

CREENCIAS RELIGIOSAS CRISTIANAS Y SUICIDIO ASISTIDO

Influencia de las Creencias Religiosas Cristianas en la Decisión de Realizar Suicidio Asistido al

Final de la Vida: una revisión de literatura

Trabajo de grado para optar al título de psicología

Ruth Vanessa Cortés Rodríguez¹

Autora

Ximena Palacios Espinosa

Directora

Mayo de 2014

Programa de Psicología

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Universidad del Rosario

¹ Nota de autor: Esta investigación se realizó como resultado de la participación en el semillero de investigación sobre Psicooncología y Cuidado Paliativo del Programa de Psicología de la Universidad del Rosario. Envío de correspondencia a: cortesr.ruth@urosario.edu.co

**Universidad del Rosario
Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud
Programa de Psicología**

Acta de Aprobación del trabajo de grado

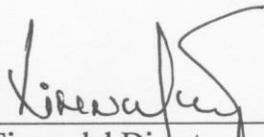
Los aquí firmantes certificamos que el trabajo de grado elaborado por: **Ruth Vanessa Cortes Rodríguez**

Titulado: Influencia de las Creencias Religiosas Cristianas en la Decisión de Realizar Suicidio Asistido al Final de la Vida

Cumple con los estándares de calidad exigidos por el programa de psicología para la aprobación del mismo.

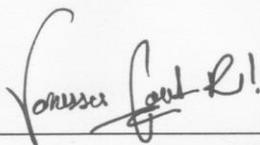
Esta acta se firma a los 21 días del mes de Mayo de 2014

Comité de trabajo de grado:


Firma del Director

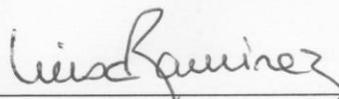
21-05-2014.

Fecha


Firma del Estudiante

21-05-2014

Fecha


Firma del Coordinador de T.G.

21-05-2014

Fecha

Tabla de contenido

Introducción	1
Justificación.....	4
Objetivos	6
General.....	6
Específicos.....	6
Metodología	7
Antecedentes históricos y fundamentos del suicidio asistido	8
<i>Suicidio asistido como concepto.....</i>	8
<i>Antecedentes históricos del suicidio asistido</i>	16
Situación actual del suicidio asistido	20
<i>Panorama epidemiológico actual de las enfermedades crónicas y terminales.....</i>	20
<i>El suicidio asistido en el mundo</i>	22
<i>El suicidio asistido en Latinoamérica y en Colombia.....</i>	29
Creencias religiosas y suicidio asistido.....	35
<i>Creencias religiosas sobre la vida y la muerte</i>	35
<i>Creencias religiosas y suicidio asistido al final de la vida</i>	40
Discusión.....	64
Conclusiones	70
Referencias	74

Resumen

El suicidio asistido como una posible opción al final de la vida, es una idea que hasta ahora está siendo considerada, ya que existen argumentaciones a favor y en contra que han generado controvertidos debates a su alrededor. Algunos de los argumentos en contra están basados en los principios de las instituciones religiosas de orden cristiano, las cuales defienden el valor sagrado de la vida de las personas y la aceptación del sufrimiento como un acto de amor profundo y sumisión a los mandatos de Dios, el creador. Mientras del lado contrario, se encuentran quienes defienden el procedimiento, impulsando la autonomía y la autodeterminación que cada persona tiene sobre su vida. La revisión de la literatura realizada no sólo permite ampliar los argumentos de estas dos posiciones, sino que también permite conocer la historia del suicidio asistido, la posición que este procedimiento tiene en diferentes países del mundo, incluyendo a Colombia, y finalmente se presentan las contribuciones de la psicología entorno al procedimiento en discusión.

Palabras clave: Suicidio asistido, creencias religiosas, toma de decisiones al final de la vida, sufrimiento y religión cristiana.

Abstract

Assisted suicide as an option at the end of one's life up until now is an idea that is being considered, now that there are arguments for and against that has generated controversial debates in the matter. Some arguments against, are based on the religious principles of Christianity, which defend the sacred value of an individual's life, and the acceptance of suffering as an act of deep love and submission to the commands of God, the creator. On the other hand, there are those who defend the proceedings, encouraging autonomy and self-determination that each person has on their own life. The review of the literature not only broadens both arguments stated in each of these two positions, but also reveals the history of assisted suicide, and the belief that this procedure holds in different countries, including Colombia, and finally, there are the psychological contributions are presented in regards to the procedure under discussion.

Key words: Assisted suicide, religious beliefs, end-of-life decision-making, suffering and Christianity.

Introducción

La vida como una pertenencia se ha venido discutiendo a través de los tiempos, ya que por un lado están quienes consideran que es el hombre el dueño absoluto de su propia vida y que por ende puede determinar según la situación en la que se encuentre, el momento en el que debe darle fin a la misma (Sharma, 2009; *Compassion in Dying v. Washington*², 1996, citado en Zimbelman, 1999). Argumento refutado por quienes creen que el único dueño de la vida del hombre es quien la hizo posible, es decir Dios. Él, como creador, tiene derecho sobre esta, determinando el momento exacto en el que se le debe poner fin; este argumento está influenciado por algunas religiones que buscan que sus ideales sean respetados y cumplidos fielmente por sus seguidores, como por ejemplo la religión Cristiana Católica, la Cristiana Protestante, el Judaísmo, entre otras (Cardenal Caffarra, 2008; Burdette, Hill y Moulton, 2005; Tarkki, 2004; Mavroforou y Michalodimitrakis, 2001; Donovan, 1997).

Un debate se desata entonces cuando el hombre se ve enfrentado a situaciones que no esperaba, y algunas de las opciones que podría seguir no son las adecuadas según sus creencias religiosas, pero son su último recurso; este dilema empieza a afectar no solo al individuo sino también a su entorno. Algunas de estas situaciones pueden ser por ejemplo, el diagnóstico de una enfermedad degenerativa, un cáncer en un estadio muy avanzado, una enfermedad terminal, etc., en las que la persona sabe que el final de su vida está cerca, pero que aún tiene opciones para ese final, por un lado podría esperar la muerte padeciendo los dolores y sufrimientos que su enfermedad pueda generar, o podría adelantar su muerte de manera digna considerando procedimientos controversiales para la sociedad por las connotaciones moralistas que estos tienen, como por ejemplo el suicidio asistido.

^{2 2} En la red: <http://www.heritage.org/initiatives/rule-of-law/judicial-activism/cases/compassion-in-dying-v-state-of-washington>

El suicidio asistido se conoce como:

Actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz y con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee (Simón Lorda et al., 2008 p.274).

Aunque esta opción al final de la vida puede parecer desconocida, ya existen lugares cuyas legislaciones la aprueban como es el caso de Oregón, Washington y Montana en los Estados Unidos, y tres países en Europa (Holanda, Suiza y Luxemburgo) (Delbeke, 2011). A partir de la experiencia de estos Estados y países, reportada a través de estudios, se han generado diferentes posturas en cuanto al apoyo o rechazo de este procedimiento, y una de las variables que mayor influencia tiene sobre el paciente, su familia e incluso el médico son sus creencias religiosas (Boyd y Chung, 2012; Burdette et al., 2005). Por ello se hace necesaria una revisión amplia de la literatura donde se pueda conocer la filosofía del suicidio asistido, el sentido de las creencias religiosas sobre la vida y la muerte, y la relación que existe entre estas para influir la toma de decisiones del hombre al final de su vida.

Además a través de esta revisión se podrá igualmente establecer el rol que un psicólogo debería tomar cuando dentro de los diferentes escenarios en los que se desenvuelve, se presente este tipo de situación.

Dentro las limitaciones que se encontraron al momento de realizar la revisión de la literatura, son pocos los artículos en los que se muestra claramente la relación entre las creencias religiosas y el suicidio asistido, ya que se mencionaba en mayor medida la relación con la eutanasia. Por otro lado, la mayoría de los artículos revisados se enfocan en la situación del suicidio asistido en

los Estados Unidos y algunos países de Europa, dejándose de lado la situación en Latinoamérica. Finalmente la posición o el rol del psicólogo en estas situaciones no se toman en cuenta dentro de los artículos; en cambio se menciona en gran mayoría la postura del personal médico y de enfermería.

La revisión de la literatura que se presenta a continuación está estructurada en cuatro grandes capítulos. En el primero se abordan los antecedentes históricos y los fundamentos del suicidio asistido; en el segundo la situación actual de este fenómeno en el mundo, Latinoamérica y Colombia; en el tercero las creencias religiosas y su asociación con el suicidio asistido, revisando aquellas que atañen a la vida y la muerte y aquellas que se relacionan con el suicidio asistido al final de la vida. Finalmente, el cuarto capítulo aborda las contribuciones de la Psicología en la decisión de realizar este acto.

Justificación

El avance en la tecnología médica ha hecho que prolongar la vida por mucho más tiempo sea posible, pero también abre la discusión en cuanto a la calidad de vida que merece ser prolongada y por ende vivida por una persona, y es que actualmente se pueden encontrar pacientes con enfermedades que con el paso del tiempo van deteriorando su vida, viviendo conectados a máquinas que remplazan cada una de las funciones que han ido perdiendo, o simplemente dependen de un cuidador principal que realiza todas las actividades que el paciente no puede hacer por sí solo (O'Neill, Feenan, Hughes y McAlister, 2003). El suicidio asistido se ofrece como una opción con la que no se pretende prolongar la vida de un paciente, ya que esa vida está siendo llevada con sufrimiento y dolor, el objetivo es entonces terminar de una forma digna con la vida de quien está sufriendo (Compassion in Dying v. Washington³, 1996, citado en Zimbelman, 1999), pero al ser el hombre el que determine en que momento debe morir una persona bajo este tipo de procedimientos es lo que lleva a algunas religiones a oponerse radicalmente a la legalización de este procedimiento, induciendo a que algunos pacientes, familiares e incluso médicos que son seguidores de ellas se enfrenten a un dilema y terminen tomando decisiones que involucran el final de su vida influenciados por sus creencias religiosas.

Se hace conveniente entonces conocer de manera más profunda la magnitud real de la relación entre las creencias religiosas de una persona y la posibilidad de suicidio asistido como opción al final de su vida, en diferentes contextos y ambientes, además de una clara definición y diferenciación de los conceptos, para que a partir de este conocimiento fundamentado por la literatura se puedan desarrollar nuevos protocolos, que tengan como objetivo beneficiar la toma de decisiones al final de la vida de un paciente, quien ha considerado el suicidio asistido como opción, sin que esto se vea afectado por las creencias religiosas particulares que posee. Además

³ En la red: <http://www.heritage.org/initiatives/rule-of-law/judicial-activism/cases/compassion-in-dying-v-state-of-washington>

no sólo se beneficiarán los pacientes, sino que también se extiende a la familia y a los miembros del equipo de salud, quienes igual que el paciente poseen creencias religiosas que pueden afectar su apoyo y ayuda en el procedimiento.

Por otro lado plantear los diferentes argumentos por los que algunas religiones no apoyan el suicidio asistido y otros que defienden este procedimiento, puede motivar a las personas a ponerse en el lugar de un paciente que está sufriendo, que morirá y al que se le ofrecen diferentes opciones para el final de su vida. Y además, motivará a reconocer que dado que la decisión puede estar prohibida por sus creencias religiosas o por la ley, el paciente se enfrentará a un dilema de difícil solución.

Finalmente se sugieren ideas en cuanto a la participación activa de un psicólogo en estas situaciones y la relevancia que esta tendría no solo para el paciente sino también para su familia y el personal médico de apoyo.

Objetivos

General

Analizar la influencia de las creencias religiosas cristianas en la decisión de realizar suicidio asistido al final de la vida.

Específicos

1. Comprender los antecedentes históricos y los fundamentos del suicidio asistido.
2. Describir la situación actual del suicidio asistido.
3. Comprender el sentido de las creencias religiosas cristianas sobre la vida y la muerte.
4. Identificar la asociación entre las creencias religiosas cristianas del paciente terminal y la decisión de realizar suicidio asistido.
5. Reflexionar sobre el problema en el escenario actual de la salud en el mundo y sobre cuál sería el rol activo del psicólogo en él.

Metodología

Para la revisión de la literatura se incluyeron artículos en inglés y español que fueron publicados entre 1995 y 2013, pero con el fin de que el lector conociera la historia del concepto de suicidio asistido, se incluyeron también artículos de años anteriores a 1995. La búsqueda se realizó bajo las palabras clave de suicidio asistido y creencias religiosas; se incluyeron todos los artículos y capítulos de libros en los que se definía el suicidio asistido, se relataba su historia, las experiencias de los países en los que se encuentra aprobado, estudios que muestran las actitudes de los pacientes, la familia y personal médico hacia este procedimiento y las creencias religiosas cristianas con respecto a la vida, la muerte y el suicidio asistido. Se excluyeron artículos y libros en los que solamente se mencionaba el suicidio asistido como procedimiento pero no se analizaba en profundidad, de igual manera aquella literatura que sólo revisaba la eutanasia y dejaba al suicidio asistido como un sinónimo de la misma y aquellos artículos que abordaban creencias religiosas no cristianas. Finalmente se trabajó con 66 artículos científicos de las bases de datos EBSCOHost, ProQuest y ScienceDirect, 3 capítulos de 2 libros encontrados en E-BRARY y se consultaron páginas web para efectos del estudio de aspectos legales y religiosos.

Revisión de la literatura

Antecedentes históricos y fundamentos del suicidio asistido

Suicidio asistido como concepto

Una de las dificultades para recibir buenas argumentaciones a favor o en contra de una muerte digna, son los términos utilizados y los significados que se le atribuyen a estos. La bioética hace un esfuerzo para que tanto en la teoría como en la práctica se respete la vida en el planeta, pero también necesita hacer un análisis lingüístico que le permita construir los argumentos y deliberar sobre los mismos (Simón Lorda et al., 2008). Dentro de los términos de debate están la eutanasia y el suicidio asistido; este último, objeto de interés de esta revisión.

Para comprender el concepto de suicidio asistido, habrá que referirse necesariamente al acto propio del suicidio. Según la socióloga francesa Émile Durkheim citada por Bostwick y Cohen (2009), el suicidio abarca “todos los casos de muerte resultado directa o indirectamente de actos positivos o negativos de la víctima, la cual sabe producirán esos resultados” (p. 2). Tarkki (2004) menciona que existen dos tipos de suicidio, el directo y el indirecto, el primero hace referencia a cuando una persona destruye intencionalmente su propia vida, es decir tiene a la muerte como fin; mientras que en el segundo, la persona no busca la muerte como fin o como medio, pero es consciente del riesgo o del peligro de la conducta que está ejecutando. La clave de la definición que dan Durkheim y Tarkki está en que la víctima tiene a la muerte como meta y sabe que lo que está haciendo o permitiendo que otro haga, terminará con su vida prematuramente. Lo anterior se aplica a la petición del suicidio asistido.

Por otro lado, Durkheim también resalta el cuidado que hay que tener en cuanto a la interpretación y significado de la palabra suicidio, ya que esta puede ser usada comúnmente entre las personas pero con significados diferentes; además el concepto evoluciona como lo hace la sociedad. Es así como la definición de suicidio contemporánea no enfatiza en la naturaleza o la

razón para cometerlo, sino en el intento; entonces si la persona intenta morir, es un suicidio (Bostwick y Cohen, 2009).

Retomando la clasificación de suicidio propuesta por Durkheim (1897) citado por Sharma (2009), el suicidio médicamente asistido se encontraría dentro de la categoría de suicidio egoísta. En ésta, la decisión final de suicidarse es tomada por el mismo individuo, sin que se tengan en cuenta las opiniones o se ejerza un tipo de control por parte de otras personas (Sharma, 2009).

De acuerdo con Michael Irwin, hoy en día se tienen claras las diferencias entre un suicidio racional, que se comete cuando se está padeciendo por ejemplo de una enfermedad terminal y el deseo de suicidio que tiene una persona que por ejemplo está deprimida (Emanuel, Irwin, Gunning, Quill y Saunders, 2001); no obstante, siguen siendo objeto de debate las decisiones que una persona pueda tomar con respecto a asumir o no un tratamiento. Al respecto, Bostwick y Cohen (2009) han planteado que el incumplimiento de un tratamiento no sería considerado un verdadero suicidio.

De hecho, para la toma de decisiones al final de la vida se reconocen cinco escenarios, en los que se deben incluir elementos como la indicación, el pronóstico, el horizonte temporal, los deseos del paciente, la opinión de su representante el contexto familiar, las condiciones asistenciales o sociales, etc. Dependiendo de la situación estos elementos tomarán una importancia diferente organizándose así una jerarquía. Los mencionados escenarios son: la eutanasia, el suicidio asistido, la sedación paliativa y la limitación del esfuerzo terapéutico.

La eutanasia es el acto en el que: (1) La muerte del paciente es inminente, es decir el acto que se realizará tendrá como resultado la muerte directa del paciente. (2) Los pacientes con capacidades mentales adecuadas, han expresado de manera reiterada su petición de la realización de una eutanasia. (3) El paciente que padece una enfermedad incurable, que le genera

sufrimiento, y que experimenta como inaceptable, además que este sufrimiento no ha podido ser aliviado por otros medios como los cuidados paliativos. (4) Quien realice el procedimiento será un profesional de la salud, que tiene una relación significativa con el paciente, y por ende tiene total conocimiento de este (Simón Lorda et al., 2008).

Cuando el contexto es el mismo al mencionado pero el médico sólo se limita a darle al paciente los medios por los cuales podrá morir, se dirá que es un suicidio asistido o suicidio medicamento asistido (Simón Lorda et al., 2008).

De manera universal el suicidio asistido se reconoce como el acto en el que un médico le proporciona los recursos necesarios a un paciente, generalmente una combinación de barbitúricos, para que muera. Este paciente ha expresado reiteradamente su deseo de morir a causa del sufrimiento intolerable que le produce una enfermedad incurable, y este no ha podido ser controlado por otros medios. Solamente será el paciente quien tome esta decisión (Delbeke, 2011; Foley y Hendin, 2002; Quill, 2012; Simón Lorda et al., 2008).

