

La eutanasia: una mirada desde el derecho

Euthanasia: a juridical approach

Ab. Brenner Fabian Diaz Rodriguez Esp. Mg.

Docente De La Universidad Particular San Gregorio De Portoviejo

Ab Karen Lorena Briones Cedeño

Analista II- investigación de la UNESUM

Artículo Original (Revisión)

RFJ, No. 6, 2019, pp. 99-120, ISSN 2588-0837

RESUMEN: Partiendo de un análisis sobre la Eutanasia, su concepto y diferentes períodos que la caracterizan, el trabajo realiza algunos juicios desde el derecho y trata de reflexionar para comprender adecuadamente diferentes aspectos de esta temática o forma de morir: la eutanasia, la misma legalizada otorga el poder, al personal médico o de salud, de poner fin directamente a la vida de personas en condiciones especialmente dependientes, esta es una arista del problema. Finalmente, el trabajo concluye con una mirada desde el derecho que ni remotamente se agota, pues esta es una temática de mucha actualidad y que se mira de diferentes puntos de vista de interés para la humanidad.

PALABRAS CLAVES: eutanasia, periodización, suicidio, orden jurídico y derecho

ABSTRACT: Starting from an analysis on Euthanasia, its concept and different periods that characterize it, the work makes some judgments from the right and tries to reflect properly to understand different aspects of this topic or way of dying: euthanasia, the same legalized gives the power, medical or health personnel, to directly end the lives of people in especially dependent conditions, this is an edge of the problem. Finally, the work concludes with a view from the right that is not even remotely exhausted, because this is a very topical issue and that looks from different points of view of interest to humanity.

KEY WORDS: euthanasia, periodization, suicide, juridical order and right

INTRODUCCIÓN

A través de toda la historia del hombre, la muerte siempre es algo que sorprende, según sean sus creencias o su preparación profesional, pero siempre da la sensación de ausencia, de ida de una persona, que se pierde y como tal se extraña, se sufre y queda en la memoria de los seres humanos, que puede ser temporal, parcial o para toda la vida.

Por eso, hablar del término de la muerte forma parte de nuestras vidas de manera inevitable y estar preparados para ello ayuda a superarlo mejor, cuando los seres queridos fallecen y lo gestionamos de forma adecuada ayuda a superar esta herida correctamente y a no caer en problemas psicológicos o depresión. Sin embargo, para poder hacer esto es importante comprender el proceso de la muerte y analizar que esta tiene diferentes formas de llegar a ella ya sea por enfermedad o repentina como un accidente, infartos o provocada como lo es, por la propia persona.

El trabajo trata de dar una visión desde el derecho y del punto de vista personal sobre una de las formas de muerte la eutanasia que no poco se ha hablado de ella y que el autor no tiene la intención de llegar a concluir esta problemática, precisamente por la vigencia que esta tiene hoy para la sociedad.

1. BREVE ANÁLISIS HISTÓRICO DEL TÉRMINO LA EUTANASIA

El origen etimológico de dos vocablos Eu (buena, justa) thánatos (muerte) son de origen latinos surgiendo así el vocablo Eutanasia, pero en la mitología griega el dios Tánatos personificaba la muerte sin violencia, muy parecida al sueño inducido por su gemelo Hipnos. Por esa razón la eutanasia era, no solo deseable, sino una de las mayores bienaventuranzas que podía recibir el individuo.

En tiempos remotos, la mayor parte de las personas morían en sus casas en medio de sus seres queridos, con atención religiosa, sabiendo que iban a morir y con todas las facilidades para tomar decisiones pequeñas o grandes.

Para la mayoría de las religiones la muerte es solamente un evento o un cambio de estado por lo que el espectro de la muerte suele ser

un psicopompo, incapaz de decidir el destino del ser vivo. Tánatos tampoco tenía ese poder, sino que actuaba de acuerdo con las determinaciones de las Moiras o Parcas, para los romanos. Las Moiras son las hilanderas del destino, inicialmente cada individuo tenía su Moira, puesto que cada destino es único, pero, a partir de la *Ilíada* y la *Odisea*, quedaron identificadas como tres hermanas: Átropo, Cloto y Láque-sis, hijas de Zeus y Temis, la diosa de la Ley o, según otra leyenda, hijas de la noche lo que las identifica como titánides. Por tanto, la muerte identificada por Tánatos era un evento para el que se está predestinados, no una decisión individual.

La Tanatología, como rama de las ciencias, se centra en la calidad de vida del enfermo terminal y su familia, aborda los eventos relacionados con la muerte natural y la eutanasia, entendida como aliviar el dolor físico y sufrimiento espiritual es uno de sus objetivos.

