiares, seguros sanitarios, etc. Dichos intereses pueden ser de tipo económico, de limitación de tiempo, de presión asistencial, de escasez de camas hospitalarias, etc.

Hendin subraya tres colectivos especialmente desprotegidos ante la legalización del SMA (Hendin, 2009, pp. 240-243).

El primer grupo está constituido por las personas con minusvalías físicas o psíquicas y los enfermos crónicos, que son, según este autor, los más opuestos a la legalización. Las leyes de SMA provocan que la sociedad vea normal que una persona en estas condiciones solicite la muerte, pues la considera preferible a permanecer en una situación de dependencia física. Si estos sujetos comunican al médico eventuales pensamientos de muerte –por ejemplo, en un momento bajo de ánimo o de empeoramiento de salud– este puede pensar que ya han llegado a la fase normal, tomar en serio su decisión y acabar con su vida. El caso es aún más complicado cuando estos enfermos expresaron en

un pasado más o menos remoto su deseo de recibir la eutanasia si llegaban a determinadas condiciones de deterioro (inconciencia, demencia, etc.), pero la aplicación en el momento actual no garantiza que mantienen esa intención. En este caso no estaríamos ante un verdadero SMA sino ante una eutanasia.

En segundo lugar, estarían los enfermos terminales. Suele entenderse como tal quien sufre una patología que no tiene tratamiento específico curativo o con capacidad para retrasar la evolución, lo que conducirá previsiblemente a la muerte en un tiempo variable (generalmente inferior a seis meses). Cuando el SMA está aprobado, terminal quiere decir candidato a morir, y el paciente puede pedir esa muerte espontáneamente o bien sugerido o presionado por su entorno. De este modo una ley aprobada para proteger la autonomía se convierte en una coacción para obrar en un sentido determinado. En algunos países donde estas leyes han sido aprobadas se han invertido las tornas: hace unas décadas un enfermo grave tenía que llevar una pulsera para indicar el deseo de no recibir reanimación en caso de parada cardíaca; ahora tiene que llevarla para que no le apliquen la eutanasia.

Un tercer grupo lo representan los enfermos depresivos refractarios, que por un error diagnóstico pueden ver cumplida una petición de muerte realizada en un estado de ánimo patológicamente bajo que no ha sido adecuadamente tratado.

Las dos últimas categorías confluyen en la cuarta fase del luto descrita por la psiquiatra suizo-americana Elisabeth Kübler-Ross (Kübler-Ross, 1993): negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Según esta autora, los enfermos diagnosticados de enfermedad terminal pasan por una fase fisiológica de desesperanza, que tiene dos posibles manifestaciones.

Estaría por un lado la depresión reactiva, que se debe a la pérdida de la imagen corporal, autonomía y rol social y laboral, así como la imposibilidad de seguir atendiendo a la familia, la conciencia de los proyectos inacabados, los objetivos no alcanzados, la culpa por los errores pasados, etc. Es aquí donde suele aparecer la ideación suicida.

Una segunda afectación del estado de ánimo es la depresión preparatoria, debida a la conciencia de pérdida de la misma vida. A diferencia de la anterior se trata de una depresión silenciosa: no hay quejas ni lamentos porque es mucho más difícil verbalizar lo que se echa en falta. Según la psiquiatra suizo-americana, tiene una función propia: prepararse psicológicamente para la inminente muerte y abrir las puertas a la última fase, la aceptación.

Pues bien, sobre todo en la llamada depresión reactiva puede haber un error diagnóstico y en lugar de acompañar al enfermo hacia la fase de aceptación —que es precisamente lo que le permitirá morir con la mayor dignidad— se puede acceder precipitadamente a sus deseos y facilitarle la muerte… justo en la peor fase de su proceso de duelo.

En definitiva, una sociedad (traducida en médicos y familiares) donde la cultura del SMA y la eutanasia ha calado empujará solamente en un sentido, no habrá un "abogado del diablo" que haga al paciente cuestionarse su decisión, tenga en cuenta su natural ambivalencia ante la muerte y le ofrezca alter-

nativas. Incluso si el enfermo se plantea dar marcha atrás en su decisión puede encontrar difícil que se tomen en serio su nueva voluntad. Por el contrario, un médico empático y comprensivo que asegure al enfermo que le acompañará hasta el final aliviando su sufrimiento puede calmar su angustia y su deseo de morir.

Estas leyes afectan también negativamente a quienes desean seguir el curso de la enfermedad hasta el final natural, pues frenan el desarrollo de los cuidados paliativos. No es algo teórico o basado en la mala voluntad sino una cuestión práctica. Cuando el recurso a la muerte es tan fácil, deja de ser una prioridad invertir recursos humanos y económicos en acompañar a los que quieren seguir con vida (que, como hemos señalado, pueden ser vistos además como "irrazonables" por no resignarse a adelantar lo inevitable).

> La eutanasia, que se había propuesto como solución necesaria para unos pocos casos extremos, se había convertido en una manera casi rutinaria de tratar la ansiedad, la depresión y el dolor en pacientes graves o terminales. Lo que he visto después en Holanda y Estados Unidos me ha convencido de que hay que evitar la legalización de la eutanasia porque los cuidados paliativos se descuidarían y empeorarían. (Hendin, 2009, p. 293)

Según Hendin, los médicos especialistas en cuidados paliativos, los geriatras y los psiquiatras (es decir, precisamente quienes tratan a los enfermos que solicitan con más frecuencia estas prácticas) son los más opuestos a su legalización (Hendin, 2009, pp. 299-300).