Por su parte, Cassity (2009) añade que puede ser el médico quien asista la muerte de la persona u otra persona que esté dispuesta a hacerlo, pero resalta al igual que Quill (2012) que es el paciente quien finalmente realizará el último acto que conduce a su muerte. De hecho, McCormack, Clifford y Conroy (2012) consideran que la intención del médico es meramente de ayuda, pues libera al paciente de dolores intolerables preservando siempre su autonomía y dignidad. Quijano (2001) enfatiza que el suicidio asistido no debe asumirse como un fracaso terapéutico sino como una medida extrema que el médico asume, tan solo porque su paciente se lo solicita, respetando igualmente la idea de la autodeterminación que tiene como persona enferma y su autonomía humana.

El suicidio asistido al igual que el suicidio, tiene diferentes significados que juegan un papel importante a la hora de tomar partido en su legalización. Por una parte se encuentra la

asistencia que brinda información y apoyo al paciente, incluso sobre el suicidio mismo; caso diferente es la asistencia en la que además de los consejos y el apoyo, al paciente se le indica y supervisan los medios por los cuales podría terminar con su vida (O'Neill et al., 2003).

Se entiende como limitación del esfuerzo terapéutico al acto de:

Retirar o no iniciar medidas terapéuticas porque el profesional sanitario estima que, en la situación concreta del paciente, son inútiles o fútiles, ya que tan sólo consiguen prolongarle la vida biológica, pero sin posibilidad de proporcionarle una recuperación funcional con una calidad de vida mínima (p. 276).

En el escenario de la limitación del esfuerzo terapéutico, se permite que la muerte llegue al paciente a causa de su enfermedad, pues es esta la que la produce y no los actos que el médico realiza. En la eutanasia y el suicidio asistido, sucede lo contrario, ya que en estos la muerte fue producida o causada por el acto médico (Peter, 2001, en Emanuel et al., 2001; Simón Lorda et al., 2008; Young Ho et al., 2011). Es otro el caso de la sedación paliativa que se entiende como:

La administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas persistentes que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante (p.278).

Por lo anterior, la sedación paliativa no debería considerarse como algo diferente de una actuación médica, que solamente se realiza con todas las indicaciones médicas pertinentes y con el consentimiento informado del paciente o su representante. Como posible efecto secundario, la sedación paliativa podría reducir el tiempo de vida del paciente, acelerando entonces el proceso de muerte. Para que lo anterior no sea juzgado como una eutanasia encubierta, se debe apelar al

principio antiguo moral del doble efecto⁴. En coherencia con lo anterior, el escenario en el que un paciente tiene muerte encefálica, la incorporación o el retiro de tratamientos médicos no producirán o permitirán su muerte, pues esto ya ha ocurrido; por ello no debería de condenarse la actuación médica como eutanasia o limitación del esfuerzo terapéutico. De hecho, estas actuaciones solo cobran algún sentido ético y/o jurídico cuando el paciente se encuentra vivo (Simón Lorda et al., 2008).

El rechazo de tratamiento o denegación de consentimiento, es un escenario diferente en el cual la autonomía moral del paciente es la protagonista, ya que las decisiones que este tome serán las que él considere convenientes para su cuerpo o salud. Según Simón Lorda y colaboradores (2008), citando el artículo 9.2 del Código de Ética y Deontología Médica 1999 de la Organización Médica Colegial de España (OMC) se indica que: “el médico ha de respetar el derecho del paciente a rechazar total o parcialmente una prueba diagnóstica o el tratamiento” y que “deberá informarle de manera comprensible de las consecuencias que puedan derivarse de su negativa” (p. 277). El médico podrá actuar sin consentimiento únicamente cuando exista un peligro para la salud pública, o una emergencia vital súbita que no se esperaba y la atención debe ser inmediata sin tiempo para hacer constancia de las preferencias del paciente. Juzgar si un procedimiento es útil o no en la Medicina, se hace aún más difícil dado que no existen certezas en este campo. Entonces si un médico después de haber realizado los estudios necesarios considera que un procedimiento no será útil, no hay ninguna ley ética que lo obligue a iniciarlo; y si éste ya está en curso debería ser retirado, si no es así se estaría cayendo en la obstrucción terapéutica, anteriormente denominada encarnizamiento terapéutico (Simón Lorda et al., 2008).

⁴ Principio con el cual se puede evaluar una acción moral que una persona desea llevar a cabo, pero de esta acción se pueden seguir dos efectos, uno malo y otro bueno. Para la aplicación de este principio es necesario que se presenten cuatro condiciones: (1) que la acción realizada sea buena por sí misma, o indiferente; (2) que el fin que se quiere conseguir sea el efecto bueno, y que el malo simplemente se permite; (3) que el buen efecto sea producido directamente por la acción; (4) que exista una causa grave proporcional para actuar (Neil, 2006a).

De la misma manera que existen diferentes significados para la asistencia en el suicidio, hay dos opciones en cuanto a quién debería proveer esa asistencia. En primer lugar se encuentra la asistencia a través del médico de la familia, quien conoce el pronóstico del paciente, sus deseos y otros aspectos propios de la práctica en la administración de variedad de fármacos en una dosis letal. Mientras que la segunda opción es en la que un familiar del paciente, lo asiste en el suicidio. Ambas opciones tienen recomendaciones, ya que desde la perspectiva desde la que se esté justificando, afectará o no el apoyo de la comunidad (O'Neill et al., 2003).

Cada país y estado tiene autonomía para legislar el suicidio asistido de la manera que más se crea conveniente, pero en los escenarios revisados se puede encontrar que la mayoría de las condiciones puestas para que el acto del suicidio asistido no sea condenable o considerado un homicidio, están basadas en escenarios médicos. Es así como las legislaciones de Holanda, Luxemburgo, Oregón, Washington y Montana sobre el suicidio asistido están guiadas por el modelo médico, mientras Suiza se aparta de este camino para centrarse en un modelo “no medicalizado”⁵. Estos dos modelos tienen dos diferencias principales, 1) las condiciones que debe tener la persona que asistirá en el suicidio a otra y 2) las condiciones de salud en las que se encuentra la persona que comete el suicidio (Delbeke, 2011).

En el modelo médico quien asiste en el suicidio únicamente puede ser un médico, otras personas como familiares, amigos u otros profesionales de la salud podrían ser acusados de homicidio. En Holanda el médico debe estar presente en el momento en el que la persona toma la dosis letal de medicamentos que este le formuló, mientras que en Oregón y Washington no es obligación del médico estar presente en este momento. Caso contrario a lo que sucede en Suiza donde la persona que asiste en el suicidio no debe ser necesariamente un médico, puede ser cualquiera, la única condición es que esta persona no esté actuando bajo motivaciones egoístas.

⁵ Para referirse al término en inglés “demedicalised”.

Sin embargo estos procedimientos suelen llevarse a cabo por organizaciones no gubernamentales de derecho a morir, tales como “Exit Deutsche Schweiz”, “Exit Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)”, “Exit International” y “Dignitas” (Delbeke, 2011).

Generalmente quienes trabajan en estas organizaciones son voluntarios, que apoyan el derecho a morir dignamente, el rol que ocupa el médico en estas organizaciones es la de evaluar la capacidad de toma de decisiones del paciente y prescribir la fórmula que terminará con la vida de la persona (Steck et al., 2014).

En cuanto a las condiciones de salud en las que se debe encontrar la persona que comete suicidio asistido, en el modelo médico es necesario que esta persona padezca de una enfermedad severa e incurable. En los estados de Oregón, Washington y Montana, la persona debe padecer de una enfermedad terminal, es decir que es razonable su muerte dentro de los 6 meses próximos. En Holanda y Luxemburgo una enfermedad terminal no es necesaria, el hecho de que la persona padezca de un sufrimiento físico y/o psicológico severo e incurable lo hacen apto para requerir el suicidio asistido. En Suiza bajo el modelo no médico, la persona no tiene que padecer de ninguna de las condiciones antes mencionadas, lo único que se tendrá en cuenta es que la persona que desea el suicidio asistido tenga una buena capacidad decisional, es decir que haya podido evaluar la importancia, el significado y las consecuencias de su acto (Steck et al., 2014; Delbeke, 2011).

Quill, médico que ha asistido a muchos pacientes para morir, personalmente indica que el suicidio asistido no se refiere a que cualquier persona, que así lo desee, puede acceder a esta opción, sino exclusivamente los pacientes que presentan enfermedades irreversibles, un sufrimiento sobredimensionado y que se encuentren aptos mentalmente para la toma de esta decisión. Resalta de igual manera que antes de cualquier procedimiento, el médico debe asegurarse de que la persona ha pasado por un buen proceso de cuidados paliativos, ya que la perspectiva de un paciente puede cambiar totalmente gracias a estos (Quill, 2012).

Precisamente en relación con el cuidado paliativo, es aún una práctica controvertida porque no todo el que lo requiere, puede acceder a él. Algunos grupos de médicos, no reconocen su necesidad y su importancia al final de la vida y en consecuencia no remiten oportunamente a los pacientes o como lo plantea Quill (2012), se encuentran muy pocos profesionales dedicados a esta área de la salud, y tan solo el 30% de los pacientes reciben este beneficio unos cuantos días antes de morir. Es posible que si un paciente recibiera este tipo de cuidados disminuiría su dolor de la misma manera que su pensamiento de muerte. Después de esto se evaluaría completamente el sufrimiento que reporta el paciente, y así habría más seguridad de que los recursos para la disminución del dolor fueron agotados. De ser así, el siguiente paso sería explorar opciones de último recurso con él y su familia, buscando siempre la menos perjudicial, que respete los valores de todos los involucrados en el proceso, incluyendo al médico. Finalmente el paciente junto con su familia deliberará acerca de estas opciones y cuando hayan tomado una decisión, deberá documentarse detallada y adecuadamente (Quill, 2012).

Las opciones paliativas de último recurso que propone Quill (2001) en el Foro sobre suicidio asistido y cáncer (Emanuel et al., 2001) podrían ser: (1) aceptar el aumento de la sedación con opioides, (2) interrumpir la terapia de soporte vital, (3) dejar de comer y beber voluntariamente, (4) sedación terminal, (5) el suicidio asistido por un médico y (6) la eutanasia voluntaria. De las cuales la primera está en progreso de ser aceptada por el gran alivio que siente el paciente, la tercera y cuarta son consideradas como nuevas opciones que no son cuestionadas a diferencia de la quinta y la sexta.

Puede verse como las opciones al final de la vida son varias y los desafíos a solucionar de cada una son muy similares, por ende el método que se elija debe ser el que esté más adecuado a las circunstancias y los valores que el paciente tiene (Quill, 2001, en Emanuel et al., 2001).

Foley y Hendin (2002), indican que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado a los gobiernos que no se apruebe el suicidio asistido o la eutanasia hasta que se esté seguro de haber agotado todos los recursos en cuidados paliativos para los ciudadanos.

Finalmente cada sociedad tiene principios que rigen a aquellos que consideran estos procedimientos; estos principios estarán relacionados con el respeto y la visión de la vida humana que tenga cada sociedad (Mavroforou y Michalodimitrakis, 2001).

Antecedentes históricos del suicidio asistido

La historia del suicidio asistido inevitablemente comienza siendo la historia de la eutanasia o “buena muerte” que aparece por primera vez en el cuarto y tercer siglos a.c. en los escritos de comedia griega como Menandro, Posidipo y Cratino. Menandro describía una escena en la que un hombre descrito como glotón disfrutaba de todas las cosas buenas de la vida y por ello deseaba morir en el acto, añorando tener un “buen morir” (*ethanatos*). El emperador Augusto por su parte, también anhelaba este tipo de muerte súbita rápida y sin dolor, pero este a su vez quería que la eutanasia (palabra con la que llamo a esta muerte) fuera aplicada también a su familia (Foley y Hendin, 2002).

De acuerdo con estos mismos autores, en el siglo XVII Francis Bacon acudió a esta palabra para referirse a una muerte fácil, sin dolor y feliz (Foley y Hendin, 2002). Además de significar buena muerte, la palabra eutanasia indicaba un final feliz que ratificaba una buena vida o también morir de manera notable, esta última otorgada a los buenos y valientes. Esta connotación heroica aún puede verse en relación con mártires judíos y cristianos. Los filósofos antiguos consideraban que una buena muerte era más que tener un final feliz y poco doloroso; significaba morir en una perfección moral (Van Hooff, 2004).

En el siglo II, el astrólogo Vetio Valens describió el buen morir como el nacimiento bajo una constelación de conciliar el sueño de la saciedad, el vino, las relaciones sexuales o la apoplejía. Como puede verse, hasta ese momento la eutanasia no era vista como un delito y por ende no era necesaria la presencia de un médico en su accionar (Van Hooff, 2004).

Actualmente, la eutanasia significa la activa causación de la muerte de un paciente por un médico, usualmente a través de una inyección letal de una dosis de medicamentos (Foley y Hendin, 2002). En el suicidio asistido, el paciente será quien se administre esta dosis, pero el médico conoce la intención que el paciente tiene y aún así se la prescribe. Jurídicamente cualquiera de estas dos muertes se denomina “asistencia en la muerte” (Foley y Hendin, 2002).

Retomando la historia, filósofos como Platón, Séneca y Hume, aceptaban abiertamente el suicidio para aquellas personas que estaban enfermas de gravedad y sufrían de la misma manera. De hecho, la literatura antigua hacía referencia al suicidio asistido bajo una connotación de ayuda a un compañero y no por alguna enfermedad. Un ejemplo de lo anterior fue el rey Saúl, quien queriendo evitar la humillación de ser capturado en batalla, le pidió a su fiel escudero que sostuviera la espada con la cual se daría muerte a sí mismo. Igualmente la historia de la muerte de Hércules muestra cómo el dolor y el sufrimiento lo llevaron a suplicar que alguien lo ayudara a morir. Relata la historia que tras un gran error cometido por su esposa Deyanira al enviarle toda su ropa impregnada de lo que ella creía una poción de amor, pero en realidad era un veneno que quemaría lentamente el cuerpo de quien lo probara, Hércules, después de tratar de arrancarse su propia piel, le pidió a su fiel amigo Filoctetes que encendiera una hoguera en la plaza para así apresurar el incendio que lo quemaba por dentro y morir de manera que su sufrimiento acabara. Finalmente su amigo lo ayuda, y en frente de la multitud, sin gemido alguno, Hércules se arroja a la hoguera y sube al cielo para ser recibido como un héroe por los dioses del Olimpo (Foley y Hendin, 2002). Esta historia relata exactamente los casos actuales de pacientes terminales que

están sufriendo dolores intolerables y que tienen como opciones continuar con este sufrimiento o terminar definitivamente con este, muriendo.

La idea de que una persona con una enfermedad terminal debería buscar la ayuda de un médico para que lo asistiera en su muerte, fue seriamente propuesta en el siglo XVIII cuando se descubren los analgésicos y anestésicos que en un principio ayudarían a aliviar un poco el sufrimiento de los pacientes. No obstante, posteriormente surgió la idea de que estos medicamentos también podían facilitar la muerte haciéndola menos dolorosa. Así mismo el descubrimiento de las enfermedades degenerativas y de aparición tardía como el cáncer, hicieron que los cuidados al final de la vida empezaran a ser relevantes y el rol del médico fuera más activo (Foley y Hendin, 2002).

Sin embargo, a finales del siglo XIX cuando la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido empiezan a tomar mayor relevancia debido a la divulgación de la obra cumbre de Charles Darwin, “El origen de las especies”, en la que se plantea la supervivencia de la especie más apta. Es entonces cuando en algunas sociedades de América se empieza a eliminar a aquellos miembros de la sociedad que no eran productivos y por ende merecían morir con o sin su consentimiento. En “El origen del hombre”, Darwin hizo una gran crítica a todos aquellos que aprobaban que las personas que eran un vicio para la sociedad, tuvieran la oportunidad de asistir a asilos, hospitales, institutos de caridad y recibir medicina terapéutica, ya que esto obstruiría el poder que tenía la selección natural y que eliminaba a quienes no eran aptos. Continuando con este legado, en 1883 Francis Galton, primo de Darwin, promueve la eugenesia como una medida para que la sociedad tomara el control sobre la humanidad, pudiendo seleccionar o crear miembros productivos y eliminar a quienes no lo eran, ahorrándose muchos costos para la sociedad y sus miembros (Neil, 2006a).

Con el surgimiento de la eugenesia a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, en la Segunda Guerra Mundial el doctor Fester Kennedy defiende la eutanasia en niños con retardo mental, más que en adultos con enfermedades terminales, ya que el diagnóstico y pronóstico de estos últimos podrían estar errados y habría la posibilidad de una recuperación. Por su parte Ernest Haeckel biólogo y experto social en su idea de la raza aria, apoya la eutanasia para todos aquellos a quienes él llamaba “incurables”, entre estos personas lunáticas, leprosos, con cáncer, o que se mantenían vivas de manera artificial; además la erradicación de estas personas ayudaría igualmente a la economía del país. Cuando los nazis toman el poder, la eutanasia empieza a ser utilizada para asesinar a cientos de niños y adultos con enfermedades mentales, que eran incurables. Se aprovecha la eutanasia también para eliminar a los judíos, gitanos y aquellos que no eran racialmente aptos (Foley y Hendin, 2002). Con lo anterior se evidencia como diferentes autores que seguían la corriente de la Eugenesia consideraban que la eutanasia era una buena herramienta para que en la sociedad permanecieran aquellas personas que podían aportarle, y terminar con la vida de aquellos que por cuestiones genéticas o médicas tenían una enfermedad mental o física fatal haciéndolos poco o nada productivos para la sociedad, además que le generaban un alto costo a la misma (Neil, 2006a).

Hasta que en las décadas de los años setenta y ochenta del siglo XX, el resurgimiento de la eutanasia se enfocará en la compasión hacia los pacientes que están sufriendo, esto apoyado con el avance tecnológico en la Medicina, que enseñó a la gente a temerle al dolor y a la muerte indigna (Foley y Hendin, 2002; Neil, 2006a).

Holanda fue entonces el primer país en legalizar el suicidio asistido y la eutanasia, poniendo como condición el dolor y sufrimiento intolerable del paciente. Seguido por Oregón que a mitad de los años 90 del siglo XX fue el primer estado en legalizar el suicidio asistido y la eutanasia, pero a diferencia de Holanda, el dolor y sufrimiento no son la condición para acceder a

estos procedimientos, el diagnóstico de una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida es suficiente. El principio que este país y Estado argumentan es el de la autonomía del paciente para escoger. De igual manera la base de los argumentos a favor de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido utilizados ahora, son el sufrimiento de los pacientes y el acto racional que podría significar el suicidio para el paciente (Foley y Hendin, 2002).

Situación actual del suicidio asistido

Panorama epidemiológico actual de las enfermedades crónicas y terminales

Según las estadísticas sanitarias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), las tasas de mortalidad de personas entre los 30 y 70 años de edad, son causadas por enfermedades conocidas como no transmisibles o crónicas como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. Con un 63% de las muertes, las enfermedades no transmisibles se convierten en la causa de muerte más importante a nivel mundial, de las cuales un 80% están presentes en países con ingresos bajos o medios. Se identifican 4 principales factores de riesgo para el padecimiento de este tipo de enfermedades: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol (World Health Organization, WHO, 2011).

La WHO (2011) recomienda entonces que se mejore el sistema de salud en el mundo, que pueda garantizar una mejor atención sanitaria, además que se puedan detectar y tratar a tiempo los síntomas de las enfermedades no transmisibles, en toda la población que las padece.

Por su parte la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) (2014), informa que en el año 2012 el cáncer aumentó en alrededor de 14 millones de nuevos casos reportados por año, y se espera que el aumento se incremente y continúe en los próximos años. Los tipos de cáncer más comunes durante el año 2012, fueron el de pulmón (13,0%), mama (11,9%) e

intestino grueso (9,7%). Las muertes por cáncer registradas en este mismo año fueron debidas al cáncer de pulmón (19,4%), hígado (9,1%) y estómago (8,8%) (IARC, 2014).

En África, Asia Central y Suramérica se concentran el 60% de los casos de cáncer a nivel mundial y 70% de las muertes por la misma causa, situación que puede incrementarse si no se mejora la calidad de los servicios de salud para una detección temprana y un tratamiento accesible (IARC, 2014).

Se ve entonces que las enfermedades no trasmisibles representan un alto porcentaje de la tasa de mortalidad a nivel mundial, y se prevé que estas cifras aumenten año tras año. Esto significa que a medida que el tiempo pasa habrán muchas más personas padeciendo de este tipo de enfermedades acompañadas de sufrimiento y dolor físico, por lo que tendrán que tomar una decisión sobre las opciones que se les dan al final de su vida.

El suicidio asistido, como una de estas opciones, está permitido tan solo en una minoría de países y bajo condiciones diferentes, por ello no se maneja una base de datos a nivel mundial que pueda aportar información a nivel estadístico. Sin embargo en Suiza organizaciones en las que se practica la eutanasia y el suicidio asistido como EXIT y Dignitas presentan sus propios datos, donde 4.8 de mil muertes en el año 2009 se debieron al suicidio asistido, 44% fueron personas que padecían cáncer, 19% enfermedades neurodegenerativas, 9% enfermedades cardiovasculares y 6% enfermedades musculoesqueléticas (Federal Statistical Office, 2012).

A pesar de que estas cifras sólo pertenecen a un país, son una muestra del panorama de acogida que tiene el suicidio asistido como opción al final de la vida.

En relación a la religión, se estima que 2,262,586,422 de personas en el mundo, es decir el 32.8 de la población, se reconocen como cristianos, siendo la religión de mayor acogida a nivel mundial (ARDA, 2010).

A partir de estos datos se puede deducir que la mayoría de la población que en un futuro pueda sufrir una enfermedad no transmisible, será cristiana y sus decisiones seguramente se verán influenciadas por los mandatos que esta religión tiene sobre el final de la vida y el suicidio asistido.

Lo anterior hace que el tema de la influencia de las creencias religiosas cristianas sobre las decisiones al final de la vida, cobre una alta importancia y se cree la necesidad de que sea ampliamente estudiado y discutido a nivel mundial.

El suicidio asistido en el mundo

La comprensión de un procedimiento como el suicidio asistido, puede ser desconocida por una parte de la población, pero a través de una revisión exhaustiva de la literatura se encontró que existen varios países en los que se ha debatido la legalidad de este procedimiento, llegando incluso a su aprobación y mantenimiento por unos años. Lo anterior ha generado que estos países sean tomados como ejemplo para argumentar los beneficios y los problemas que el procedimiento involucra. Además, a pesar de que en estos países se realice el suicidio asistido, pueden encontrarse diferencias en cuanto a su ejecución, a quiénes se les permite llevarlo a cabo y qué personas podrían ser candidatas para ser asistidas en el suicidio.

Desde la República de Platón, se empieza a considerar dar fin a una vida que se concibe como intolerable, ya que en esta obra se expone que a los individuos debería permitírseles rechazar aquellos tratamientos médicos invasivos que prolongan su vida, la cual de manera inevitable se experimenta como desagradable. Cicerón también estaba de acuerdo con esta idea de que una persona pudiera rechazar seguir viviendo cuando su vida estuviera llena de adversidades físicas o que estas estuvieran próximas a llegar (Neil, 2006a).

En contraste, Saunder (2001) citado por Emanuel et al. (2001), explica que basado en el juramento Hipocrático en el que se indica que el médico “no dará medicinas mortales a cualquier

persona si se le pide, ni sugerirá tal consejo”, la Asociación Médica Mundial, afirmó en la exposición de Marbella realizada en 1992 que: “El suicidio medicamente asistido, como la eutanasia, no es ético y debe ser condenado por la profesión médica” (Saunders, 2001, en Emanuel et al., 2001, p. 183).

Debido a estos pronunciamientos y al valor que tiene el juramento Hipocrático, el deber que se le ha adjudicado al médico es el de salvar la vida o por lo menos aliviar el dolor físico que pueda estar padeciendo el paciente (Childs, 1997; Cohen 1996). Es por ello que no debería abandonarse al paciente, así este esté en fase terminal de la enfermedad, sino debería acompañársele hasta que el momento de su muerte llegue de forma natural, haciendo seguimiento de las ideas de suicidio, ya que pueden ser debidas a una depresión tratable, idea compartida por el cristianismo (Childs, 1997).

Sin embargo, como se mencionó anteriormente la cultura y tradición de cada país hacen que las opiniones varíen. En países de oriente, se puede encontrar por ejemplo una práctica conocida y aceptada en Japón como es el Hara-kiri (corte del vientre), una forma de suicidio honorable que en un principio era practicada por la clase guerrera feudal japonesa, y que tenía como objetivo principal evitar morir a manos del enemigo. Con el tiempo la práctica fue cambiando, hasta que en 1868 el Hara-kiri obligatorio fue abolido manteniéndose su forma voluntaria hasta nuestros tiempos, sin que sea condenado o juzgado por la sociedad, como tal vez lo sería en algún otro país (Sharma, 2009).

Por su parte, el 26 de abril de 1994, la Corte Suprema de la India, apoyó la idea de que una persona tenía derecho a morir, con el fin de humanizar la ley criminal; esto contradujo la declaración 309 del Código penal indio, en la que se establece que el intento de suicidio es una ofensa penal inconstitucional. Por ello, la Corte Suprema en 1996 reversó la decisión tomada, y el suicidio nuevamente fue penalizado (Sharma, 2009).

La situación es igual de diversa en el continente Europeo. Grecia por ejemplo, influenciada por las enseñanzas de Hipócrates y otros filósofos griegos junto con la tradición cristiana ortodoxa, ha llevado a que la población rechace cualquier acto que pueda terminar con la vida humana. No obstante, bajo las siguientes condiciones la ley castiga con una pena menor a quien realice una eutanasia voluntaria: (1) El paciente ha expresado repetidamente su deseo de morir, de manera escrita, verbal o con gestos. (2) El paciente está apto mentalmente para entender y tomar la decisión de morir. Los menores de edad o pacientes mentalmente incapacitados no podrán realizar este tipo de peticiones. (3) El paciente ha sido diagnosticado con una enfermedad incurable o una incapacidad física intolerable como ceguera o una amputación. (4) Quien realice la eutanasia debió previamente haber expresado al paciente su compasión (Mavroforou y Michalodimitrakis, 2001).

El Reino Unido ofrece diferentes opciones que pretenden que la muerte sea planificada y tratada como el paciente realmente lo desea. Para ello se aconseja a los médicos informar al paciente y a sus familiares sobre el estado de salud en el que se encuentra el paciente y sobre la posibilidad que existe de que este muera. De esta manera, se considera que el proceso de morir se hace un poco más fácil para todos, y que verdaderamente se cumplen los deseos del paciente. “Liverpool Care Pathway” es una de las instituciones que promueven y desarrollan esta idea, con la intención de que se extienda por todo el país (Pugh, Song, Whittaker y Blenkinsopp, 2009). Contrario a los argumentos de estas instituciones, el Consejo Médico General en Londres expresó abiertamente que la actuación de un médico en la aceleración de la muerte de un paciente estaría en conflicto con los principios éticos de beneficencia y no maleficencia. Esto sería muy difícil de defender bajo la argumentación del derecho de autonomía del paciente y en conclusión, no es posible encontrar un equilibrio entre estos dos puntos. En 1999 el Consejo Europeo, concluye que a pesar de que una persona esté sufriendo por padecer de una enfermedad terminal,

o que el deseo de una persona que se encuentra cercana a la muerte sea ser asistido en su suicidio, no son causas suficientes para que estas personas mueran en manos de un tercero (McCormack, et al., 2012).

De los países en los que el suicidio asistido está permitido legalmente, se tiene un conocimiento más profundo de la ley; como se mencionó al inicio de este documento, tres países europeos (Holanda, Suiza y Luxemburgo) y tres estados de los Estados Unidos de Norteamérica (Oregón, Washington y Montana).

El Código Penal Holandés determina que asistir en el suicidio a otra persona está prohibido, y realizarlo debe pagarse con prisión o multa. Sin embargo, la Ley de 2001 que hace referencia a darle fin a la vida por petición propia y suicidio asistido, indica los requisitos para que este procedimiento se lleve a cabo de manera legal (Delbeke, 2011). Al año siguiente la eutanasia también es permitida, en un proceso en el que después de una segunda opinión, al médico se le permitirá terminar con la vida de su paciente cuando este está sufriendo de dolores insoportables e incurables y haya hecho el pedido explícito de querer morir (Van Hooff, 2004). Es así como el 80% de los pacientes que han recibido eutanasia y suicidio asistido, han sido aquellos que padecen cáncer. Además se ha establecido que uno entre seis pacientes con cáncer opta por la eutanasia o el suicidio asistido como opción al final de la vida. Un ejemplo de ello se ha producido en Australia. Allí se han reportado siete casos de asistencia para la muerte en el territorio del norte, y todos ellos han sido de pacientes con cáncer (Emanuel, 2001, en Emanuel et al., 2001).

Por su lado, Luxemburgo no cuenta con una ley que penalice el suicidio asistido, pero tampoco es clasificado como un delito menor a un asesinato, por lo cual puede ser condenado a la cadena perpetua. A pesar de lo anterior la Ley de 2009 sobre la eutanasia y el suicidio asistido fue despenalizada y así permitida (Delbeke, 2011).

En Suiza gracias al artículo 115 del Código Penal en el que se estipula que una persona, que por motivos egoístas, ayuda o es cómplice de un suicidio, será castigado con pena de prisión de hasta cinco años, el suicidio asistido sólo será sancionado si se comprueban cuatro elementos: (1) un suicidio fue cometido o intentado, (2) un tercero fomentó o ayudó en el suicidio, (3) el tercero actuó por motivos egoístas, y (4) el tercero actuó deliberadamente (Delbeke, 2011, p. 150). Sin embargo, de acuerdo a la sentencia de 2006 de la Suprema Corte Suiza, se aplican normas más estrictas cuando la asistencia se presta por un médico. Un médico que prescribe pentobarbital sódico tiene que cumplir con las siguientes condiciones: (1) El paciente tiene que estar cerca del final de su vida; (2) las alternativas deben haber sido discutido y (3) el médico debe haber convencido a sí mismo de que el paciente tiene la capacidad de decisión, que su solicitud está bien considerada, estable y no es el resultado de presiones externas” (Delbeke, 2011, p.155).

Estados Unidos, ofrece diferentes e interesantes opiniones con respecto al suicidio y el suicidio asistido, debido a la autonomía de cada uno de los Estados, además las leyes que los rigen están orientadas hacia la protección de los derechos de sus ciudadanos, y entre estos derechos se encuentra la vida. Pero para el Estado, es imposible impedirle a una persona competente que se encuentra bajo tratamiento médico que no lo suspenda o lo retire si ésta es su decisión final. En estos casos lo único en lo que el Estado debe interesarse es en juzgar si esta decisión es realmente el deseo de la persona que lo solicita y que además tiene pleno conocimiento de lo que le podría suceder. Para que esto sea posible es mejor que las personas dejen por escrito sus deseos, para poder ser comprobados en casos en los que las personas no puedan hablar ni expresarse de algún modo por sí mismos (Zimbelman, 1999). Aun así en todo el

país no se considera el intento de suicidio como un crimen, pero las jurisdicciones de algunos Estados obligan a que las personas que intentaron suicidarse sean hospitalizadas y estén bajo observación psicológica (Sharma, 2009).

El reconocimiento del derecho que tienen los pacientes en los Estados Unidos de rechazar algunos tratamientos médicos que podrían mejorar su calidad de vida, da lugar a preguntarse si ¿No sería también justo que los pacientes pudieran solicitarles a sus médicos que les inyecten una dosis letal de medicamentos para acabar con su sufrimiento? (Neil, 2006b).

En respuesta positiva a esta pregunta, Oregón aprueba el suicidio asistido en 1994, aunque el margen de votación fue estrecho. Pese a la lucha de la Iglesia por evitarlo y desaprobarlo, en 1997 fue nuevamente votado y aprobado (Death under Oregon suicide law reported, 1998; Quill, 2001, en Emanuel et al., 2001).

Lo anterior implica que no se prohíbe que un médico calificado le dé a su paciente un medicamento que alivie su dolor, incluso si este causa pérdida de la consciencia o aceleración de la muerte, lo que destaca el derecho que tiene el paciente terminal a no sufrir (Foley y Hendin, 2002).

El primer caso de suicidio asistido en Oregón fue el de una mujer de 80 años que recibió una dosis letal de barbitúricos tras enterarse de una recaída de cáncer de seno 20 años después de estar libre de esa enfermedad y del anuncio por parte del médico de que su supervivencia no superaba los 2 meses. Reportó en un video hecho por ella y divulgado por la familia, que no quería continuar viviendo de esa manera; por ello se acogía a la nueva ley en Oregón que aprobaba el suicidio asistido en personas mayores con una enfermedad terminal, con una expectativa de vida de no más de 6 meses y que estuvieran aptas mentalmente para tomar la decisión. Esta mujer fue condenada por el arzobispo y la iglesia católica (Death under Oregon suicide law reported, 1998).

Durante los primeros dos años de la legalización del suicidio asistido en Oregón, no se describieron situaciones en las que el paciente no hubiera muerto durante el procedimiento ni tampoco que este hubiera tomado mucho tiempo. Caso contrario a lo que ha sucedido en Holanda, donde han existido problemas en cuanto a la correcta aplicación del suicidio asistido. Allí se han reportado casos en los que los pacientes no han entrado en coma, han despertado del coma después de tomar la medicación, o el procedimiento ha tomado más tiempo de lo esperado, lo que hace necesario un segundo procedimiento, la eutanasia activa. Lo descrito anteriormente indica que así como se legaliza el suicidio asistido, se hace necesaria la legalización de la eutanasia activa para que los médicos no lleven a cabo estos procedimientos de manera ilegal (Emanuel, 2001, en Emanuel et al., 2001).

Volviendo a Oregón, en un estudio realizado en 2005, 208 pacientes con enfermedad terminal optaron por terminar con su vida por medio del suicidio asistido (Jones, McCullough y Richman, 2005). Otro estudio apoya esta idea, ya que demostró que el 70% de los casos en los que se ha solicitado el suicidio asistido, ha sido por parte de pacientes con cáncer (Emanuel, 2001, en Emanuel et al., 2001). A pesar de que la familia cumple un rol importante en la toma de decisión del suicidio asistido por parte del paciente, no hay datos que permitan conocer si el paciente discute activamente o no su decisión con su familia (Ganzini, Beer y Brouns, 2006).

En Washington y Montana la situación es la misma, ya que el suicidio asistido está prohibido de manera explícita; se considera un delito de clase C en el estado de Washington, que tiene una pena de máximo cinco años de prisión y una multa de 10.000 dólares, mientras que en Montana la pena se extiende a diez años en prisión y una multa máxima de 50.000 dólares. Sin embargo la Ley de Muerte Digna en Washington permite que una persona asista en el suicidio a otra sin caer en un delito, y recientemente la Corte Suprema de Montana consideró que asistir medicamente en el suicidio a un paciente que es adulto, que es mentalmente competente y

además padece de una enfermedad terminal, no es una práctica que contradiga la política pública (Delbeke, 2011). En Oregón, el suicidio asistido es considerado un delito mayor de clase B (homicidio en segundo grado), que está sancionado con una pena máxima de prisión potencial de 10 años y/o una multa máxima potencial de 250.000 dólares. Sin embargo, es posible proporcionar asistencia en el suicidio de otra persona si se cumplen los requisitos de la Ley de Muerte con Dignidad de Oregón (Delbeke, 2011).

A pesar de lo anterior la Asociación Americana de Medicina ha sido muy radical en cuanto a su posición pues asegura que los actos de suicidio asistido y eutanasia, a diferencia del rechazo o la interrupción de tratamiento, violan los principios de beneficencia y no maleficencia, ya que se están utilizando las herramientas y las habilidades médicas para terminar con la vida de un paciente, y por ello debería ser prohibido y castigado (Neil, 2006b).