Cambia el modo como el médico se ve a sí mismo

Se atribuye a Ambrosio Paré (1509-1590), médico de la corte francesa y padre de la cirugía moderna, la famosa frase (probablemente anterior a él): «el arte de la Medicina consiste en curar algunas veces, aliviar frecuentemente y consolar siempre» (De Groof 2002). Esta –y no provocar la muerte del paciente– ha sido la base de la profesión médica, como vimos al mencionar el *Juramento hipocrático*. De hecho, durante siglos los médicos no han participado en la ejecución de la pena capital, pues así se veía necesario para mantener la confianza de los pacientes. Con mayor razón se han negado a practicar la eutanasia y el SMA; simplemente no lo consideraban un acto médico: «el médico, para ser fiel a esa confianza, debe buscar la curación del enfermo, en vez de eliminar la necesidad de la curación por muerte del paciente» (Pellegrino, 1992, p. 33). La posibilidad de asumir esta nueva competencia requiere un cambio en la mentalidad del médico, no exento de consecuencias.

Quitar la vida de otra persona no es una acción indiferente, incluso cuando se considere justificado. Baste mencionar los problemas que sufren muchos militares o policías –o gente ordinaria en situaciones extremas– que se ven obligados a hacerlo. Hendin interpreta el alto nivel de activismo entre los médicos que practican la eutanasia como un modo de negar la culpabilidad que

sintieron la primera vez que la practicaron (Hendin, 2009, pp. 183-184). Esta necesidad de justificación moral sería aún más acuciante que en el aborto, pues aquí cabría el argumento –sin duda equivocado– de que el feto no es un ser humano, mientras que no cabe duda de que el enfermo sí lo es. Tampoco es comparable la participación del médico en el SMA con el hecho de no iniciar o suspender una terapia, pues en estos casos la enfermedad sigue su curso mientras que en aquellos el médico realiza positivamente una acción que no puede tener otro objetivo que causar directamente la muerte de su paciente.

Por otra parte, estas prácticas hacen que la muerte esté mucho más presente en la mente del médico, que difícilmente escapará a la pregunta de qué haría él en ese caso… o qué harían con él. Esto puede llevarle a proyectarse en el paciente, proponiéndole la muerte o disuadiéndole –basado en lo que él haría–, o bien excediéndose o limitando la terapia.

Por último, las leyes de SMA y eutanasia han provocado un problema de objeción de conciencia similar al producido por el aborto, acuciado cuando, para garantizar el acceso, las autoridades obligan a los objetores a derivar o facilitar una lista de colegas que sí accederán a la petición.

Cambia la relación médico-paciente

Como hemos visto, la legalización del SMA cambia tanto la situación del paciente como la autopercepción del médico. Esta realidad no puede dejar indiferente la relación entre ambos. Se puede formular este cambio con una pregunta que el médico puede ahora formular a su paciente: "¿prefieres que te quite el dolor o que te quite la vida?". En esta línea, el bioético norteamericano sintetizaba el debate sobre la legalización con esta pregunta: «¿quiere usted que su médico esté autorizado para matar?» (Kass, 1998, p. 297). Estos interrogantes pueden aliviar a algunos pacientes, pero sin duda causarán desconfianza en otros.

Al contrario de lo que podría parecer, estas leyes dan proporcionalmente mucho más poder al médico que al enfermo. Este siempre ha tenido acceso a la muerte, aunque fuese por su cuenta y con medios más cruentos, pero la autorización a provocar la muerte del paciente es algo inaudito en la historia de la medicina occidental. Como hemos visto, el médico tiene la posibilidad de promover (de modo más o menos explícito) la muerte de un paciente que es especialmente influenciable. Y, a la inversa, el médico sigue contando con el poder de no facilitarla (ya sea por convicciones morales o porque considera que el enfermo no cumple con los criterios legales). En consecuencia, el médico se considera el más apto para decidir quién debe vivir y quién debe morir, configurándose en señor de la vida y de la muerte del paciente.

Cuando la legalización ha entrado en la mentalidad general del colectivo médico (lo cual es una realidad en algunos países como Holanda y Bélgica) los pacientes que no quieren morir pueden encontrarse solos, ya que no encuentran apoyos para prolongar su vida. No es de extrañar que muchos mi-

nusválidos y enfermos graves, terminales o crónicos refieran que van al médico con miedo y (especialmente en ámbito hospitalario) con la prevención de medir sus palabras para evitar que una simple queja pueda ser interpretada como un deseo de morir. En estos casos el médico es visto como un potencial verdugo ante el que hay que protegerse.

Volviendo a la experiencia de Hendin en los Países Bajos,

> Si la experiencia holandesa ha de enseñarnos algo, es que la eutanasia nos trae lo peor de la medicina, en vez de traernos lo mejor. En nombre de una ficticia compasión por el paciente sigue oculto el papel decisivo de las necesidades y valores del médico. En lugar de una posibilidad más para el paciente, la eutanasia se convierte en una solución sencilla a miles de problemas. (Hendin, 2009, p. 278)

Las preguntas formuladas atrás solo pueden tener una respuesta: los médicos no deben matar, nunca.