Se evidencia entonces que el suicidio asistido ha sido discutido en diferentes países hasta ser aprobado, y gracias a estos se ha podido tener un conocimiento más real del procedimiento y de los involucrados en el mismo, para así generar ideas claras que contribuyan a su legislación en otros países en los que se esté considerando.

El suicidio asistido en Latinoamérica y en Colombia

La situación en Latinoamérica y Colombia es muy diferente a la planteada hasta ahora, ya que en estos países no se ha debatido tan ampliamente el suicidio asistido, las discusiones se han centrado en la eutanasia y aun así sigue siendo un procedimiento ilegal (Przygoda, 1999; Casas, Pichardo, Manzano Torres y Sánchez, 2007).

En México se ha pretendido legalizar el suicidio asistido, pero estas iniciativas han sido rechazadas, dado que a nivel ético y deontológico no existen documentos donde se evidencie el apoyo a este procedimiento, por ello tanto el suicidio asistido como la eutanasia se consideran un delito en este país (Casas et al., 2007). Sin embargo, en un estudio nacional realizado en el 2005,

se concluyó que el 56 % de los ciudadanos mexicanos estarían de acuerdo con que la eutanasia estuviera disponible para pacientes que tienen una enfermedad terminal, mientras el 42 % lo rechazaría completamente (Mitofsky, 2005, citado por Casas et al., 2007). Lo anterior demuestra que tanto el suicidio asistido como la eutanasia son temas conocidos y discutidos por la población mexicana, pero que se hace necesario analizarlos con mayor profundidad.

La situación en Argentina no es muy diferente a la presentada anteriormente, ya que en este país también se consideran ilegales las prácticas de suicidio asistido y eutanasia, procedimientos penalizados con prisión. Esto debido a que no ha existido una discusión real en el Parlamento Argentino en la que se consideren las prácticas relacionadas con el final de la vida en paciente que padecen de enfermedades terminales (Przygoda, 1999). El acercamiento más claro hacia una ley que involucre los derechos de muerte digna para un paciente son las leyes 23.464/87 y 24.193/93 en las que se hace posible suspender la asistencia respiratoria mecánica a aquellos pacientes que sean diagnosticados de muerte cerebral, bajo un estricto control de los criterios de diagnóstico. A pesar de lo anterior, existe una clara evidencia de que dichos procedimientos se llevan a cabo en el país por más de que no exista ley que los apruebe. (Przygoda, 1999).

El “homicidio piadoso” es el nombre que se le da al artículo 37 realizado por la Corte Penal Uruguay, en el que se establece que "los Jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio piadoso, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima" (Almada, Curbelo, de Pena y Panizza, 2009). Por medio de éste se pretende que no se juzgue de la misma manera a una persona que comete homicidio y otra que lo hace de manera piadosa. De esta manera, las diferentes formas de eutanasia son actos que se ejecuta de manera piadosa, aunque sean reconocidas de manera legal.

A pesar de esto, tras más de sesenta años en los que se ha debatido este artículo, es curioso que no se haya presentado el primer caso en cuya sentencia se haya utilizado (Almada et al., 2009).

Se evidencia entonces cómo el suicidio asistido no es mencionado como un procedimiento al final de la vida dentro de la legislación Uruguaya, a diferencia de la eutanasia, procedimiento que recibe tan solo un poco más de reconocimiento y de discusión en ese país.

En comparación a los países Latinoamericanos presentados anteriormente, Colombia para sorpresa de muchos ha tenido un debate más amplio, que no sólo involucra a la eutanasia como procedimiento al final de la vida, sino que también se ha considerado el suicidio asistido; en este debate se han involucrado diferentes poderes del Estado y la población en general.

La Corte Constitucional de Colombia citada por Merchán-Prince (2008) indica que:

Si un enfermo terminal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción que un tercero le ayude a hacer uso de su opción (p. 43).

Además la Corte expresa explícitamente que enfermedades terminales como el cáncer, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o la insuficiencia hepática, son ejemplos de condiciones en las que el paciente podría apelar legalmente al suicidio asistido (Cholbi, 2013).

Con lo anterior se hace exequible el homicidio por piedad, pero únicamente cuando se cuente con el consentimiento expreso del sujeto pasivo (Lozano, 2001; Merchán-Prince, 2008; Cholbi, 2013), pues si este no existiera este procedimiento sería catalogado como ilegal y se sancionaría con una pena de uno a tres años en un establecimiento carcelario (Merchán-Prince, 2008). La Corte exalta que se considera un acto piadoso porque el sujeto pasivo está sufriendo intensamente debido a una lesión corporal o una enfermedad terminal grave (Merchán-Prince, 2008).

Por otro lado se deben tener claras las siguientes consideraciones de la Corte hacia el consentimiento del sujeto pasivo que se exige para la realización de un “homicidio por piedad” (Merchán-Prince, 2008):

(1) Que el sujeto pasivo debe contar "con la capacidad intelectual suficiente para tomar la decisión"; (2) Que el consentimiento del sujeto pasivo "debe ser libre y manifiesto inequívocamente" por el mismo sujeto pasivo; (3) Que el sujeto pasivo debe tener la "información seria y fiable acerca de su enfermedad y de las opciones terapéuticas y su pronóstico"; (4) Que el consentimiento debe ser "genuino y no el efecto de una depresión momentánea". Sugiere además la Corte que "[...] bien podría el Estado exigir que la petición sea expresada en más de una ocasión, y luego de transcurrido un término razonable entre las mismas" (p. 45).

Derivado de las disposiciones anteriores, el Senado de la República de este país ha presentado diferentes proyectos de ley, con los cuales pretende reglamentar los procedimientos de Eutanasia y Asistencia al Suicidio en Colombia, bajo el argumento de dignificar la muerte (Lozano, 2001; Lucas, 2008; Merchán-Prince, 2008) pero hasta el momento el congreso no se ha manifestado, y el último proyecto de ley presentado en el 2012 ha sido archivado por vencimiento de términos (“Congreso Visible,” s.f.).

Sin embargo la Ley ha avanzado con respecto al tema de los cuidados paliativos, ya que se logró que la Corte Constitucional avalara el proyecto de Ley Consuelo Devis Saavedra, en abril de 2014. Ley que tiene como objetivo la regulación de los cuidados paliativos, en pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles, para lograr un manejo integral de los mismos, sin importar la etapa en la que se encuentre, promoviendo la muerte digna sin sufrimiento (Colprensa, 2014).

A pesar de que hace falta realizar la reglamentación de la ley, esta beneficiará a aquellos pacientes que tienen pronósticos negativos, y que el esfuerzo médico por prolongar su vida tan sólo está alargando su sufrimiento. Además el beneficio se extiende para las personas que aún no padecen de enfermedades, ya que podrán realizar un consentimiento donde se especifique su deseo de morir de manera digna, es decir que su vida no se conserve por un medio artificial (Colprensa, 2014). Esta ley está a la espera de ser sancionada por el Presidente de la República, o en última instancia por el Congreso.

Estas iniciativas por parte de algunos sectores del Estado, tienen también sus contradictores quienes argumentan que, el Estado Colombiano definido como democrático no puede apoyar proyectos en los que se viole la dignidad de las personas, pues la vida como derecho fundamental, no puede ser llevada a consenso, simplemente se tiene y se defiende. Si el Estado por el contrario apoya la muerte bajo la cobertura de la ley se convierte en un Estado totalitario (Merchán-Prince, 2008).

De igual manera que el Estado se ha manifestado positiva y negativamente acerca de la legalización de la Eutanasia y el Suicidio Asistido, los médicos y la población colombiana en general tienen sus propias opiniones que también merecen ser reconocidas.

Según el profesor Ramón Lucas (2008), la aprobación de un proyecto de ley como los mencionados anteriormente, es sólo una manera de eliminar a “viejos inútiles”, enfermos terminales, ya que si un médico con todos sus conocimientos no puede curar la enfermedad que padece un paciente, su obligación será entonces aliviarle el sufrimiento y dolor que padece, sin considerar la muerte como una opción, incluso si es el mismo paciente quien se lo pide. Su deber no es ese, además el paciente realmente no quiere morir lo único que desea es dejar de sufrir, y para ello existen los cuidados paliativos que en algunos casos tendrán como consecuencia la aceleración de la muerte del paciente, pero la primera intención siempre es aliviar su sufrimiento.

En cuanto a la opinión de los médicos, en una encuesta realizada a aquellos que trabajan con pacientes terminales con cáncer y SIDA, se encontró que un 9 % del total de médicos encuestados habían orientado a familiares y/o pacientes para terminar con la vida del paciente y de esa manera dejar de sufrir. En Bogotá, Medellín y Cartagena, tan solo un médico por cada ciudad reconoció haber participado en un procedimiento de suicidio asistido, caso contrario al que se da en la ciudad de Cali donde cinco médicos fueron los que reconocieron su participación en este procedimiento (Rodríguez y Rodríguez, 1999).

A pesar de que en la ciudad de Cali más médicos reportaron su participación en un procedimiento de suicidio asistido, las estadísticas mostraron que esta práctica no es tan común en el Valle del Cauca, y se extiende de igual manera en toda Colombia. En cuanto a la eutanasia activa en la que el médico toma la iniciativa, la práctica es más baja, reconociéndose de esta manera la autonomía para tomar decisiones que tiene el paciente y el respeto que estas merecen, por parte de los profesionales de la salud (Rodríguez y Rodríguez, 1999).

Finalmente, se evidencia que la práctica del suicidio asistido y eutanasia no es ajena a la realidad colombiana, que estos procedimientos sí son solicitados por muchos pacientes, y que por ello los médicos y estudiantes de Medicina deben prepararse para afrontar estas situaciones de la mejor manera, teniendo siempre presente que la decisión de morir es una realidad humana, que no debe ser juzgada, ya que un factor como el sufrimiento puede llevar a algunos pacientes con enfermedades terminales incurables a desear la muerte antes de seguir con vida y a tener que experimentar un dolor insoportable que sólo ellos saben cómo se siente (Rodríguez y Rodríguez, 1999).

Lo anterior es el panorama de lo que está sucediendo a nivel mundial con el suicidio asistido. Los argumentos que los gobiernos de cada país dan para su aprobación o rechazo, y la experiencia que algunos han tenido, ayudan a recolectar información importante y necesaria para

su discusión, sin embargo hace falta conocer la relación y los argumentos que tiene la iglesia cristiana con respecto al suicidio asistido que serán presentados a continuación, para realizar un análisis detallado y completo del tema.

Creencias religiosas y suicidio asistido

Creencias religiosas sobre la vida y la muerte

La religión y la espiritualidad se han convertido en los caminos por los cuales las personas han querido enfrentarse a las leyes de la naturaleza y su realidad, como lo son la vida y la muerte; en especial, esta última ha sido foco de interés por el desconcierto y el miedo que puede generar (Reiner, 2007).

La palabra vida no tiene en sí misma un significado preciso que pueda ser aceptado universalmente, por ello existen tantos misterios y preguntas sin resolver alrededor de la misma, el hombre entonces está en una constante búsqueda de respuestas cada vez más elaboradas que puedan ser aceptadas dentro de su moral y espiritualidad. Se dice que esta búsqueda no termina con el final de la vida terrenal sino que continúa después de la misma, es así que para una persona que decide terminar con su vida, la búsqueda de significado continúa (Sharma, 2009).

Cuando una persona por alguna enfermedad, por ejemplo comienza a pensar que el valor de buen vivir en su vida se está perdiendo, y que por ende ya no tiene sentido continuar pues únicamente se estaría alargando el sufrimiento, empieza a considerar que esa vida insana no debe ser obligada a vivir por nadie pues sería inhumano, ganándose el derecho de morir pero al mismo tiempo, perdiéndose la obligación de vivir adquirida al momento de nacer (Cardenal Caffarra, 2008).

Lo anterior demuestra que la verdad que profesa el cristianismo acerca de la muerte está siendo cuestionada, y la muerte se está convirtiendo en un hecho natural de causalidad o necesidad que se procura sea sometido al libre albedrío de cada persona, pues esta decisión

depende y debe depender de cada uno. La importancia será entonces la valoración existencial que la persona da a su permanencia en el mundo. La realidad biológica de la muerte está tomando mayor importancia, lo que significa que es un hecho natural en el que simplemente el cuerpo desaparece de la realidad, y cualquier valor ético que la muerte pudiera tener se disminuye o elimina (Cardenal Caffarra, 2008).

La elección de la eutanasia como opción al final de la vida se sustenta en la idea anterior, en la que la persona elige libremente morir dado el poco valor que tiene su vida y la ilusión empobrecida que tiene sobre su futuro, este argumento hace que muchas personas empiecen a dudar y a considerar la eutanasia como una buena opción, sin tanto remordimiento. Por otro lado al elegir morir por medio de este u otro procedimiento, hace que el poder que el cristianismo le da a la muerte en cuanto a la designación divina de la eternidad desaparezca, es decir el destino eterno de esta persona ya no está en manos de Dios (Cardenal Caffarra, 2008).

La tradición cristiana a través del tiempo ha establecido que la dignidad y el carácter sagrado de la vida humana como imagen de Dios (Génesis 1: 26-27) es inviolable. Es por esto que la Biblia plantea que la toma de la vida humana, así como la negación de Dios mismo, están entre los pecados más graves y peor castigados (Gen. 9, 5-6) (Engelhardt y Smith Iltis, 2005; May, 2003; Schirmacher, 2003; Hamil-Luker, y Smith, 1998; Donovan, 1997).

Este mismo argumento serviría a favor de los procedimientos al final de la vida, ya que la dignidad de la vida de una persona estaría siendo violada al permitir que esa persona tenga que pasar por todo un proceso de agonía y sufrimiento antes de que llegue su muerte, además de ceder el control a máquinas que sólo enlentecen el inevitable deterioro de la salud (Cohen, 1996).

Por otro lado, el cristianismo con base en las escrituras que sigue fielmente, apoya la idea de Sócrates en la que los dioses eran los únicos dueños del hombre (Jones et al., 2005, Donovan, 1997; Cohen, 1996), ya que consideran que el cuerpo y el alma de los hombres, no son de su

pertenencia: “No temas, que yo te he liberado; yo te llamé por tu nombre, tú eres mío” (Isaías 43:1).

Siguiendo esta misma línea, San Pablo indica que el cuerpo del hombre es únicamente un templo en donde este reside como inquilino por un tiempo; idea mencionada también por Platón quien consideraba que el cuerpo era la prisión del alma, que está sufriendo el castigo del pecado. Ideas igualmente reforzadas en las escrituras (Tarkki, 2004): “¿No sabéis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo que Dios os ha dado, y que el Espíritu Santo vive en vosotros? No sois vosotros vuestros propios dueños” (Corintios 1 6:19).

Dios es entonces el único dueño de la vida del hombre, lo tiene como derecho por haber sido su creador, al elegir morir se actúa en contra de su voluntad y se restringe su derecho (Tarkki, 2004; Hamil-Luker, y Smith, 1998; Denovan, 1997): ...”lo que se entierra es un cuerpo material, lo que resucita es un cuerpo espiritual. Así como hay cuerpo material, también lo hay espiritual” (Corintios 1 15:44).

Tarkki (2004) cita también a Alvin J. Reines quien denominó a los siguientes puntos el argumento de la revelación de la autoridad de Dios creador, quien ha creado todo lo que existe excepto a Él mismo.

1. Dios es dueño de todas las cosas y todas las personas, esto implica que Dios posee toda autoridad sobre todo, incluyendo las personas.
2. Dios ha distribuido mandamientos para que las personas los obedezcan.
3. Dios ha delegado elementos de su absoluta autoridad para ser líderes religiosos. Estos líderes tienen derecho de obligar a cumplir estos mandamientos.
4. Las personas deberán rendir toda o una porción de su propia autoridad a estos líderes religiosos.

Se ve entonces la importancia que se le da a Dios como creador de la vida humana y su derecho a controlarla, además del poder que tienen algunos al ser líderes religiosos para hacer cumplir estos mandamientos, todo esto con el objetivo de que las personas comprendan la posición que tienen dentro del reino de Dios.

Para la iglesia católica romana, la agonía mental de la muerte es parte del plan que Dios tiene para las personas y los pecados que han cometido. Algunos sufrimientos son necesarios y pueden ser la oportunidad para un crecimiento espiritual, así como Cristo lo hizo cuando murió en una cruz sin dignidad pero con mucha humildad (Fernandes, 2010; Engelhardt, y Smith Iltis, 2005; Engelhardt, 2003; Engelhardt, 1998b; Kaczor, 1998; Stempsev, 1997, Cohen, 1996), al igual que otros santos en los que se resalta su aceptación voluntaria de sufrimiento y de la llegada de la muerte a sus vidas, siguiendo con los designios de Dios (Engelhardt, 1998a; Kaczor, 1998). San Agustín confirmaría lo anterior, al señalar que el suicidio es el gran pecado que debe ser evitado a toda costa, ya que si se permite, la persona estaría perdiendo la oportunidad de la penitencia (Engelhardt y Smith Iltis, 2005; Tarkki, 2004).

Fernandes (2010), reafirma estas ideas al mencionar que el sufrimiento vivido por Cristo debe ser compartido por todos sus fieles, así que si un médico realiza un procedimiento como el suicidio asistido, le estaría quitando la posibilidad a esa persona de transformarse en el sufrimiento y lo estaría condenando. Lo que se espera entonces es que no se elimine el sufrimiento sino que este se acoja en un acto de amor y arrepentimiento que no sólo vivirá la persona sino que también sea acompañado por la comunidad.

A partir de lo anterior las decisiones que se toman al final de la vida están basadas en el lugar que el arrepentimiento tiene en la vida de las personas, es así como aquellos que consideran estar realmente arrepentidos pueden rechazar procedimientos que enlentezcan su muerte pues ya no tienen por qué más vivir, mientras que aquellos que sienten que aún necesitan un tiempo para

arrepentirse y recibir perdón pueden optar por este tipo de procedimientos (Engelhardt y Smith Iltis, 2005). Cuando se dan casos en los que la muerte es provocada por omisión o comisión, se estaría atentando contra el propósito de santidad que la iglesia tanto defiende, ya que en ningún momento se reflejaría en estos actos una sumisión plena a los mandatos de Dios (Engelhardt, 1998a; Engelhardt, 2003; May, 2003; Denovan, 1997). La salud finalmente toma un significado de salvación eterna (Engelhardt, y Smith Iltis, 2005). Al respecto, el Cardenal Caffarra (2008) deja una reflexión en la que indica que:

El hombre debería situarse ante Dios únicamente, pues es el único que proveerá la esperanza y la vida eterna. Se debería entonces enfocar a las nuevas generaciones a pensar en lo siguiente: “El deseo que brota del corazón del hombre ante el supremo encuentro con el sufrimiento y la muerte, especialmente cuando siente la tentación de caer en la desesperación y casi de abatirse en ella, es sobre todo aspiración de compañía, de solidaridad y de apoyo en la prueba. Es petición es de ayuda para seguir esperando cuando todas las esperanzas humanas se desvanecen” (p.771).

La unión con Dios se ve entonces condicionada a la práctica de las enseñanzas acerca de la vida y la muerte, que él mismo le dejó al mundo, donde evidentemente no caben procedimientos como el suicidio asistido o la eutanasia, que lo único que harán será alejar a las personas del amor que debe ser profesado hacia uno mismo, hacia los demás y sobre todo a Dios (Engelhardt, 1998a).

Contrario a las ideas anteriores, autores humanistas como Donne, Hume, Voltaire, Goethe y Hemingway, han demostrado cómo la fe en la existencia de otra vida se ha ido disminuyendo para darle paso a la idea que las personas tienen una libre disposición de su propio cuerpo (Saunders, 2001, en Emanuel et al., 2001).

Algunas personas argumentan que la muerte es una de las más grandes heridas que una persona puede recibir de otra, por ello los proveedores del cuidado de la salud deben hacer todo lo posible para prevenir la muerte de sus pacientes. Por otro lado se encuentran aquellas personas que no se van al extremo de considerar la muerte como una gran herida, sino que piensan que la única muerte que debe ser aceptada es la que viene de forma natural (Liaschenko, 1997; Traina, 1998), esta es la muerte “buena”, que viene después de un largo proceso de cuidados paliativos (Liaschenko, 1997).

De acuerdo con lo establecido previamente, la religión influencia las ideas que las personas tienen sobre la vida y la muerte, lo que las lleva a juzgar bien o mal los avances en los procedimientos médicos, de igual manera como argumentan su aceptación o rechazo.

Creencias religiosas y suicidio asistido al final de la vida

La muerte digna es un tema de relevancia en estos tiempos, se argumenta que una persona no debe morir de forma dolorosa ni solitaria, por ello han surgido las opciones al final de la vida que pretenden acabar rápidamente con el sufrimiento del paciente, lo que ha generado mucha polémica, convirtiéndose en un tema de discusión hasta en un ámbito político (Cardenal Caffarra, 2008; Zimbelman y White, 1999; Engelhardt, 1998b), pero con el avance de la Medicina, los cuidados paliativos y la atención médica de alta calidad, algunos consideran que no es necesario terminar con la vida de un paciente con la excusa de aliviar su dolor (Cardenal Caffarra, 2008; Harris, 2004; Schotsmans (2003) citado por Delkeskamp-Hayes 2003; Foley y Hendin, 2002; Engelhardt, 1998a).

Por lo anterior, muchas personas se oponen a la legislación del suicidio asistido, algunos lo hacen bajo argumentos de naturaleza religiosa, bajo los cuales se cuestiona el valor de santidad de la vida dado que cometer suicidio asistido sería más una violación de la voluntad de Dios que

el alivio del sufrimiento mismo del paciente (Schirmacher, 2003; Foley y Hendin, 2002; Engelhardt, 1998b; Traina, 1998; Cohen, 1996).

Además el acto propio de suicidio, en el que la persona tiene el valor para auto-destruirse, cambió totalmente el pensamiento que se tenía sobre la vida que debía ser vivida y la muerte que debía ser temida. Al atentarse contra estos supuestos tradicionales, se empieza un debate con una alta carga emocional, encontrándose así personas a su favor y en contra (Sharma, 2009).

Aquellos que argumentan su descontento con este procedimiento por argumentos religiosos, son probablemente personas mayores. Reiner (2007) indica que en tanto las personas van envejeciendo, su relación con la religión, la espiritualidad y la asistencia a la iglesia se va incrementando, pues para estas personas la muerte está más cerca ya sea por su edad o por el diagnóstico de una enfermedad terminal. Así, las personas se aferran a la religión, logrando sentirse menos estresadas, solas, tristes, y sintiendo que su autoestima mejora. Lo anterior, mantendrá el equilibrio en el final de su vida (Reiner, 2007).

Por su parte, Zimbelman y White (1999) exponen tres ideas que consideran principales para fundamentar la idea de que ayudar a una persona o causar su muerte es un acto equivocado:

- 1) La santidad de la doctrina de la vida, 2) la importancia moral de la responsabilidad personal y
- 3) la relevancia moral de los motivos o intenciones del agente.

La santidad de la vida hace referencia a que la vida de cada persona es sagrada y por ello se debe respetar y proteger. En consecuencia, cuando se comete suicidio o se ayuda a alguien en un suicidio asistido, se pierde el respeto y la protección. Hay profesiones que afirman su rechazo a estas prácticas en sus respectivos códigos de ética.

El segundo punto indica que una persona debe ser responsable de un acto, cuando la causa es próxima o inmediata; responsable tanto moralmente del acto como de las consecuencias.

Finalmente el tercer argumento se basa en las motivaciones o intenciones de quien realiza la

acción. Una acción moral será correcta cuando los motivos del sujeto son buenos, caso contrario cuando los motivos de esta persona son condenables o malos, convirtiéndose el acto en moralmente incorrecto (Zimbelman y White, 1999).

En concordancia con estas afirmaciones en las que se argumenta la razón para catalogar el suicidio asistido como un acto condenable y equivoco O'Neill, et al. (2003) citando a Suárez-Almazar et al. (1997), a Bachman (1996) y a Ward (1980), afirman que las actitudes de las personas se ven afectadas por diferentes variables, una de ellas es precisamente la religión, estudios han demostrado que una alta afiliación religiosa correlaciona positivamente con el rechazo de la eutanasia y del suicidio asistido (Steck et al., 2014).

Se ha encontrado por ejemplo que los protestantes liberales, judíos y agnósticos, generalmente tienden a estar de acuerdo con el suicidio asistido, mientras que los protestantes conservadores y católicos tienden a exhibir su gran oposición en cuanto a este tema y la finalización de un tratamiento en una enfermedad terminal. El debate anterior tiene dos puntos de vista: por un lado están aquellos quienes prefieren la autonomía en la decisión entre la vida y la muerte; mientras por el otro lado están quienes están a favor del dominio absoluto en la transición de la vida a la muerte, es decir Dios es el único que puede controlar esto (Burdette et al., 2005). Según estos mismos autores, la influencia de la religión en la opinión hacia el suicidio asistido y los cuidados paliativos en pacientes terminales puede ser explicada a través de dos formas: la primera consiste en la asistencia a la iglesia; y la segunda en la fuerza de afiliación religiosa (Burdette et al., 2005). Es por esto que las personas que son protestantes conservadores tienen una fuerte posición en contra del suicidio asistido y los cuidados paliativos, ya que estos asisten constantemente a la iglesia y ven a la Biblia como la palabra literal de Dios. Los procedimientos del suicidio asistido y cuidados paliativos contradicen las escrituras bíblicas, sobre todo aquellas

partes donde se enfatiza en el carácter sagrado de la vida y la sumisión a la autoridad de Dios (Mavroforou y Michalodimitrakis, 2001).

En cuanto a los protestantes moderados, su posición está dividida, pues existen iglesias donde el suicidio asistido y los cuidados paliativos no son procedimientos condenables, pero otras iglesias que sí los condenan. Además su visión de Dios no es de un ser vengativo, y tampoco toman la Biblia como la palabra literal de éste, por ello no hay posibilidades de pensar que lo que se pretende con estos procedimientos es usurpar el puesto de Dios (Burdette et al., 2005).

Una visión diferente es la que tienen los protestantes liberales, quienes consideran que ante el tema del final de la vida, debe primar la autonomía de las personas, además de tener una actitud tolerante hacia los cuidados paliativos (Burdette et al., 2005).

Finalmente, en su estudio Burdette et al. (2005) encontraron que los católicos tienen ideas similares a los protestantes moderados, sin embargo la institución de la iglesia católica ha hecho conocer de diferentes maneras su firme oposición al suicidio asistido, ya que consideran que Dios es el único dueño de la vida y terminar con ella es despreciar el mejor regalo que Dios da (Burdette et al., 2005; Jones et al., 2005; Sharma, 2009; Engelhardt, 1998b; Hamil-Luker, y Smith, 1998 ; Denovan, 1997; Stempsev, 1997; Cohen, 1996). Por otro lado la iglesia católica asume a Dios como autoridad de la misma manera que lo hacen los protestantes conservadores, con la diferencia de que la primera ha perdido la capacidad de regular las actitudes y comportamientos de sus seguidores, llevando a que estos no crean en la Biblia como la palabra literal de Dios, a quien tampoco ven como alguien vengativo que debe ser temido (Burdette et al., 2005).

Siendo la Biblia el libro más importante para los católicos y en el cual basan muchas de sus creencias, en esta no se hace una mención literal acerca de la prohibición del suicidio, sin

embargo relatos como el del “pecado original” cometido por Adán y Eva e incluso la muerte de Jesús, podrían ser considerados como actos de suicidio, ya que en cada uno de los relatos sus protagonistas conocían que la muerte llegaría a sus vidas y aun así dejaron que esta sucediera (Tarkki, 2004). No obstante, este argumento se refuta aclarando que la muerte de Jesús no puede ser considerada como un suicidio, sino como un acto de humildad y sumisión profunda, pues este se estaba poniendo en el lugar de los otros para salvarlos, además de seguir los designios de su padre, Dios (Kaczor, 1998).

Sorprendentemente en la Biblia se puede encontrar una historia que podría ser asumida como un suicidio asistido: el relato de la muerte de Abimélec (Tarkki, 2004):

Después Abimélec marchó sobre Tebes, se preparó para atacarla y la tomó. En el centro de aquella ciudad había una torre, y en ella se escondieron todos los habitantes de la ciudad, hombres y mujeres. Cerraron bien las puertas y subieron al techo; pero Abimélec llegó hasta la puerta de la torre y la atacó. Ya se disponía a prenderle fuego, cuando una mujer arrojó una piedra de molino que le dio en la cabeza y le rompió el cráneo. Abimélec llamó en seguida al que portaba sus armas y le dijo: “Saca tu espada y mátame, porque no quiero que se diga que me mató una mujer.” Entonces su ayudante lo atravesó con la espada, y así murió” (Jueces 9:50-54).

En la Biblia también se imposibilita a la persona que comete suicidio de gozar del acto de ser sepultado. Pero no siempre este acto fue condenado; en tiempos romanos y cristianos, cuando una persona sufría de una acción grave, como una violación, podía tomar una decisión que la llevaría a un camino virtuoso u honorable, de esta manera podía acceder al perdón de su familia y la sociedad (Sharma, 2009).

En consecuencia con lo anterior, el hecho de que la prohibición del acto del suicidio no sea mencionada en la Biblia, ha servido de argumento para apoyar la idea de que no es un pecado considerar algunos procedimientos al final de la vida de una persona.

Sin embargo la iglesia Católica ha luchado incansablemente por que esta idea no sea compartida por sus fieles, pues indica que el hecho de que no se mencione este acto expresamente en la Biblia no significa que se interprete como una aprobación arbitraria a este acto (Cohen, 1996), es por ello que ha hecho conocer su opinión mediante argumentaciones publicadas en diferentes medios.

Por ejemplo, en uno de los documentos más importantes para la iglesia Católica , el Catecismo Católico, se exponen diferentes artículos que revelan su opinión frente a diversos temas que son relevantes tanto para la iglesia como para la sociedad en general, uno de estos es la eutanasia, frente a la cual la iglesia indica que:

Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable. Por tanto, 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 (Catecismo, 2277).

A pesar de que lo anterior demuestra la gran oposición de la iglesia católica a un procedimiento como la eutanasia, esta tiene una opinión particular cuando se considera la interrupción de algún tratamiento médico indicando que:

La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos, extraordinarios o desproporcionados a los resultados puede ser legítima. Interrumpir estos tratamientos es rechazar el “encarnizamiento terapéutico”. Con esto no se pretende provocar la muerte; se acepta no poder impedirla. Las decisiones deben ser tomadas por el paciente si para ello tiene competencia y capacidad o, de lo contrario, por los que tienen los derechos legales, respetando siempre la voluntad razonable y los intereses legítimos del paciente (Catecismo, 2278).

Finalmente se exalta a la realización de cuidados paliativos para aquellas personas que están en el final de su vida, ya que este procedimiento es visto como una forma de caridad que no tiene interés alguno:

Aunque la muerte se considere inminente, los cuidados ordinarios debidos a una persona enferma no pueden ser legítimamente interrumpidos. El uso de analgésicos para aliviar los sufrimientos del moribundo, incluso con riesgo de abreviar sus días, puede ser moralmente conforme a la dignidad humana si la muerte no es pretendida, ni como fin ni como medio, sino solamente prevista y tolerada como inevitable. Los cuidados paliativos constituyen una forma privilegiada de la caridad desinteresada. Por esta razón deben ser alentados (Catecismo, 2279).

Otro documento en el que la iglesia Católica expone su rechazo abiertamente a la eutanasia y en el que también se refiere al suicidio asistido es la Carta Encíclica: *Evangelium Vitae*, realizada por Juan Pablo II, dirigida a obispos, sacerdotes, diáconos, religiosos, religiosas, fieles laicos, y todas las personas de buena voluntad, acerca del valor y el carácter inviolable de la vida humana.

Compartir la intención suicida de otro y ayudarlo 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 éste 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 » (Epístola 204, 5: CSEL 57, 32, citada por Juan Pablo II). 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, *Evangelium Vitae*, 66).

En esta carta se invita a que las personas dejen de pensar en la muerte como una solución que alivia el sufrimiento del otro, y se den cuenta que tiene mayor valor cuidarlos en su enfermedad y dolor con mucha paciencia y amor.

Para una persona con afiliación cristiana la idea de recibir adecuados cuidados paliativos y estar acompañada todo el tiempo por el personal médico, sintiendo apoyo de estos, está más acorde con su filosofía de muerte que decidir ella misma sobre el final de su vida (Childs, 1997).

Los resultados concuerdan entonces con la literatura, lo que indica que la asistencia a la iglesia está asociada positivamente con las actitudes conservadoras hacia el suicidio asistido y la

atención paliativa terminal (Emery y Pargament, 2004 citados por Reiner, 2007; Burdette et al., 2005).

Toda la argumentación presentada por la iglesia para calificar el suicidio asistido como un acto incorrecto sólo puede ser entendida por aquellos que llevan una vida cristiana, ya que sólo ellos comprenden el significado que tiene la muerte con sufrimiento que fue experimentada por Jesús para la salvación de la humanidad, y que debería ser replicada por los fieles en un acto de sumisión y humildad absoluta (Engelhardt, 1998b).

No obstante no puede malentenderse la explicación que dan los cristianos a una muerte dolorosa, ya que no es que deseen y oren por tenerla; es más, oran por lo contrario. Pero si el designio de Dios es que la muerte llegue de esta manera, no se opondrán a su mandato. Además, los cristianos se compadecen de los demás y en consecuencia orarán porque Dios tome la vida de estas personas que están sufriendo y sea él quien deje de prolongar sus vidas (Engelhardt, 1998b).

Mientras las instituciones religiosas se encargan de crear argumentos en contra del suicidio asistido, estas podrían considerar la posibilidad de ayudar a los cuidadores y a los familiares a aceptar la decisión que han tomado los pacientes de morir a través del suicidio asistido o la eutanasia voluntaria activa (Engelhardt, 1998b).

Sin embargo, no sólo han sido las diferentes religiones las que se han pronunciado frente a procedimientos como la eutanasia y el suicidio asistido, sino que se ha encontrado que diferentes filósofos en sus respectivos tiempos ya tenían opiniones frente a una muerte asistida.

Las leyes en la antigua Atenas condenaban el suicidio como si fuera un crimen, este acto era culpado y castigado, ya que a la persona suicida que quedaba viva se le amputaba su mano y en caso de que muriera, al cadáver se le negaban todos los rituales funerarios tradicionales (Neil, 2006a).

En su diálogo Fedón o Sobre el alma, Platón argumenta que si un filósofo está en búsqueda de la verdad debería esperar la muerte natural y no el suicidio, ya que este acto lo encerraría por siempre en la cueva de la oscuridad de la vida humana. Pero para la Ley propia de Atenas, Platón indicó tres excepciones en las cuales el suicidio no sería castigado: (1) una orden judicial; (2) tener una desgracia insoportable; (3) tener una desgracia moral. La condición que Platón expone como desgracia insoportable no era totalmente aprobada por él, pero sí mostraba compasión a quienes la poseían, actualmente esta desgracia podría ser comparada con la depresión o enfermedad mental (Neil, 2006a).

Sócrates por su parte, dentro de sus ideas indicó que eran los dioses los únicos dueños del hombre. En consecuencia, si el hombre cometía suicidio, este sería juzgado como un acto ofensivo ya que podría ser comparado con una situación en la que una persona tiene alguna posesión muy valiosa, pero esta posesión se libera por sus propios medios, acto que generaría que el dueño se molestara mucho (Jones et al., 2005).

Tiempo después, San Agustín basaría su argumento en contra de este acto en el sexto mandamiento de “No matarás”, ya que claramente el suicidio es un acto en el que se está matando, por ende viola este mandamiento y la iglesia lo prohíbe (Neil, 2006a).

Argumento frente al cual Joseph Fletcher citado por Cohen (1996), establece que así como se ha hecho una excepción de este mandamiento en los casos de la guerra y de la condena por una falta capital, debería hacerse también para aliviar el dolor y sufrimiento que está padeciendo una persona.