Una práctica que se resiste a la regulación legal

> La experiencia holandesa indica que estas prácticas desafían cualquier intento de regulación. Una vez sancionada legalmente, la eutanasia, que originalmente se dirigía solo a casos excepcionales, se ha convertido en un modo aceptado de tratar las enfermedades graves o terminales en Holanda. […] Deberíamos aceptar ese reto y evitar cometer el mismo error que los holandeses. (Hendin, 2009, p. 165)

Desgraciadamente han sido pocos los países que han seguido la recomendación de Hendin, pero quería detenerme en la afirmación de que «estas prácticas desafían cualquier intento de regulación». ¿No es posible establecer un marco que respete la decisión de quienes desean poner fin a su vida y que a la vez respete a quienes rechazan esa posibilidad? Tal vez en teoría sí, pero en la práctica parece que no. Veamos por qué.

La experiencia es que los países que han aprobado la eutanasia comenzaron estableciendo un marco estrecho y este se ha ido progresivamente agrandando, sea por ampliaciones de los supuestos legales sea por la aplicación que han hecho los médicos.

Uno de los problemas del marco inicial es que establece límites que son en último extremo arbitrarios. Hay una sola decisión clara y coherente: el médico no puede facilitar o provocar la muerte de su paciente; una vez que se rompe este criterio todo lo demás es negociable.

Comencemos con los casos aceptados. El primero suele ser el de enfermo terminal, pero la determinación de quiénes entran en esta categoría no es tan sencilla, sobre todo en lo que respecta a la incapacidad de cualquier tratamiento para frenar la enfermedad y al pronóstico inferior a los seis meses.

Por otra parte, el rango de patologías que justificarían el recurso al SMA se ha ampliado notablemente. Una vez que se ha concedido un derecho a una

categoría de personas es difícil no ampliarlo a otras categorías relacionadas, pues cualquier límite parece arbitrario y es visto por los interesados como una discriminación. Así, en muchos países las categorías legitimadas han pasado a incluir a los enfermos crónicos (de lo contrario estarían condenados a sufrir durante más tiempo que los terminales), a los minusválidos y dementes, a los que sufren patología psíquica y no somática (pues el sufrimiento psíquico puede ser más incapacitante que el físico), y finalmente a los que no padecen ninguna enfermedad, pero desean poner fin a su vida (pues hay sufrimientos que no son debidos a una patología).

Es llamativo también que el marco legal no es defendido. Como en todas las leyes, hay infracciones, pero los infractores habitualmente no son castigados, ya sea ante una denuncia de abuso o ante la publicación del propio médico de que ha actuado en un caso no previsto. Entre las causas de esta omisión estaría el corporativismo médico (que habitualmente se resiste a perseguir a un colega), la falta de voluntad política (que lleva a que los fiscales no actúen de oficio) y la resistencia de los jueces a condenar a pesar de una infracción evidente. Este clima de impunidad facilita la desobediencia a la ley como modo de hacer presión, de modo que cada ampliación es vista simplemente como un espaldarazo para continuar en la misma línea hasta la despenalización total. Da la impresión de que las leyes no solo no contienen, sino que fomentan la práctica más allá de los límites establecidos.

Aparentemente se trata del efecto *pendiente resbaladiza* (Ortega, 2003; Keown, 2018), es decir, que una vez que una acción ha sido legalmente permitida para casos extremos y muy limitados, es de prever una extensión gradual a grupos cada vez más amplios. Añadiría, sin embargo, que en el caso que nos ocupa no se trata simplemente de que con el uso la ley "da de sí" como un vestido, sino que el deseo de una extensión de los supuestos está presente desde el mismo origen. En efecto, muchos de los promotores de esta ley —como también ocurre en las referidas al aborto o al gender— suelen tener en mente desde el principio una estrategia de ampliación progresiva que inicia con presentar casos extremos que sacuden la sensibilidad social y poco a poco se amplía la casuística en base a motivaciones que ya estaban incluidas desde el inicio. Se trataría de lo que podríamos llamar ley cuña: aquella que consigue introducirse con esfuerzo, pero una vez dentro va aumentando la brecha cada vez más. Lógicamente esta expectativa no estará presente en todos los promotores o sostenedores de la ley, algunos de los cuales pueden mostrarse asustados por el curso de los acontecimientos. Pero, repetimos, en el caso del SMA no se trata de una deriva indeseada de la ley, sino que la semilla de ese alargamiento estaba plantada ya desde el inicio.

Ya sea por pendiente resbaladiza o por ley cuña, podemos citar algunos ejemplos de derivas inicialmente no previstas o incluso negadas explícitamente por quienes pujaban por una apertura muy restringida. Sería el caso de la ampliación de la ley a menores (incluso sin consentimiento de los padres a partir de cierta edad), a personas incapaces (inconscientes o dementes) que no pueden solicitarlo pero manifestaron claramente en el pasado su deseo

(en cuyo caso nos encontraríamos ante una eutanasia aunque se aplique la legislación de SMA), a personas incapaces (dementes o inconscientes) que lo manifestaron de forma más o menos explícita pero no validable (es decir, sin una declaración formal), a personas que no lo solicitaron pero "lo hubiesen solicitado" si se les hubiese planteado la posibilidad (casos de eutanasia no voluntaria o involuntaria), y un largo etcétera, donde la voluntad del sujeto es cada vez más dudosa.

Otra garantía que ha acabado por omitirse en muchos países es la necesidad de una valoración psicológica previa. Se argumenta que esa valoración resulta paternalista, moralista y ofensiva para el solicitante, pues supondría patologizar una decisión que puede ser tomada de modo racional. Ya dijimos al inicio de este estudio que puede ser así, añadiendo que no parece ser el caso más frecuente. En vista de la irreversibilidad de la decisión y estando en juego la vida de una persona, no parece excesivo que las autoridades garanticen que la decisión es tomada de forma consciente y no es fruto de una depresión o de un periodo de angustia reversible, como podría ser después del shock de recibir el diagnóstico o ante un problema resoluble. En consecuencia, el suicidio se concede en muchos casos de manera automática, sin una invitación a recapacitar, sin valorar la capacidad decisional, sin explorar posibles patologías psiquiátricas subyacentes o miedos no explicitados, sin detenerse a ofrecer alternativas.

Los defensores de quitar estas garantías asumen la posibilidad de errores de valoración, pero suelen añadir que ese error beneficiaría precisamente al paciente, pues, aunque no hubiese deseado la muerte obtendría en todo caso la liberación del dolor y el sufrimiento, y en el caso de los enfermos terminales la muerte hubiese ocurrido en todo caso en un breve plazo.

Conviene tener en cuenta por último el carácter pedagógico de las leyes (Cardona, 1980), es decir la conciencia social de que si una acción está legalmente permitida será éticamente lícita. De este modo la sensibilidad cambia –y en tiempos más breves de lo que a primera vista se pensaría– después de la aprobación de una ley, de manera que el rechazo y el debate iniciales se van progresivamente apagando. La sociedad en su conjunto –y los médicos de manera particular– asumen que una vez alcanzado un punto de la enfermedad lo lógico es provocar cuanto antes la muerte.

En resumen, cuando se abre la puerta al SMA no es posible poner límites porque la generalización está ya sembrada. Una vez que se rompe el dique no solo no se puede contener el agua, sino que esta tiende a aumentar la brecha. Se produce lo que Juan Pablo II llamó «una cultura de la muerte» (Juan Pablo II, 2005) en la que la sociedad no cuestiona la decisión de provocarse la muerte, sino que la facilita, cuando no la promueve. Pero esto deja desprotegidos al propio enfermo, a otros que desean prolongar su vida hasta la muerte natural y a toda la sociedad. Las leyes de SMA responden sin duda a un problema, pero a costa de provocar otro mucho mayor.

> Los defensores de la eutanasia han sido seducidos por la muerte. Han llegado a ver el suicidio como una cura, como una manera de hacerse

> con el poder que tiene la muerte sobre toda capacidad humana de control. Han desviado lo que podría haber sido un esfuerzo constructivo para dirigir la última fase de la vida hacia formas más variadas e individualistas en una ruta peligrosa hacia ninguna parte. No es este el tipo de actitud en que deben basarse las reglas de la compasión social en una nación. Estas reglas deben basarse en una preocupación mayor y más positiva por los enfermos terminales. Deben reflejar una determinación creciente de aliviar el dolor físico, de descubrir la naturaleza de sus miedos y de reducir el sufrimiento reafirmando la importancia de la vida que se ha vivido y que todavía continúa. (Hendin, 2009, p. 291)

Qué puede hacer el médico en su práctica habitual

De la medicalización a la humanización de la muerte

La eutanasia no ofrece morir con dignidad, simplemente anticipa el momento de la muerte. Lo que ayuda a morir mejor es un adecuado apoyo familiar y social, una atención médica competente y un equipo asistencial empático que se preocupe por el paciente en cuanto persona y no solo en cuanto enfermo. Teniendo en cuenta los objetivos de este libro me centraré en los dos últimos factores.

Una de las consecuencias de la medicalización de la medicina es que la muerte ha pasado a ser vista como un fracaso de esta, ante la cual el médico se retira porque no tiene nada más que hacer. Por el contrario, aquí empieza una función —que no llamaría nueva porque debería estar presente desde el principio— que consiste en aliviar al enfermo y acompañarse hasta el fin natural de la enfermedad.

La muerte es parte de la vida, una parte inevitable, y no el simple producto de una enfermedad que no puede ser prevenida o curada. Hace falta una formación de los médicos que les haga sensibles a las problemáticas de sus pacientes, lo que incluye afrontar cuestiones como la muerte que afectan en primera persona. Esta fue la experiencia de Elisabeth Kübler-Ross, cuya descripción de las fases del duelo (Kübler-Ross, 1993) fue fruto de acompañar a pie de cama a unos doscientos enfermos (a lo largo de su carrera llegaría a acompañar a miles) desde el diagnóstico hasta la muerte, invitada por médicos que se retiraban porque "no tenían más que hacer".

Es fundamental desarrollar en todos los médicos, pero especialmente en aquellos más cercanos a la muerte como los oncólogos y los geriatras, habilidades de comunicación con el enfermo, el desahuciado y el moribundo, así como con sus familiares. Hay que saber comunicar el diagnóstico, hablar de la muerte, ofrecer alternativas terapéuticas que disminuirán el sufrimiento, etc.

Este diálogo requiere además tiempo, lo que no es posible si los horarios de los profesionales están sobrecargados de labor asistencial. No se trata simplemente de prevenir el suicidio sino de proporcionar una atención de

calidad en que el enfermo se sienta tan bien atendido que la muerte se vea —como sería de desear— el inevitable fin de una vida gozosamente vivida en compañía de personas que le aprecian.