Santo Tomás de Aquino fundamentó sus ideas contra el suicidio gracias a los argumentos de San Agustín y Aristóteles. Aquino estableció que cometer suicidio: (1) iba en contra de la naturaleza y de las enseñanzas de la Iglesia de amar y cuidar de uno mismo; (2) no solo se estaría afectando quien comete el suicidio sino también toda la comunidad a la que pertenece como parte

de un todo; (3) finalmente y el argumento principal de Aquino y la Iglesia es atentar contra los designios de Dios, que es el único con poder sobre la vida y la muerte de las personas. Aquino concluye entonces que el suicidio cometido de forma racional y deliberada es un acto perjudicial para el bien básico de la vida humana. Pero el suicidio no intencionado se clasifica en una categoría diferente que no siempre es juzgado como moralmente ilícito. Este tipo de suicidio no intencional se da por ejemplo en personas deprimidas, con enfermedades mentales, que están bajo situaciones de violencia, temor, dolor o ira (Neil, 2006a).

La influencia de estas ideas fue tan grande que hasta el mismo Dante Alighieri ubicó al suicidio, en su obra *La Divina Comedia*, en lo más profundo del hoyo del infierno pues al igual que los filósofos mencionados y la iglesia cristiana, este poeta consideraba un pecado rechazar la vida dada (Jones et al., 2005).

Más adelante, la aprobación de estos procedimientos empezó a tomar importancia entre las personas al considerarse como un método a través del cual podían eliminarse aquellas personas que en lugar de contribuir a la sociedad, le generaban un costo que no podía ser cubierto (Neil, 2006a).

El profesor de psiquiatría Alfred Hoche y el profesor de leyes Karl Binding, en 1920 publicaron “Permitiendo la destrucción de la vida indigna”, donde abiertamente indicaban que las personas tenían derecho a escoger libremente si querían un suicidio asistido o la eutanasia como opción al final de su vida, pero que también la eutanasia no voluntaria para personas con enfermedades mentales era necesaria, justificando este acto en el valor negativo que estas personas tenían para la sociedad y que por ende no era un delito, era más bien un acto de gran utilidad (Neil, 2006a).

Earnest Hooten profesor de Harvard y seguidor del Darwinismo social fue otro de los que impulsó la eutanasia para quienes tenían enfermedades sin esperanza, deficiencia y deformidad congénita (Neil, 2006a).

Por último, la Dra. Inez Celia Philbrick con un pensamiento un tanto diferente, trató de introducir en 1937 un proyecto de ley en el que se legalizara la eutanasia. En este se pretendía que no solo se le permitiera la eutanasia voluntaria a aquellos adultos que sufrían de una enfermedad terminal, sino también proveer medicamentos para morir a personas incompetentes mentalmente y menores que sufrían de enfermedades incurables y fatales, sin su consentimiento. A pesar de que este proyecto nunca fue aprobado, sí fue el primer paso para abrir una gran discusión en torno a la eutanasia para personas con enfermedades mentales y físicas incurables (Neil, 2006a).

Las ideas que plantearon estos autores anteriormente confirman que los procedimientos de suicidio asistido y la eutanasia podrían ser utilizados en contra de grupos de personas vulnerables, a los que sería mejor eliminar, argumento en el que también se basan la iglesia y los opositores de estos procedimientos para defender su posición (Steck et al., 2014; Cohen, 1996).

Así como las ideas anteriormente mencionadas sirvieron de influencia para generar discusión frente a las políticas de muchos países, las creencias tradicionalistas de la Iglesia Cristiana también han sido protagonistas, ya que no solo han influenciado a personas de su comunidad, llegando a que estas creen principios para juzgar los actos, como el principio de Rogatz Goldilocks el cual indica que “Morir por suicidio asistido es muy pronto, morir después de un tratamiento de alta tecnología para prolongar la vida es muy tarde, y la muerte natural es solo lo correcto” (Jones et al., 2005, p. 106). Esto resalta que Dios tiene un interés en el momento en el que morimos, Él es el que tiene la respuesta (Jones et al., 2005).

En algunos gobiernos se ha visto la influencia de las creencias o principios religiosos en la legislación del suicidio asistido. Por ejemplo, la Suprema Corte de los Estados Unidos, basada en leyes Anglo-Americanas construidas con base en la moral cristiana, defiende la prohibición del suicidio asistido y la eutanasia como opciones al final de la vida (Engelhardt Jr y Smith Iltis, 2005).

Es erróneo considerar que los procedimientos del suicidio asistido y la eutanasia tienen efectos únicamente sobre el paciente, pues también afectan la red social del paciente (Muller et al., 1996), pues al igual que el paciente, sus miembros manejan sus propias creencias religiosas. Aquellos familiares que están de acuerdo con el suicidio asistido generalmente son personas con una religiosidad disminuida o preocupados por su propio bienestar físico y mental que se está viendo afectado por la enfermedad del paciente (Ganzini, et al., 2006).

Generalmente, los miembros del personal médico que se verían involucrados en la realización de un suicidio asistido o eutanasia no suelen ser tenidos en cuenta. Al igual que los pacientes, los médicos tienen creencias religiosas y actitudes sobre la muerte que pueden influir en la realización de algún procedimiento, afectando la relación médico-paciente (May, 2003; Pugh et al., 2009).

Para médicos, enfermeras y todo el personal de salud, ayudar a morir es una cuestión que involucra muchas áreas de sus vidas, generando confusiones a nivel psicológico, existencial y en algunos casos religioso, ya que por un lado pueden considerar que terminar con la vida de un paciente que está sufriendo es lo mejor para él, pero por el otro sus creencias dicen que lo que debe prevalecer siempre es la vida (Zimbelman y White, 1999).

De hecho, la espiritualidad es un tema de gran sensibilidad tanto para los médicos como para los pacientes, por ello a los médicos no se les puede olvidar que deben tener en cuenta los valores espirituales de los pacientes que están atendiendo, lo que hace que su intervención sea

realmente integral. Para lograr esto, los médicos deben recibir una educación en la que desarrollen competencias de aceptación de la diversidad cultural y espiritual (Pugh et al., 2009). Se deben entonces comprender adecuadamente los valores espirituales que el paciente tiene, respetando siempre cada una de sus decisiones que no están fundamentadas en su religión y en su relación con Dios; eso es lo que hace útil o no aceptar un procedimiento. Cuando se presentan situaciones en las que los deberes del médico son unos y los deseos del paciente son otros, y no se ha podido llegar a un acuerdo, los médicos pueden apoyarse en el capellán o en el ministro de la iglesia del paciente (Engelhardt y Smith Iltis, 2005).

De la misma manera en la que los médicos pueden apoyarse en representantes de la iglesia para manejar el área espiritual del paciente, los aspectos psicológicos de este no pueden ni deben ser abandonados, y es por ello que la presencia de un psicólogo se hace imprescindible en este escenario del final de la vida en el que el paciente tomará decisiones al respecto.

En el siguiente capítulo se presentarán las contribuciones que un psicólogo puede hacer en un proceso de acompañamiento a aquellas personas que considerarían el suicidio asistido como procedimiento para terminar con su vida, lo que incluye trabajar con sus familias y con todos los miembros del equipo de salud involucrado.

Contribuciones de la Psicología en la decisión de realizar suicidio asistido

Todos los profesionales del equipo de salud, incluyendo al psicólogo se enfrentan a altos niveles de estrés cuando un paciente opta por el suicidio asistido, es por ello que se hace necesaria una adecuada preparación, en la que los profesionales y sobretodo los psicólogos estén familiarizados con los problemas que están enfrentando estos pacientes, de esta manera podrán ayudarlos a expresar todas las emociones y sentimientos que tienen alrededor del final de su vida sin presión alguna. También este entrenamiento evitará que los psicólogos caigan en el error de verse influenciados por sus propios valores y creencias, su objetivo siempre será que la decisión del paciente haya sido tomada de forma reflexiva y autónoma (Winograd, 2012). El encargo del psicólogo entre otros, estará en la evaluación del ajuste y la adaptación al proceso de enfermedad y la intervención sobre aquellos aspectos que lo favorezcan, con el objeto de aumentar la probabilidad de que la toma de decisiones del paciente sea racional. Por lo tanto es necesario que antes de que el paciente tome cualquier decisión en un proceso de suicidio asistido el psicólogo considere todos los factores que están implicados en ella (Stone, 2012; en el debate y discusión ‘Can you help me get to Dignitas?’).

Lo anterior no significa que el psicólogo tenga que responder a todas las peticiones que tiene el paciente, ya que podría verse involucrado en cuestiones ilegales o en situaciones en las que sus valores se vean vulnerados, por ello la evaluación será muy minuciosa y detallada (Larkin, 1999; Stone, 2012 en el debate y discusión ‘Can you help me get to Dignitas?’).

Y es al considerar todos los factores implicados en la decisión de suicidio asistido el psicólogo se verá envuelto en la resolución de dilemas éticos que afectarán su accionar. En este caso, por ejemplo, el paciente le indica al psicólogo que desea acelerar su muerte, debido al sufrimiento que está padeciendo por su enfermedad, esta petición se convierte en un dilema entonces, porque por un lado se indica que un psicólogo debe evitar cualquier daño al paciente,

pero otro principio dice que el psicólogo debe ayudar a que el paciente se empodere y tome sus propias decisiones, respetándole siempre la autonomía. ¿Qué acción sería entonces más dañina: permitir que alguien termine con su vida intencionalmente ó insistirle a que viva a pesar del intenso dolor y/o sufrimiento que está padeciendo? La respuesta que el psicólogo de a esta pregunta, sin duda repercutirá en las acciones y tratamientos que aplicará con su paciente (Winograd, 2012).

Con respecto a la evaluación de competencias en toma de decisiones Burley (2012) en el debate y discusión ‘Can you help me get to Dignitas?’, (2012), indica que como en cualquier inicio de un proceso terapéutico, el psicólogo debe establecer un buen rapport con el paciente, logrando que este tenga una adecuada apertura durante la evaluación. El siguiente paso sería explicarle al paciente el rol y las responsabilidades que el psicólogo va a cumplir en este proceso, dejando en claro que a pesar del acompañamiento que se realizará en ningún momento tendrá permitido asistirlo en el suicidio.

De acuerdo con Ganzini (2014), durante el proceso de evaluación psicológica del paciente que ha solicitado el suicidio asistido se tendrán en cuenta dos objetivos: el primero de ellos es estar seguros de que el paciente no tiene ningún trastorno mental que explique o contribuya a tomar esta decisión; por ejemplo, una depresión mayor en la que la anhedonia, y la tristeza pueden favorecer la consideración del suicidio como solución. El segundo objetivo es garantizar que la persona es competente para elegir el suicidio asistido, lo que supone que el paciente conozca las alternativas que tiene además del suicidio asistido incluyendo los cuidados paliativos, la comodidad y la opción de acelerar la muerte por medio de otros tratamientos de soporte vital.

El fin de evaluar las competencias del paciente para tomar decisiones, es que este tenga una “buena” muerte, donde la decisión haya sido razonada y no debida a los posibles miedos del

paciente a lo desconocido y al futuro. Se debería entonces trabajar sobre las leyes y los códigos de ética profesional, para que se enfatice en la necesidad de abrir espacios en los que el paciente pueda expresar sus sentimientos y pensamientos acerca de lo que significa la decisión que ha tomado, además de tener en cuenta el significado que los demás también le dan (Burley, 2012 en el debate y discusión ‘Can you help me get to Dignitas?’, 2012).

La evaluación de competencias para la toma de decisiones, el apoyo emocional, la validación y razonamiento de los miedos que puede tener el paciente, son algunas de las formas en las que el psicólogo contribuiría en todo el proceso de suicidio asistido, pero esta contribución podría convertirse en un estímulo para que el paciente decida la asistencia en su suicidio y no sea realmente un acto de su plena autonomía (Winograd, 2012).

Lo anterior debe ser considerado y analizado, dado que es una de las acusaciones con las que se puede enfrentar el psicólogo cuando su paciente es terminal y desea discutir el final de su vida.

Kwiatkowski (2012), en el debate y discusión ‘Can you help me get to Dignitas?’, defiende la autonomía del paciente para tomar decisiones sobre el final de su vida, ya que este no le está haciendo daño a alguien más, y ninguna otra persona tiene derecho a esa vida más que el propio paciente. Según este autor el psicólogo debe encargarse de todo el proceso de despedida del paciente con todas las personas cercanas a este, convirtiéndose en un acto de paz y amor para el paciente, dejando de lado todos aquellos juicios que pudiera recibir de terceros.

Block y Billings (1995) por su parte exponen en un artículo dirigido a los psiquiatras que estos deberían evaluar seis grandes áreas del paciente: 1) el sufrimiento físico, 2) el sufrimiento psicológico, 3) la capacidad de toma de decisiones, 4) el sufrimiento social, 5) el sufrimiento existencial/espiritual y 6) la disfunción en la relación médico-paciente.

A pesar de que el artículo de Block y Billings (1995) expone ideas para que sean utilizadas por los psiquiatras, se considera que los psicólogos podrían igualmente evaluar estas seis áreas del paciente por sus competencias y habilidades profesionales.

La primera área a evaluar será el sufrimiento físico del paciente y el tratamiento que ha recibido para el mismo, ya que dependiendo el nivel en el que se encuentre influirá considerablemente en el bienestar psicológico del paciente. Luego se continúa evaluando el sufrimiento psicológico, que inevitablemente estará presente en los pacientes terminales, pues deben afrontar variedad de pérdidas en poco tiempo, algunos por otro lado podrán estar deprimidos y si es así, antes de continuar evaluando las siguientes áreas, la depresión debe ser tratada, ya que puede ser un factor que esté influenciando la decisión del paciente. En tercer lugar se encuentra la capacidad de toma de decisiones del paciente cuya importancia fue mencionada anteriormente. El sufrimiento social se encuentra en cuarto lugar, y aquí lo que se pretende es evaluar las dificultades en las relaciones interpersonales del paciente, que pueden ser otro factor detonante en las peticiones por adelantar la muerte. En este punto se trabajarían las experiencias de relación y su significado para el paciente. En quinto lugar se encuentra el sufrimiento existencial/espiritual, que hace referencia a todos aquellos cuestionamientos que se dan antes de morir, en este punto el profesional debe acompañar al paciente en la exploración de su identidad existencial/espiritual, el significado y propósito de su vida, y finalmente sus creencias acerca de la vida después de la muerte. Por último se invita al profesional a solucionar cualquier inquietud que pueda estar causando una mala relación entre el médico y su paciente, tratando siempre de mejorar la comunicación entre estos (Winograd, 2012).

Al reconocer que las decisiones al final de la vida se han convertido en un tema principal para las personas, y que el personal médico ha recibido solicitudes para la realización de procedimientos como el suicidio asistido, en el que se ven involucradas todas las áreas de ajuste

de las personas, la Asociación Americana de Psicología (APA) en 2001 expide una resolución en la que a partir del análisis de diferentes consideraciones, da respuesta a la posición que debería tomar un psicólogo frente a un caso de suicidio asistido (APA, 2014).

En esta resolución la APA (2014) al igual que Engelhardt (1998b) reconocen que el tema del suicidio asistido ha tomado relevancia por todas las áreas que involucra, entre ellas la psicología, la religión, la ética, la política. Por ejemplo la APA (2014) resalta que las personas deben tomar decisiones que tienen que ver con el final de su vida a pesar de la desigualdad que existe particularmente en los Estados Unidos, con lo referente al acceso a un sistema de salud de calidad, variable que evidentemente influencia esta decisión. Por otro lado el principio de autonomía que rige a médicos y psicólogos particularmente en la toma de decisiones debe ser tomada en cuenta cuando se llevan a cabo este tipo de peticiones.

A nivel público existen diferentes posiciones frente a la legalización de este procedimiento, el apoyo indudablemente ha crecido, pero también existen sectores de la población que están en contra tales como aquellas personas vulnerables (adultos mayores, personas con un nivel educativo bajo, mujeres y minorías étnicas). No obstante, también se ha reconocido que las decisiones que involucran la voluntad de vivir y la aceptación de soporte vital fluctúan considerablemente, debido al dolor y la depresión que puedan presentarse en la persona, llevándola a considerar el suicidio asistido como salida, decisión que podría cambiar si las condiciones de las variables mencionadas también cambian, es por ello que esta petición deben ser evaluadas a profundidad (APA, 2014).

Por último la mencionada resolución considera que existen pocos datos empíricos que muestren claramente los efectos del suicidio asistido en la población.

A partir de las consideraciones anteriormente mencionadas, la APA (2014) resuelve que no apoya ni rechaza el suicidio asistido, pero reconoce la importancia de contar con un psicólogo

cuando se va a llevar a cabo este procedimiento, ya que este profesional cuenta con muchas áreas de competencia, entre ellas el asesoramiento, que podría ser trabajado en el tratamiento al final de la vida, el apoyo a personas moribundas y sus familias. También se resalta que el psicólogo podría ayudar al equipo de salud a comprender y enfrentar las preocupaciones que tanto el paciente como su familia están viviendo. No se niega tampoco la posibilidad de que el psicólogo tenga que colaborar haciendo parte de un grupo multidisciplinario que trabaje con temas referentes al final de la vida, y en que el suicidio asistido sea protagonista.

Viendo la importancia del psicólogo en estos casos, la APA (2014) se compromete a que sus profesionales lleven a cabo todas las acciones necesarias en un procedimiento de suicidio asistido.