Se requiere por parte de los médicos (incluidos los psiquiatras) una formación que les permita reconocer la depresión, tratarla convenientemente, explorar la ideación suicida (sin paralizarse cuando el paciente pide morir) y descubrir qué puede haber detrás. Como hemos dicho reiteradamente, lo que habitualmente buscan los pacientes no es morir sino dejar de sufrir, y el sufrimiento que puede desbordar a cada persona es muy distinto. Asimismo, hay que conocer los miedos del enfermo (a la soledad, al dolor, a ser dependiente, a los costos económicos) y abordarlos con él. Con frecuencia el mero hecho de exponerlos baja la angustia y le permite constatar que muchos de ellos son irrazonables. Sería el caso del miedo al dolor, que frecuentemente es antecedente y se calma cuando se le hablan de las opciones terapéuticas, incluida la sedación terminal si el sufrimiento excede su capacidad de resistirlo.

Otro campo para desarrollar es el de los cuidados paliativos (Requena, 2021), que permite un abordaje integral del enfermo terminal que abarca desde el manejo del dolor hasta los aspectos psicológicos, y supone además un ahorro respecto al tratamiento hospitalario. Como se dijo anteriormente, las leyes de SMA suponen un freno a esta especialidad médica al dejar a mano una solución rápida y aún más económica. Se trata de una de las conclusiones de Hendin:

> Nuestro éxito en proporcionar cuidados paliativos a los enfermos terminales hará mucho por la conservación de nuestra humanidad social. Si no ofrecemos ese tipo de cuidados, la legalización del suicidio asistido y la eutanasia se convertirá en una respuesta simplista al problema de la muerte. (Hendin, 2009, p. 290)

Por desgracia muchos de estos conocimientos y habilidades faltan o son escasos en los programas de muchas Facultades de Medicina, que invierten sobre todo en los aspectos técnicos. Sin duda es aquí donde comienza la tarea.

Doctor, no haga todo lo que pueda

«Nuestro conocimiento de cómo prolongar la vida ha superado nuestra sabiduría de saber cuándo aplicar ese conocimiento» (Dunlop, 1996, p. 34). El desarrollo tecnológico ha puesto a disposición del médico un enorme arsenal terapéutico que ha supuesto un gran beneficio para innumerables pacientes. Las Facultades de Medicina enseñan las indicaciones de cada uno de esos instrumentos, pero tal vez se requiere mayor formación de la virtud que ayuda a dar con la solución justa a cada caso y a saber cómo ponerla en práctica: la virtud de la prudencia (Requena Meana, 2017).

Los médicos reciben una intensa formación sobre cómo y cuándo tratar, pero da la impresión de que no está suficientemente contrabalanceada con la

formación sobre cuándo parar. El resultado es que, con frecuencia, se insiste en las terapias más allá de lo razonable, lo que lleva a una prolongación de la vida en condiciones cada vez peores que llevan a desear la muerte como una liberación. Es lo que se conoce como "ensañamiento terapéutico", una expresión que no parece adecuada porque sugiere una crueldad que está muy lejos de la intención del médico. Pienso que define mucho mejor la situación la expresión anglosajona *overzealous treatment*, que podríamos traducir como obstinación terapéutica, entendida como el intento de seguir luchando hasta el final incluso en situaciones donde lo más adecuado sería dejar de lado las terapias agresivas encaminadas a la curación y centrarse en la paliación de síntomas y en el acompañamiento en el morir.

No es necesario hacer todo lo posible por conservar la vida, ni se puede equiparar la suspensión o la no iniciación de una terapia con la eutanasia. Por el contrario, la limitación del esfuerzo terapéutico ha estado presente en la práctica médica desde su origen. Ya el *Juramento hipocrático* recordaba la obligación de «negarse a tratar a los que están ya vencidos por la enfermedad» (Hipócrates, 2000, p. 461). Se trata de una concreción del aforismo clásico primum non nocere, del que el principio de no-maleficencia (Beuchamp y Childress, 2019, pp. 155-216) supone una expresión moderna. Se trata de una manifestación de buena praxis y de un tratamiento adecuado desde el punto de vista clínico y humano.

La bioética ha facilitado a los médicos conceptos que pueden ayudarles en la toma de decisiones ante un paciente concreto, entre los que podemos señalar el "principio de adecuación ética sobre el uso de los medios de conservación de la vida" (Calipari, 2006) y la futilidad médica (Insa, 2011). A estos se pueden añadir el concepto clásico de la moral cristiana de tratamiento ordinario/extraordinario y el más reciente de proporcionado/desproporcionado (Insa, 2011, pp. 91-126).

Enlazando con el apartado anterior, en la toma de decisiones el médico ha de contar con el deseo del paciente. No raramente este le sorprenderá diciendo que está satisfecho y agradecido con el tratamiento recibido y se encuentra preparado para afrontar la muerte, por lo que le realizará una petición que se podría formular así: "Doctor, no haga todo lo posible" (Requena Meana, 2017).

Dar al paciente control sobre su enfermedad

Algunos autores distinguen entre la sensación que genera un mal concreto y determinado, que sería el miedo, y la que se produce un mal abstracto e impreciso, que sería la ansiedad. La muerte tiene algo de indeterminación, incluso para las personas creyentes, y puede por tanto generar gran ansiedad que puede derivar en angustia. Todo lo que disminuya la incertidumbre le disminuirá la ansiedad y mejorará su bienestar físico y psíquico.

Un modo de hacerlo es informar al paciente sobre el diagnóstico, el pronóstico y las alternativas terapéuticas, de modo que pueda prever —en la me-

dida de lo posible— el curso de la enfermedad. Además de hacerle partícipe en la elección o suspensión de las terapias, esto incluye adelantarse a los miedos y preocupaciones del paciente, por ejemplo: en lo referente a la analgesia. Cuando un paciente sabe que no le dejarán morir entre dolores insufribles su ansiedad baja notablemente, hasta el punto de necesitar menos analgesia. Hendin sostiene que este mecanismo es el que hace que un enfermo al que se le concede el SMA mejore su estado de ansiedad: ha recuperado el control sobre su vida y el futuro ha dejado de ser incierto para él (y quizá también ha disminuido la presión sobre su persona).

Más allá de la mera información interesa hacer al paciente partícipe de las decisiones, no simplemente porque está en su derecho sino porque además es psicológicamente sano, pues reduce la indefensión aprendida (Seligman, 1992) y da sensación de control sobre la enfermedad. Es experiencia común en medicina paliativa que el consumo de analgésicos disminuye cuando en lugar de prescribir una pauta fija se indica al paciente que regule la dosis él mismo en función de la intensidad del dolor. Parece que la sensación de control disminuye o hace más soportable el dolor físico y el sufrimiento psicológico.

Hacia una cultura de la vida

Comenzamos este capítulo desde una perspectiva cristiana y querría volver a ella para concluir, porque aporta respuestas a muchos de los interrogantes que hemos abordado en estas páginas. No me refiero a las enseñanzas morales entendidas como un código de obligaciones y prohibiciones que los creyentes deben cumplir (mientras que los no creyentes no se sienten aludidos), sino del profundo conocimiento del hombre que el cristianismo ha recibido por revelación divina:

> El misterio del hombre solo se esclarece en el misterio del Verbo encarnado. […] Cristo, el nuevo Adán, en la misma revelación del misterio del Padre y de su amor, manifiesta plenamente el hombre al propio hombre y le descubre la sublimidad de su vocación. Nada extraño, pues, que todas las verdades hasta aquí expuestas encuentren en Cristo su fuente y su corona. (Concilio Vaticano II, 1965, n. 22)

Esta revelación alcanza un punto culminante en la muerte de Cristo, que ilumina también el misterio de la muerte humana:

> Mientras toda imaginación fracasa ante la muerte, la Iglesia, aleccionada por la Revelación divina, afirma que el hombre ha sido creado por Dios para un destino feliz situado más allá de las fronteras de la miseria terrestre. La fe cristiana enseña que la muerte corporal, que entró en la historia a consecuencia del pecado, será vencida cuando el omnipotente y misericordioso Salvador restituya al hombre en la salvación perdida por el pecado. Dios ha llamado y llama al hombre a adherirse a Él con la total plenitud de su ser en la perpetua comunión de la incorruptible

> vida divina. Ha sido Cristo resucitado el que ha ganado esta victoria para el hombre, liberándolo de la muerte con su propia muerte. Para todo hombre que reflexione, la fe, apoyada en sólidos argumentos, responde satisfactoriamente al interrogante angustioso sobre el destino futuro del hombre. (Concilio Vaticano II, 1965, n. 18)

En su encíclica Evangelium vitae, Juan Pablo II animaba a los cristianos y a todos los hombres de buena voluntad a considerar el carácter inviolable de la vida humana y a difundir el Evangelio de la vida,

> que se pueden resumir así: la vida humana, don precioso de Dios, es sagrada e inviolable, y por esto, en particular, son absolutamente inaceptables el aborto procurado y la eutanasia; la vida del hombre no solo no debe ser suprimida, sino que debe ser protegida con todo cuidado amoroso; la vida encuentra su sentido en el amor recibido y dado, en cuyo horizonte hallan su plena verdad la sexualidad y la procreación humana; en este amor incluso el sufrimiento y la muerte tienen un sentido y, aun permaneciendo el misterio que los envuelve, pueden llegar a ser acontecimientos de salvación; el respeto de la vida exige que la ciencia y la técnica estén siempre ordenadas al hombre y a su desarrollo integral; toda la sociedad debe respetar, defender y promover la dignidad de cada persona humana, en todo momento y condición de su vida. (Juan Pablo II, 1995, n. 81)

Esta tarea es especialmente apremiante en las últimas fases de la vida:

> Cuando la existencia terrena llega a su fin, de nuevo la caridad encuentra los medios más oportunos para que los ancianos, especialmente si no son autosuficientes, y los llamados enfermos terminales puedan gozar de una asistencia verdaderamente humana y recibir cuidados adecuados a sus exigencias, en particular a su angustia y soledad. En estos casos es insustituible el papel de las familias; pero pueden encontrar gran ayuda en las estructuras sociales de asistencia y, si es necesario, recurriendo a los cuidados paliativos, utilizando los adecuados servicios sanitarios y sociales, presentes tanto en los centros de hospitalización y tratamiento públicos como a domicilio.
>
> En particular, se debe revisar la función de los hospitales, de las clínicas y de las casas de salud: su verdadera identidad no es solo la de estructuras en las que se atiende a los enfermos y moribundos, sino ante todo la de ambientes en los que el sufrimiento, el dolor y la muerte son considerados e interpretados en su significado humano y específicamente cristiano. De modo especial esta identidad debe ser clara y eficaz en los institutos regidos por religiosos o relacionados de alguna manera con la Iglesia. (Juan Pablo II, 1995, n. 88).

La fe cristiana, basada en un Dios que es amor (1 Jn 4,8) hasta el punto de haberse hecho hombre por amor a nosotros, da sentido al sufrimiento y

puede ser el mejor bálsamo que conduzca a una auténtica muerte dulce (Insa 2021, pp. 159-173).