Entre estas acciones se encuentran (APA, 2014):

Abogar por la calidad de la atención al final de la vida para todas las personas;
fomentar y promover el desarrollo de la investigación sobre el suicidio asistido;
monitorear, políticas y desarrollos de las investigaciones judiciales que puedan requerir o alentar a los psicólogos a involucrarse en los casos de suicidio asistido
Promover políticas que reduzcan el sufrimiento que podría dar lugar a las solicitudes de ayuda al suicidio; promover la participación de psicólogos en la investigación sobre los dilemas éticos que enfrentan los médicos y los investigadores que se ocupan de cuestiones relacionadas con el suicidio asistido;
promover la participación de psicólogos en los equipos multidisciplinarios y de los comités éticos implicados en la revisión de las solicitudes al final de la vida;
animar a los psicólogos para obtener capacitación en el área de la ética que se aplica en la atención de las decisiones al final de la vida; fomentar la práctica de los psicólogos a que se informen acerca de las leyes penales y civiles que se llevan

sobre el suicidio asistido en los estados en el que se práctica; fomentar la práctica de los psicólogos para reconocer la poderosa influencia que puedan tener con los clientes que están considerando el suicidio asistido; animar a los psicólogos para identificar los factores que conducen a las peticiones de suicidio asistido (incluyendo depresión clínica, los niveles de dolor y sufrimiento, adecuación de los cuidados paliativos, y otras variables internas y externas) y para explorar a fondo las intervenciones alternativas (incluyendo hospicio / cuidado paliativo, y otras opciones del final de la vida, como dejar de comer y beber de forma voluntaria) para los clientes que consideran el suicidio asistido; fomentar la práctica de los psicólogos para estar al tanto de sus propios puntos de vista sobre el suicidio asistido, incluyendo el reconocimiento de los posibles sesgos sobre derecho a los recursos basados en la condición de discapacidad, edad, sexo, orientación sexual, u origen étnico del cliente solicitante suicidio asistido; animar a los psicólogos a ser especialmente sensibles a los prejuicios sociales y culturales que pueden resultar en algunos grupos e individuos que son percibido por los demás, y/o ser alentados a percibirse a sí mismos como más prescindibles y menos merecedores de la vida (por ejemplo, las personas con discapacidad, las mujeres, los adultos mayores, las personas de color, los gays, lesbianas, bisexuales, transexuales y personas que son pobres) (Advocate for quality end-of-life [...]and persons who are poor].

Expuestas las necesidades de contar con un psicólogo en todo el proceso del final de la vida de una persona, se hace necesario preparar para el futuro a estos profesionales, y que puedan adoptar las medidas necesarias para apoyar a la persona en todo su proceso de toma de decisiones, que sean capaces de evaluar las seis áreas mencionadas anteriormente, además de

tener claros los factores de riesgo que están involucrados en la intensión suicida. Igualmente los estudiantes de psicología deberán tener pleno conocimiento de la influencia que tendrán la cultura y la religión en cuanto al significado y las actitudes hacia el suicidio y la muerte, sobre los deseos del paciente. Esta educación estará en manos de los profesores y supervisores de los estudiantes, que hayan tenido la oportunidad de trabajar el tema del final de la vida (Winograd, 2012).

Finalmente como lo indica Winograd (2012), más que la decisión de apoyar o no a un paciente que desea acelerar su muerte por medio del suicidio asistido el psicólogo tendrá que utilizar todas las herramientas con las que cuenta y que comúnmente utilizaría con un paciente cualquiera.

Aunque la decisión de si se debe apoyar la decisión de un cliente sobre una muerte prematura variará según los casos y los médicos, las herramientas más importantes que un psicólogo tiene a su disposición a este dilema particular, no son diferentes de las herramientas necesarias en todas las áreas de la psicoterapia: la disposición para comprender y considerar que existen diversas alternativas para el final de la vida (open mindedness), la educación, las habilidades comunicativas, y un deseo inquebrantable de proporcionar la mejor atención al cliente. Incluso cuando se ven obligados a elegir entre los principios en conflicto, un psicólogo que implementa estas herramientas con compasión y consistencia es seguro que actuará éticamente (p. 57).

Variada es la literatura en la que se encuentra y se describe el rol que el psiquiatra debería asumir frente la petición de un suicidio asistido por parte de un paciente, pero caso distinto es lo que sucede con el rol del psicólogo en esta situación, y la escasa literatura en la que se menciona está basada en la psiquiatría. La pregunta que surge es entonces ¿Qué hace que el psicólogo no

siempre haga parte de un grupo interdisciplinario que trabaje con el paciente que ha optado por el suicidio asistido al final de la vida?

Ganzini (2014) por su lado describe únicamente las capacidades y habilidades con las que cuenta el psiquiatra para abordar los temas al final de la vida, indicando que son sólo estos profesionales quienes deben evaluar los trastornos mentales que pueda tener el paciente, por ejemplo la depresión mayor. Por lo tanto, el psiquiatra gracias a sus conocimientos podrá determinar la existencia o no de este trastorno, y la forma que debe ser manejado por el personal médico, descartando así uno de los factores que contribuiría a que un paciente pensará en el suicidio asistido como opción al final de su vida. Resalta también que a pesar de que el psiquiatra cuenta con diversas competencias para abordar todo el tema del final de la vida, sólo un grupo determinado de ellos tiene la experiencia necesaria y suficiente, aquellos que han dedicado su vida profesional a investigar y tratar este tema, serán quienes puedan llegar a entender lo que el paciente está sintiendo.

Una idea similar es la que maneja Parker (2013), ya que establece que el nivel de conocimiento que el psiquiatra tiene en áreas como la afectiva y la cognitiva, los trastornos mentales y el suicidio, hacen que su opinión cuando sea solicitada, tenga la misma importancia que tendría la de un médico que tiene pleno conocimiento de opciones al final de la vida y cuidados paliativos. Esta experticia del psiquiatra además lo haría el principal responsable en la interpretación de la solicitud del paciente para acelerar su muerte.

A pesar de todas estas habilidades y conocimientos, estos tienen efectos contraproducentes en el psiquiatra, dado que como médico su deber es promover la vida de sus pacientes y en ningún momento atentar contra la misma, es así como su labor será prevenir el

suicidio, y lograr que las personas hagan frente a todo el sufrimiento que pueden estar padeciendo. El dilema para estos profesionales estará en ser objetivos, evitando aquellos prejuicios que puedan tener sobre la petición de asistencia en suicidio, cuando su paciente es una persona que fue diagnosticada con una enfermedad terminal (Parker, 2013).

La diferencia que tendría Parker (2013) frente a Ganzini (2014) es que no considera al psiquiatra como indispensable en una solicitud de suicidio asistido, dado que indica que la valoración por psiquiatría únicamente debería ser pedida cuando se tienen dudas frente al estado mental del paciente que solicita suicidio asistido, en otros casos no debería obligársele a estar pendiente de este tipo de procedimientos.

Dadas las razones anteriores el puesto del psicólogo estaría siendo ocupado por un psiquiatra, pero debe entenderse que muchas de las habilidades y competencias que tiene el psiquiatra están igualmente desarrolladas en un psicólogo, pero ninguno remplazará al otro, pues los paradigmas manejados son diferentes. Además la intervención de un psiquiatra estará sesgada siempre por el modelo médico que aprendió, siempre buscando la patología a nivel fisiológico y desarrollando un tratamiento para la misma. Mientras que el psicólogo explora en profundidad cada una de las áreas en las que se desenvuelve el paciente, teniendo como objetivo la autodeterminación, el empoderamiento de la persona en el manejo de su vida y las decisiones alrededor de la misma.

Discusión

El derecho a la vida ha sido promovido ampliamente por la sociedad, es así como muchas de las políticas que se desarrollan están fundamentadas en proteger este valioso derecho, pero así como la vida se tiene en cuenta, debería reconocerse la contraparte, es decir el derecho a morir o a no vivir, pues existen diferentes situaciones en las que vivir ya no es lo que se quiere (Sharma, 2009). El suicidio asistido se presenta como una de estas opciones, donde ejercer el derecho a morir es posible para aquellos que padecen de una enfermedad terminal o un dolor físico insoportable, pero ésta elección en sí misma genera un amplio y controvertido debate entre quienes consideran que la vida le pertenece a cada persona, y aquellos para quienes la vida es una posesión única y exclusiva de Dios.

La religión se convierte entonces en uno de los factores determinantes más importantes para la elección del suicidio asistido como procedimiento al final de la vida, tanto para los pacientes, como para sus cuidadores, familiares, médicos y población general, ya que la evidencia confirma que es una variable que correlaciona significativa y negativamente con la elección de la eutanasia activa y del suicidio asistido que se presentan como opción al final de la vida de un paciente terminal (McCormack, et al., 2012; Young Ho et al., 2011; Hamil-Luker, y Smith, 1998; O'Neill, et al., 2003 citando a Bachman ,1996).

La religión cristiana es una de las mayores opositoras a que una persona decida terminar con su vida, dado que considera a Dios como el único dueño de esta, pues es él quien la ha creado, y como creador tiene el derecho a determinar el momento preciso para darle fin (Pugh, et al., 2009; Sharma, 2009; Burdette et al., 2005; Jones, et al., 2005; Engelhardt Jr y Smith Iltis, 2005; Tarkki, 2004; Delkeskamp-Hayes, 2003; Mavroforou, y Michalodimitrakis, 2001; Zimbelman y White, 1999; Donovan, 1997). Además se argumenta que la santidad (“sacredness”) de la vida quedaría anulada al momento en el que el suicidio se lleva a cabo (Foley

y Hendin, 2002), pues la agonía y el sufrimiento hacen parte de los designios divinos de Dios, quien lo único que pretende con esto es el crecimiento espiritual de la persona (Fernandes, 2010; Tarkki, 2004).

Tarkki (2004), cita a Michael de Montaigne quien precisamente cuestiona esta posición del cristianismo, asegurando que el suicidio podría ser justificado cuando la persona está sufriendo de un intenso dolor y la muerte es evidente.

Puede verse entonces que la religión no encuentra en el sufrimiento o dolor físico de una persona la razón para que esta considere necesario adelantar su muerte con el suicidio asistido. Igualmente algunos autores expresan que un adecuado tratamiento al sufrimiento y dolor físico del paciente terminal y su familia, disminuirían la posibilidad de considerar el suicidio asistido como opción al final de la vida (Sharmma, 2009; Harris, 2004; Foley y Hendin, 2002; Liaschenko, 1997; Cohen, 1996).

A pesar de esta posición radical que presenta la religión cristiana, su visión del final de la vida tiende a ser ambiguo, debido a los diferentes grupos que la conforman como Adventistas del Séptimo Día, Mormones, Luteranos, Anglicanos, Católicos Romanos y Cristianos Ortodoxos. Todos estos grupos tienen diferentes fundamentaciones teológicas, y las cuestiones de bioética no son la excepción, es así como las decisiones al final de la vida se verán afectadas, sin existir un verdadero consenso (Engelhardt Jr y Smith Iltis, 2005).

Por ello dentro de la comunidad cristiana pueden encontrarse cristianos que justifican la Eutanasia considerando que Dios es amoroso y tolerante, por ende no desearía ver a sus fieles en agonía. Su Dios a diferencia de otros no es vengativo y si ellos aceleraran su muerte estarían evitando la prolongación de un sufrimiento insoportable (Mavroforou y Michalodimitrakis, 2001). No actuar de la manera en que la iglesia lo desearía, implica que las decisiones que la persona tome al final de la vida generen disonancias cognitivas, creándose incongruencias que en

el plano de la salud se visualizan en los cambios inesperados en la posición del paciente hacia los procedimientos médicos (Engelhardt Jr y Smith Iltis, 2005).

Por otro lado se encuentran los defensores de respetar la autonomía de los pacientes terminales que están considerando el suicidio asistido como acto racional, acentuando que finalmente son ellas las que están padeciendo la enfermedad o el dolor, y por ende pueden determinar qué sería lo mejor en cuanto a su calidad de vida (McCormack et al., 2012; Burdette et al., 2005; Foley y Hendin, 2002).

En este punto se resalta que lo importante no debe ser la cantidad de tiempo que vive un paciente de manera artificial, sino la verdadera calidad de vida que está teniendo. La prolongación de un sufrimiento no garantiza calidad de vida, por ello no tiene ningún beneficio, en cambio sí viola todos los principios éticos: Respeto por la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia (Sharmma, 2009; Tarkki, 2004).

Además es necesario que se reconozca que la vida de cualquier ser vivo sigue un curso con un fin natural, que debe ser respetado; la prolongación de la vida por medio de tratamientos médicos no debe ser impuesta como obligación a pacientes que de manera competente los han rechazado (Emanuel et al., 2001).

A partir de esta discusión es necesario dejar claro el significado moral que se construye alrededor del acto del suicidio asistido, pues debe eliminarse la creencia que es un acto con el que se pretende matar al paciente. El fin del suicidio asistido es el mismo que tienen procedimientos aprobados y aplicados como la sedación terminal y la eutanasia pasiva, que pretenden beneficiar al paciente evitando su sufrimiento o dolor físico (Neil, 2006b; Emanuel et al., 2001).

Al respecto Rubin (2010) indica que el suicidio asistido nunca debe catalogarse como un asesinato, dado que el paciente emite un consentimiento donde acepta las consecuencias que tendrá su decisión y el procedimiento al cual se someterá, es la misma diferencia que existe por

ejemplo entre relaciones sexuales consentidas y una violación, o el intercambio y el robo, entre otros.

La excusa entonces de prohibir el suicidio asistido por la preocupación que genera de convertirse en un acto de asesinato queda anulada, para dar paso a una estricta regulación del procedimiento (Rubin, 2010).

Más allá de determinar cuál posición es la correcta, si la de la religión o la de la autonomía, es importante hacer énfasis en que las políticas de la Iglesia no deberían interferir en las políticas de los países, así como el Estado no participa en la toma de decisiones de la Iglesia, dado que el objetivo final será el bienestar de las personas, quienes finalmente son las que están sufriendo a causa de su enfermedad (Rubin, 2010; Beavers, Menon y Williams, 2005, 10 de octubre; Engelhardt, 1998; Cohen, 1996).

Lo anterior además invita a que se considere que la interferencia que tiene la iglesia en las políticas de los países, no sólo permeará en la vida de aquellos que tienen una estrecha afiliación religiosa, de los cuales se espera una aprobación, sino que también lo hará en quienes no la tienen, ignorando los derechos y necesidades que estos puedan tener, es decir que estarán obligados a cumplir con leyes que no les competen.

Como puede verse este debate involucra no solo las creencias religiosas de las personas sino también los derechos humanos y su autonomía para tomar decisiones, por ello no es un tema de minorías sino de todos (Emanuel et al., 2001), que deberá ser debatido en todas las instituciones y por todos los profesionales que prestan un servicio de salud, teniendo en cuenta cada uno de los factores que determinaran las decisiones al final de la vida de una persona Y así mismo, teniendo siempre presente que no se sabe en qué momento una persona puede hacer parte del grupo de quienes exigen el derecho a morir.

La propuesta ideal sería contemplar el suicidio asistido como parte de los cuidados paliativos, así como funciona en Holanda donde se presta el servicio de cuidados paliativos para las personas que padecen de una enfermedad terminal, lo que les da facultad para tener como opción el suicidio asistido o la eutanasia activa, para quienes los cuidados paliativos no son suficientes y aún con estos siguen sufriendo, siempre bajo controles estrictos (Emanuel et al., 2001).

Los países entonces deberían enfocarse en asegurar y garantizar a todos los pacientes terminales el acceso a una buena práctica de cuidados paliativos, donde se manejen todos los aspectos que integran al paciente, es decir su área psicológica, emocional, física y social. Esto hará que los pacientes tengan mejores criterios a la hora de tomar una decisión que involucra el final de su vida (Emanuel et al., 2001).

Sería útil que también se llevara a la práctica la idea mencionada en un capítulo anterior, donde algunos estados de los Estados Unidos, que no consideran el suicidio como un delito, obligan a que aquellas personas que intentaron suicidarse reciban atención psicológica en una institución hospitalaria, todo esto con el fin de conocer los motivos que las llevaron a tomar esta decisión y a realizar un tratamiento adecuado, disminuyendo la posibilidad de que vuelva a suceder (Sharma, 2009).

Más que como personas con o sin una afiliación religiosa, estas deberían pensar como ciudadanos que pueden cambiar, contribuir o incluso elaborar leyes que los beneficien, como lo serían las diferentes opciones al final de la vida. Además las Cortes como representantes de la justicia, deberían legislar independientemente del significado religioso que pueda tener el tema que se esté discutiendo, esto mostraría realmente el equilibrio que busca la justicia (Traina, 1998).

Por último, es necesario que el suicidio asistido sea debatido públicamente, ya que podría ser una de las opciones al final de la vida de cualquier persona. A pesar de que se tenga o no claro si el suicidio asistido será una opción para nuestro final, conocer a profundidad las implicaciones de este procedimiento y las otras opciones nos daría una visión más amplia y clara para poder decidir (Sumner, 2010). Además como lo menciona Engelhardt (1998a) y Hamil-Luker, y Smith (1998), la eutanasia y el suicidio asistido están empezando a ser tomados en cuenta y a ser aceptados, gracias a este tipo de investigaciones y discusiones, por lo tanto es necesario continuar con su realización y actualización.

Conclusiones

La consideración del suicidio asistido como opción al final de la vida, se fundamenta desde la idea base de una “buena muerte”, idea discutida a través del tiempo, ya que lo que se busca con este procedimiento es aliviar el sufrimiento y dolor físico intolerable de personas que padecen de enfermedades terminales.

Actualmente el suicidio asistido se encuentra legalizado en algunos países como Holanda, Luxemburgo y Suiza, y en tres estados de los Estados Unidos, Oregón, Washington y Montana. De los cuales a través de su experiencia se han podido discutir los pros y contras de este procedimiento.

A pesar de que algunos países consideran el suicidio asistido como ilegal, se pueden encontrar casos en los que se ha llevado a cabo.

En Latinoamérica hasta ahora se está empezando a discutir sobre la legalización del suicidio asistido, sin embargo Colombia es uno de los países latinoamericanos que más ha discutido sobre la eutanasia, y que también ha reconocido como procedimiento diferente al suicidio asistido.

La religión puede ser una ventaja para las personas con enfermedades terminales, ya que facilita la aceptación de la enfermedad y en algunos casos el tratamiento de la misma, pero al mismo tiempo puede generar desventajas en la toma de decisiones al final de la vida

La mayoría de las religiones cristianas consideran que la vida le pertenece a Dios su creador, lo que la hace sagrada, y por ello no debería ser una elección del hombre el momento de darle fin.

La afiliación religiosa de una persona tiene una influencia alta en el rechazo del suicidio asistido como opción al final de la vida, ya que el paciente a pesar del sufrimiento y dolor físico que pueda estar sintiendo considerará primero los mandatos que esta tiene.