Conclusiones

El suicidio ha sido visto desde tiempos inmemoriales como un mal que la sociedad tiene que prevenir. En tiempos recientes nos hemos encontrado con algunos casos en que paradójicamente se defiende y exalta como un derecho, hasta el punto de reivindicar de la profesión médica los medios para llevarlo a cabo.

En estas páginas hemos tratado de ilustrar que el suicidio médicamente asistido ha estado considerado desde el principio como algo opuesto al quehacer médico y a la ética profesional, supone una falsa respuesta a las auténticas necesidades de muchas de las personas que lo solicitan, deja desprotegidos a muchos que no lo quieren recibir, cambia el concepto que el médico tiene de sí mismo y su relación con el paciente, y por último se resiste a una regulación legal.

La visión cristiana del hombre da un fundamento sólido a su dignidad, basada en estar creado a imagen y semejanza de Dios. Tras la Encarnación del Verbo, la vida de Cristo ilumina el sentido de la enfermedad, el dolor y la muerte y puede confortar a la persona que sufre, acompañándola hacia una muerte digna.

Referencias

Asociación Médica Mundial (octubre 2019). *Declaración de la AMM sobre la eutanasia y suicidio con ayuda médica*. https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-sobre-la-eutanasia-y-suicidio-con-ayuda-medica.

Beauchamp, T. L. y Childress, J. F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics* (8ª edición). Oxford University Press.

Brody, B. A. (1989). *Suicide and euthanasia. Historical and contemporary themes*. Kluwer Academic Publishers.

Cardona, C. (1980). ¿Por qué es natural la ley natural? *Persona y derecho*, (7), 255-268.

Catecismo de la Iglesia Católica (1992). Asociación de Editores del Catecismo.

Concilio Vaticano II (1965). *Constitución Pastoral Gaudium et spes*.

De Groof, A. P. N. A. (2002). 'La médecine c'est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours'; zoektocht naar de oorsprong van een aforisme. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, *51*(146), 2494-2498.

Devos, T. (Ed.) (2020). *Eutanasia. Lo que el decorado esconde. Reflexiones y experiencias de profesionales de la salud*. Sígueme.

Dunlop, J. T. (1996). Death and dying. En J. F. Kilner, A. B. Miller y E.D. Pellegrino (Eds.), *Dignity and dying. A Christian appraisal*, Paternoster Press.

García-Martín, A. F. et al. (2020). Utilidad del análisis de clasificación en la tipología del intento de suicidio en una población hospitalaria. *Revista española de salud pública* (94) e202009098. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202009098.pdf.

Hecht, J. M. (2013). *Stay. A history of suicide and the philosophies against it*. Yale University Press.

Hendin, H. (2009). *Seducidos por la muerte. Médicos, pacientes y suicidio asistido*. Planeta.

Herrera, R.; Ures, M.B. y Martínez, J. J. (2015). El tratamiento del suicidio en la prensa española: ¿efecto Werther o efecto Papageno? *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *35*(125), 123-134. https://doi: 10.4321/S0211-57352015000100009.

Hipócrates (2000). L'arte. En M. Vegetti (Ed.), *Opere di Ippocrate*, Unione Tipografica-editrice Torinese.

Holman, M. S. y Williams, M. N. (2020). Suicide Risk and Protective Factors: A Network Approach. *Archives of Suicide Research*, *1*(26), 137-154. https://doi:10.1080/13811118.2020.1774454.

Insa Gómez, F. J. (2011). *El debate sobre la futilidad médica. Aportaciones de la moral cristiana*. Edusc. http://www.bioeticaweb.com/wp-content/uploads/2016/03/El-debate-sobre-la-futilidad-me%CC%81dica.pdf.

Insa Gómez, F. J. (2021). *Con todo tu corazón, con toda tu alma, con toda tu mente. Formar la afectividad en clave cristiana*. Palabra.

Insa Gómez, F. J. (2022). Dimensión espiritual de la persona. Implicaciones existenciales y en la salud mental. En F. J. Cabanyes Truffino (Ed.), Frágiles. *Desafíos en la salud mental y social* (pp. 105-117). Rialp.

Instituto Nacional de Estadística (19 de diciembre de 2022). *Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre 2022 (datos provisionales)*. https://www.ine.es/prensa/edcm_2021.pdf.

Juan Pablo II (1995). *Carta encíclica Evangelium vitae*.

Kamisar, Y. (1993). *Are Laws against Assisted Suicide Unconstitutional? Hastings Center Report*, *3*(23), 32-41.

Kass, L. R. (1998). Why Doctors Must not Kill? En M. M. Uhlmann (Ed.), *Last rights? Assisted suicide and euthanasia debated*. Ethics and Public Policy Center.

Keown, J. (2018). *Euthanasia, ethics and public policy. An argument against legalization* (2ª edición). Cambridge University Press.

Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre la muerte y los moribundos*. Grijalbo.

Laín Entralgo, P. (1981). *Historia de la medicina*. Salvat.

Lawrence, R. E.; Oquendo, M. A. y Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, *1*(20), 1-21. http://doi: 10.1080/13811118.2015.1004494.

M. Calipari (2006). *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico. Etica dell'uso dei mezzi terapeutici e di sostegno vitale*. San Paolo.

McFarland D. C. et. al (2019). Suicide in Patients With Cancer: Identifying the Risk Factors, *Oncology (Williston Park)*, *6*(33), 221-226.

Miles, S. H (2005). *The Hippocratic Oath and the ethics of medicine.* Oxford University Press.

Ministerio de Justicia (2023). *Código Penal y legislación complementaria*. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/codigos/abrir_pdf.php?fich=038_Codigo_Penal_y_legislacion_complementaria.pdf.

Nowers, M. y Gunnell, D. (1996). Suicide from the Clifton Suspension Bridge in England. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *1*(50), 30-32. https://doi.org/10.1136/jech.50.1.30.

Organización Mundial de la Salud (2017). *Preventing suicide: a resource for media professionals. Update 2017*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258814/WHO-MSD-MER-17.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643.

Ortega, I. (2003). La «pendiente resbaladiza» en la eutanasia: ¿ilusión o realidad? *Annales theologici 1*(17), 77-124

Pellegrino, E. (1992). Doctors Must not Kill. En R. I. Risbin (Ed.), *Euthanasia. The Good of the Patient. The Good of Society.* University Publishing Book.

Requena Meana, P. (2017). *¡Doctor, no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica*. Comares.

Requena Meana, P. (2021). *La buena muerte. Dignidad humana, cuidados paliativos y eutanasia*. Sígueme.

Seligman, M. E. P. (1992). *Helplessness. On Depression, Development, and Death*. W. H. Freeman.

Stickley, T. y Bassett, T. (2008). *Learning About Mental Health Practice*. John Wiley & Sons.

Tintinalli, J. et al. (2010). *Tintinalli's Emergency Medicine: A Comprehensive Study Guide* (7ª edición). McGraw Hill Professional.

Tomás de Aquino (1956). *Suma de Teología* (Vol. 8). Biblioteca de Autores Cristianos.

Uda, K. (11 septiembre 2022). *Qué países han decidido legalizar el suicidio asistido (además de Suiza)*. Swissinfo. https://www.swissinfo.ch/spa/sociedad/qu%C3%A9-pa%C3%ADses-han-decidido-legalizar-el-suicidio-asistido--adem%C3%A1s-de-suiza-/47781568.

Zalar, B. et al. (2018). Suicide and suicide attempt descriptors by multimethod approach. *Psychiatria Danubina 3*(30), 317-322. https://doi.org/10.24869/psyd.2018.317.

Índice

PRESENTACIÓN. Carlos Chiclana Actis 15

EL CRISTIANISMO COMO FUENTE DE SALUD MENTAL. Javier Aguirreamalloa 17

ANTROPOLOGÍA Y PSICOTERAPIA. Aquilino Polaino-Lorente 31

ANTROPOLOGÍA PARA PSICOTERAPEUTAS: ENRIQUECE TU TRABAJO Y DISFRÚTALO MÁS. Marta Díaz Durán 45

LA POTENCIA DEL AMOR. Jesús Silva 57

¿CÓMO INCLUIR LA DIMENSIÓN ESPIRITUAL EN LA PSICOTERAPIA? Maribel Rodríguez 65

ES EL CEREBRO RELIGIOSO ¿CIENCIA O CREENCIA? María Inés López-Ibor Alcocer 81

DIFICULTADES METAFÍSICAS DE LAS GRANDES RELIGIONES. Carlos Blanco 93

EL PROBLEMA CULTURAL DEL RELATIVISMO. José María Barrio Maestre 117

LOS DESAFÍOS DE "TOMAR ELECCIONES" EN LA VIDA: EL ROL DE LA AFECTIVIDAD. Dr. Paolo Pellegrino 129

LA CRISIS DEL DESEO: DEL AMOR LÍQUIDO A LA FIDELIDAD. Dr. Paolo Pellegrino y Horacio Lamela 133

EL MATRIMONIO COMO FUENTE DE SALUD MENTAL. Lucía Pérez Forriol 139

PERSONA EN MASCULINO Y FEMENINO. María Caballero Wangüemert 143

MUJERES Y MATERNIDAD. LA URGENCIA DEL AMOR. DE LA MADRE PERFECTA A LA RENUNCIA A LA MATERNIDAD. María Calvo Charro.....155

DEL PATRIARCADO Y EL PATERNALISMO A LA PATERNIDAD. Carlos Chiclana Actis.....175

ARREPENTIMIENTO, VENGANZA Y PERDÓN SEGÚN L. POLO. Juan Fernando Sellés 183

EL VALOR TERAPÉUTICO DEL PERDÓN. Inés Serrano Fernández.....199

EL PODER CURATIVO DEL PERDÓN. Javier Schlatter.....219

LA ACEPTACIÓN. Pablo d´Ors 229

VIVIR Y ACOMPAÑAR EL DUELO. José Carlos Bermejo Higuera 235

NOCHE OSCURA, CRISIS Y DEPRESIÓN. Maribel Rodríguez 255

ENTENDER Y ACOMPAÑAR LA SUPERACIÓN DE LA CULPABILIDAD EN LAS VICTIMAS DE ABUSOS. Luis Alfonso Zamorano, Fmvd.....279

VIDA Y PRÁCTICA ESPIRITUAL DE UN PERFECCIONISTA. Manuel Álvarez Romero.....301

ACCIÓN DEMONIACA Y BIENESTAR FÍSICO, MENTAL Y SOCIAL DEL HOMBRE. Antonio José Die López 325

SALUD MENTAL Y ACCIÓN DEMONÍACA EXTRAORDINARIA – ¿PUEDE HABER POSESIONES EN EL SIGLO XXI? Héctor de Ezcurra y Verónica Graciela Fernández.....339

EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO: ¿DERECHO O DESPROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS?. Francisco Insa Gómez 355

ARTE: SUFRIMIENTO Y SALVACIÓN EN LA SÂLPETRIÈRE Javier Viver.....383