Los pacientes que estén considerando el suicidio asistido como opción al final de la vida, necesariamente deberán contar con un psicólogo, quien no sólo determinara el estado mental del paciente, sino que igualmente lo evaluará y guiará en un correcto proceso de toma de decisiones, donde la espiritualidad y demás áreas del paciente serán reconocidas.

La toma de decisiones al final de la vida será evidentemente racional, si primero, se tienen en cuenta el área física, psicológica, espiritual, social y laboral, evaluando en qué medida están siendo afectadas por la condición de enfermedad del paciente, y la influencia que pueden estar generando en la decisión del mismo; segundo, que el paciente reconozca las opiniones y las emociones propias y de los demás, respetándolas y no justificándose por la decisión que ha tomado.

Alcances y limitaciones de la revisión

Mediante la revisión de la literatura, se logró una aproximación tanto al conocimiento de la historia y los fundamentos básicos del suicidio asistido como opción al final de la vida de una persona como a la situación actual del procedimiento en diferentes países del mundo, incluyendo a Colombia, como uno de los países latinoamericanos que más se ha preocupado por discutir el tema, buscando el beneficio de los pacientes.

Por otro lado se confirma la influencia de las creencias religiosas cristianas en la toma de decisiones al final de la vida no sólo de los pacientes, sino también a nivel familiar y dentro del equipo de salud. Lo que hace necesaria la presencia del psicólogo en estos escenarios estableciendo cuál será su rol y las actividades que debería desarrollar. En consecuencia,

reconocerá las creencias religiosas del paciente y sus efectos sobre las decisiones que tome, pero así mismo, evaluará y abordará la espiritualidad.

Se consideran limitaciones de esta revisión la confusión existente entre los términos eutanasia y suicidio asistido, por lo que la información disminuye cuando el objeto de búsqueda es este último procedimiento. Además la información es también escasa en cuanto a la relación entre las creencias religiosas y el suicidio asistido, lo cual lleva a tomar como referencia la religión cristiana que es la que tiene una posición más clara, y de la cual se ha escrito en mayor medida. Por otro lado la literatura encontrada hace énfasis en la situación del suicidio asistido en países como los Estados Unidos y algunos países Europeos, dejando no sólo a Latinoamérica sino a otros continentes como Asia, África, Oceanía por fuera, debido también a que en ellos la discusión no ha sido tan amplia. Finalmente es muy escasa la información acerca del rol del psicólogo en estas situaciones, en cambio se destaca en mayor medida la importancia del psiquiatra para la evaluación mental de los pacientes, e indiscutiblemente el rol del personal médico y de enfermería.

Las bases de datos consultadas no agotan todas las disponibles a nivel académico y científico. Esta es tan solo una primera aproximación a la problemática pero ofrece una panorámica actual de la misma y las tendencias en la producción de la literatura al respecto.

Preguntas de investigación

A partir de la revisión realizada, emergen algunos interrogantes que se sugiere abordar como parte del estudio del suicidio asistido.

¿Qué razones argumenta el personal médico para estar de acuerdo o en desacuerdo con comunicarles a los pacientes que se están muriendo?

¿Qué significa para un paciente que padece de una enfermedad terminal, tener calidad de vida?

¿Qué situaciones considerarían las personas como insoportables y por las cuáles considerarían anticipar su muerte?

¿Qué significado se construye alrededor del suicidio asistido como procedimiento al final de la vida?

¿Qué razones dan las personas para rechazar la legalización del suicidio asistido?

¿Estamos realmente obligados a vivir bajo cualquier circunstancia, o también tenemos derecho a morir?

¿Qué opiniones tienen los familiares de pacientes que han muerto bajo el procedimiento de suicidio asistido?

Referencias

- Almada, H., Curbelo, M., de Pena, M., y Panizza, R. (2009). Eutanasia y Ley Penal en Uruguay. *Revista Bioética*, 7(1). Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/300/439
- American Psychological association (APA). (2014). APA Policies on End of Life Issues and Care: APA Resolution on Assisted Suicide. Recuperado de <http://www.apa.org/about/policy/assisted-suicide.aspx>
- ARDA- Association of Religion Data Archives. (2010). World Religions. Disponible en: http://www.thearda.com/QL2010/QuickList_125.asp
- Beavers, N., Menon, M., & Williams, R. (2005, 10 de octubre). Religious beliefs behind attempt to ban assisted suicide. *USA Today*.
- Block, S., & Billings, A. (1995). Patient Requests for Euthanasia and Assisted Suicide in Terminal Illness. *Psychosomatics*, 36(5), 445-457. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182\(95\)71625-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3182(95)71625-5)
- Bostwick, J. M., & Cohen, L. M. (2009). Differentiating Suicide From Life-Ending Acts and End-of-Life Decisions: A Model Based on Chronic Kidney Disease and Dialysis. *Psychosomatics*, 50(1), 1-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.psy.50.1.1>
- Boyd, K. A., & Chung, H. (2012). Opinions toward suicide: Cross-national evaluation of cultural and religious effects on individuals. *Social Science Research*, 41(6), 1565-1580. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ssresearch.2012.07.001>
- Burdette, A. M., Hill, T. D., & Moulton, B. E. (2005). Religion and Attitudes Toward Physician-Assisted Suicide and Terminal Palliative Care. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 44(1), 79-93. doi: 10.1111/j.1468-5906.2005.00266.x
- Cardenal Caffarra, C. (2008). Por qué la «buena muerte» nada tiene de bueno. *Humanitas* 13(52),

766-771.

Can you help me get to Dignitas?. (2012). *Psychologist*, 25(1), 52-54

Casas, M., Pichardo, L., Manzano, M., Torres, J. C., & Sánchez, J. (2007). Encuesta Piloto Comparativa de Opinión de Médicos, Enfermeras y Estudiantes de Medicina sobre el Suicidio Asistido en un Hospital Privado del Distrito Federal. (Spanish). *Persona Y Bioética*, 11(29), 186-195.

Cassity, S. A. (2009). To die or not to die: The history and future of assisted suicide laws in the U.S. *Utah Law Review*, 2009(2), 515-523.

Childs, B. H. (1997). The Last Chapter of the Book: Who Is the Author? Christian Reflections on Assisted Suicide. *Journal Of Medical Humanities*, 18(1), 21-28

Cholbi, M. J. (2013). The terminal, the futile, and the psychiatrically disordered. *International Journal Of Law And Psychiatry*, 36(5-6), 498-505. doi:10.1016/j.ijlp.2013.06.011

Cohen, C. B. (1996). Christian perspectives on assisted suicide and euthanasia: The Anglican tradition. *Journal Of Law, Medicine & Ethics*, 24(4), 369.

Colprensa. (2014). La muerte es la otra cara de la vida: Jaime Arrubla. *El Nuevo Día*. Recuperado de <http://www.elnuevodia.com.co/nuevodia/actualidad/politica/215911-la-muerte-es-la-otra-cara-de-la-vida-jaime-arrubla>

Congreso Visible. (s.f.). Recuperada Noviembre 11, 2013, de

<http://www.congresovisible.org/proyectos-de-ley/por-la-cual-se-reglamentan-las-practicas-de-la-eutanasia-y-la-asistencia-al-suicidio-en-colombia-y-se-dictan-otras-disposiciones-eutanasia/6880/#tab=2>

Death under Oregon suicide law reported. (1998). *Christian Century*, 115(12), 393.

Delbeke, E. (2011). The Way Assisted Suicide Is Legalised: Balancing a Medical Framework against a Demedicalised Model. *European Journal Of Health Law*, 18(2), 149-162.

doi:10.1163/157180911X565191

Delkeskamp-Hayes, C. (2003). Euthanasia, Physician Assisted Suicide, and Christianity's Positive Relationship to the World. *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies In Medical Morality*, 9(2/3), 163.

Donovan, G. K. (1997). Decisions at the end of life: Catholic tradition. *Christian Bioethics*, 3(3), 188-203.

Emanuel, E., Irwin, M., Gunning, K.F., Quill, T. E., & Saunders, P. (2001). Forum: Assisted suicide and cancer. *Lancet Oncology*, 2179-184. doi:10.1016/S1470-2045(00)00262-X

Engelhardt, J. H. (1998a). Physician-Assisted Death: Doctrinal Development vs. Christian Tradition. *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies In Medical Morality*, 4(2), 115-121.

Engelhardt, J. H. (1998b). Physician-Assisted Suicide Reconsidered: Dying as a Christian in a Post-Christian Age. *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies In Medical Morality*, 4(2), 143.

Engelhardt Jr., H. (2003). Moral Philosophy and Theology: Why is There so Little Difference for Roman Catholics?. *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies In Medical Morality*, 9(2/3), 315-329

Engelhardt, Jr., H., & Smith Iltis, A. (2005). End-of-life: the traditional Christian view. *Lancet*, 366(9490), 1045-1049. doi:10.1016/S0140-6736(05)67383-7

Federal Statistical Office. (2012). Cause of Death Statistics 2009, Assisted Suicide and Suicide in Switzerland. Neuchâtel: FSO. Disponible en:

<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/en/index/themen/14/02/04/dos/04.html>

Fernandes, A. K. (2010). Suffering in the context of euthanasia and assisted suicide: Transcending job through Wojtyla's anthropology. *Christian Bioethics*, 16(3), 257-273.

doi:10.1093/cb/cbq023

Foley, H., & Hendin, K. (2002). Introduction: A Medical, Ethical, Legal and Psychosocial

Perspective. In K.M., Foley & H Hendin. (eds). (2002). *Case against Assisted Suicide : For the Right to End-of-Life Care*. Baltimore-USA: The Johns Hopkins University Press. Pp. 15-29.

Ganzini, L., Beer, T. M., & Brouns, M. C. (2006). Views on Physician-Assisted Suicide Among Family Members of Oregon Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 32(3), 230-236. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2006.04.004>

Ganzini, L. (2014), Psychiatric evaluations for individuals requesting assisted death in Washington and Oregon should not be mandatory. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), 10-12. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.08.006

Hamil-Luker, J., & Smith, C. (1998). Religious Authority and Public Opinion on the Right to Die. *Sociology Of Religion*, 59(4), 373.

Harris, C. E. (2004). The End of Care (pp. 6-7): Institute of Religion & Public Life.

Iglesia Católica (2005). Catecismo de la iglesia católica. 2do. ed. Vaticano: Librería Editrice Vaticana.

IARC - International Agency for Research on Cancer. (2014). Global battle against cancer won't be won with treatment alone effective prevention measures urgently needed to prevent cancer crisis. *Press Release*, 224. London: WHO. Disponible en http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2014/pdfs/pr224_E.pdf

Jones, J. W., McCullough, L. B., & Richman, B. W. (2005). Physician-assisted suicide: Has it come of age? *Surgery*, 138(1), 105-108. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.surg.2005.04.003>

Juan Pablo II. (1995). Carta Encíclica Evangelium Vitae del Sumo Pontífice Juan Pablo II a los obispos, a los sacerdotes y diáconos, a los religiosos y religiosas, a los fieles laicos y a todas las personas de buena voluntad sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana.

Recuperado de: http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-

[ii_enc_25031995_evangelium-vitae_sp.html#\\$2D](#)

- Kaczor, C. (1998). Faith and Reason and Physician-Assisted Suicide. *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies In Medical Morality*, 4(2), 183-201.
- Larkin, M. (1999). Psychologists grapple with patient requests to hasten death. *Lancet*, 353(9170), 2133. doi:10.1016/S0140-6736(05)75573-2
- Lozano, G. (2001). La eutanasia activa en Colombia. Algunas reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional. *Revista Derecho Del Estado*, (11), 96-103.
- Liaschenko, J. (1997). Trust and Physician-assisted suicide. *Home Care Provider*, 2(2), 94-96. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1084-628X\(97\)90054-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1084-628X(97)90054-X)
- Lucas, R. (2008). Eutanasia: Licencia para Matar. (Spanish). *Humanitas (07172168)*, 13(52), 785-786.
- Mavroforou, A., & Michalodimitrakis, E. (2001). Euthanasia in Greece, Hippocrates' birthplace. *European Journal of Health Law*, 8(2), 157-162. doi: 10.1163/15718090120523475
- May, A. T. (2003). Physician-Assisted Suicide, Euthanasia, and Christian Bioethics: Moral Controversy in Germany. *Christian Bioethics: Non-Ecumenical Studies In Medical Morality*, 9(2/3), 273-283.
- McCormack, R., Clifford, M., & Conroy, M. (2012). Attitudes of UK doctors towards euthanasia and physician-assisted suicide: A systematic literature review. *Palliative Medicine*, 26(1), 23-33. doi:10.1177/02692163111397688
- Merchán-Price, J. (2008). La Eutanasia no es un Acto Médico. (Spanish). *Persona y Bioética*, 12(30), 42-52.
- Muller, M. T., Onwuteaka-Philipsen, B. D., van der Wal, G., van Eijk, J. T. M., & Ribbe, M. W. (1996). The role of the social network in active euthanasia and physician-assisted suicide. *Public Health*, 110(5), 271-273. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506\(96\)80088-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0033-3506(96)80088-6)

- Neil, G. (2006a). The Debate over History. In Neil, G. (eds.) (2006). *Future of Assisted Suicide and Euthanasia*. New Jersey-USA: Princeton University Press. Pp. 19-47.
- Neil, G. (2006b), Arguments form Fairness and Equal Protection: If a Right to Refuse, Then a Right to Assisted Suicide. In Neil, G. (eds.) (2006). *Future of Assisted Suicide and Euthanasia*. New Jersey-USA: Princeton University Press. Pp. 48-75
- O'Neill, C., Feenan, D., Hughes, C., & McAlister, D. A. (2003). Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. *Social Science & Medicine*, 57(4), 721-731. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00421-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00421-5)
- Parker, M. (2013). Defending the indefensible? Psychiatry, assisted suicide and human freedom. *International Journal Of Law And Psychiatry*, 36(5-6), 485-497.
doi:10.1016/j.ijlp.2013.06.007
- Przygoda, P. (1999). La Eutanasia y el Suicidio Asistido en Argentina y otros Países. (Spanish). *Medicina*, 59(2), 195-200.
- Pugh, E. J., Song, R., Whittaker, V., & Blenkinsopp, J. (2009). A profile of the belief system and attitudes to end-of-life decisions of senior clinicians working in a National Health Service Hospital in the United Kingdom. *Palliative Medicine*, 23(2), 158-164. doi: 10.1177/0269216308100248
- Quijano, M. (2001, September). El suicidio asistido. (Spanish). *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*. p. 193.
- Quill, T. E. (2012). Physicians Should "Assist in Suicide" When It Is Appropriate. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 40(1), 57-65. doi:10.1111/j.1748-720X.2012.00646.x
- Reiner, S. M. (2007). Religious and Spiritual Beliefs: An Avenue to Explore End-of-Life Issues. *Adultspan Journal*, 6(2), 111-118. doi: 10.1002/j.2161-0029.2007.tb00036.x

- Rodríguez, R., & Rodríguez, F. (1999). Eutanasia: Sentir de los médicos colombianos que trabajan con pacientes terminales. *Colombia Medica*, 30(2), 102-106.
- Rubin, E. (2010). Assisted Suicide, Morality, and Law: Why Prohibiting Assisted Suicide Violates the Establishment Clause. *Vanderbilt Law Review*, 63(3), 761-811.
- Schirmmacher, T. (2003). Medical Killing: An Evangelical Perspective. *Christian Bioethics: Non-ecumenical Studies in Medical Morality*, 9(2/3), 227-244. doi: 10.1093/chbi.9.2.227.30287
- Sharma, B. R. (2009). Is attempted suicide an offense? *Aggression and Violent Behavior*, 14(2), 139-145. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2009.01.003>
- Simón Lorda, P., Barrio Cantalejo, I. M., Alarcos Martínez, F. J., Barbero Gutiérrez, J., Couceiro, A., & Hernando Robles, P. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de Calidad Asistencial*, 23(6), 271-285. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X\(08\)75035-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1134-282X(08)75035-8)
- Steck, N., Junker, C., Maessen, M., Reisch, T., Zwahlen, M., & Egger, M. (2014). Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *International Journal Of Epidemiology*, 43(2), 614-622.
- Stempsev, W.E. (1997). End-of-life decisions: Christian perspectives. *Christian Bioethics*, 3(3), 249-261
- Sumner, W. W. (2010). Looking for options at the end of the day. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 182(9), 1004. doi:10.1503/cmaj.100654
- Tarkki, J. (2004). Assisted Suicide: Do We Own Our Bodies? *Dialog: A Journal of Theology*, 43(2), 107-112. doi: 10.1111/j.0012-2033.2004.00197.x
- Traina, C. H. (1998). Religious Perspectives On Assisted Suicide. *Journal Of Criminal Law & Criminology*, 88(3), 1147-1154.

- Van Hooff, A. J. L. (2004). Ancient euthanasia: 'good death' and the doctor in the graeco-Roman world. *Social Science & Medicine*, 58(5), 975-985. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.10.036>
- Winograd, R. R. (2012). The Balance Between Providing Support, Prolonging Suffering, and Promoting Death: Ethical Issues Surrounding Psychological Treatment of a Terminally Ill Client. *Ethics And Behavior*, 22(1), 44-59. doi:10.1080/10508422.2012.638825
- World Health Organization (2013). *World Health Statistics 2013*. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Ginebra: World Health Organization.
- Young Ho, Y., Kyung Hee, H., Sohee, P., Byeong Woo, P., Chi-Heum, C., Sung, K., . . . Mison, C. (2011). Attitudes of cancer patients, family caregivers, oncologists and members of the general public toward critical interventions at the end of life of terminally ill patients. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 183(10), 673-679. doi: 10.1503/cmaj.110020
- Zimbelman, J. (1999). Legal decisions and public opinion informing the debate on assisted suicide. *Journal of Professional Nursing*, 15(3), 146-150. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223\(99\)80035-0](http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223(99)80035-0)
- Zimbelman, J., & White, B. C. (1999). The moral appeal of assisted suicide in end-of-life decisions. *Journal of Professional Nursing*, 15(3), 142-145. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223\(99\)80034-9](http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223(99)80034-9)