El empleo del término eutanasia para referirse a la muerte infligida por otros en situaciones relacionadas con el honor, la moral o la fe se asocia inicialmente al martirologio de la tradición judeocristiana. En la carta primera a los Tesalonicenses San Pablo escribió:

(1Tes4:13-15) Hermanos, no queremos que estéis en la ignorancia respecto de los muertos, para que no os entristezcáis como los demás, que no tienen esperanza. Porque si creemos que Jesús murió y que resucitó, de la misma manera Dios llevará consigo a quienes murieron en Jesús. Os decimos esto como palabra del Señor: Nosotros, los que vivamos, los que quedemos hasta la Venida del Señor no nos adelantaremos a los que murieron. El mismo Señor bajará del cielo con clamor, en voz de arcángel y trompeta de Dios, y los que murieron en Cristo resucitarán en primer lugar (Figari, 1995).

Las diosas de la muerte violenta son las *Keres* o *Ceres*, hermanas de las *Moiras*, por lo que también serían consideradas *titánides*. Tienen poder sobre el destino ya que pueden decidirlo cuando se trata de muerte violenta. De acuerdo con la *Ilíada* los sobrevivientes en las guerras se decidían pesando en sus *keres*. Del nombre de las diosas se deriva el verbo *caedere* que significa cortar, matar y que, a su vez, da origen al sufijo *cidium*; con que identifica a los términos que se relacionan con el acto de quitar la vida.

El *Homo sapiens* es una especie definida por el uso del lenguaje, tanto es así, que la religión más difundida, llama a Dios: el Verbo. La

axiología dual que se le confiere al término eutanasia, se debe también a la ausencia de otro sustantivo más específico. Considerado la existencia del término *eucidio*, entonces está muy claro que además del decisor se impone la necesidad de un perpetrador de esa muerte no predestinada.

La muerte es también un término de axiología variable. Los primeros ritos conocidos en relación con la muerte son muy anteriores al esplendor de la cultura helénica, se remontan al hombre de Neanderthal e incluyen posiciones concretas que sugieren que el acto trascendió un simple enterramiento y se pone de manifiesto una actitud ritual. Estos hallazgos evidencian la incorporación de la muerte a la psiquis como un hecho ineludible lo que conduce a la elaboración de un andamiaje supranatural para afrontarla e integrarla a la existencia.

(...) Los ritos de la muerte dan cuenta de, lavan y exorcizan el trauma provocado por la idea de aniquilamiento. En todas las sociedades de sapiens conocidas, las exequias traducen a un mismo tiempo una crisis y su superación, de un lado la aflicción y la angustia, del otro la esperanza y el consuelo.

Todo parece, pues, indicarnos que el homo sapiens siente el problema de la muerte como una catástrofe irremediable que le provocará una ansiedad específica, la angustia o el horror ante la muerte, y que la presencia de la muerte se convierte en un problema vivo, es decir, que modela su vida. Asimismo, parece claro que este hombre no sólo rehúsa admitir la muerte, sino que la recusa, la supera y la resuelve a través del mito y de la magia. (Abt, 2006).

La significación conceptual de los términos y expresiones sobre eutanasia son los siguientes:

Eutanasia: la acción u omisión, por parte del médico u otra persona, con la intención de provocar la muerte del paciente terminal o altamente dependiente, por compasión y para eliminarle todo dolor.

Eutanasia voluntaria: la que se lleva a cabo con consentimiento del paciente.

Eutanasia involuntaria (también llamada cacotanasia o coactiva): la practicada contra la voluntad del paciente, que manifiesta su deseo de no morir.

Eutanasia no voluntaria: la que se practica no constando el consentimiento del paciente, que no puede manifestar ningún deseo, como sucede en casos de 4 niños y pacientes que no han expresado directamente su consentimiento informado.

Eutanasia activa: la que mediante una acción positiva provoca la muerte del paciente.

Eutanasia pasiva: el dejar morir intencionadamente al paciente por omisión de cuidados o tratamientos que están indicados y son proporcionados.

Miradas sobre la eutanasia en diferentes períodos

La muerte para la que no estamos predestinados tendría el sufijo *cidium*; *sui*, si es auto infligida y *homo*, si es a un igual. El acto voluntario de terminar con la vida de forma justa y con dignidad, debe denominarse “*eucidio*” y no eutanasia. Pues las razones de honor o sufrimiento aumentarían el peso del *keres* del sujeto en cuestión. El término eutanasia, por su etimología, sugiere que la vida del individuo llegó a su fin, estaba destinada a terminar, lo que amortiza el efecto negativo del hecho de que la eutanasia es la decisión voluntaria de cambiar el destino. En el proceso de terminar con el dolor o el sufrimiento, el individuo se erige en su propia *Keres* y violenta el destino, la *Moirai*, que le corresponde (Caamal et al., 2013).

El desarrollo del pensamiento utilitarista de Hume con la Teoría de la Elección Racional, incorporó una variable al sistema de creencias. Para Bentham el problema se centraba en inducir el comportamiento individual de manera que al maximizar la propia felicidad se maximice la felicidad social, o sea, se propone conocer e inducir el comportamiento individual correcto que oriente la sociedad al logro del objetivo último; está condicionado por el logro de la justicia y su contenido definido sin referencia a placeres y penas. Pero en las interpretaciones de la idea original, se despersonalizó esta propuesta (Rivera-Sotelo, 2011).

La decisión de terminar con la propia vida está descrita en psiquiatría como uno de los componentes del suicidio, aun cuando el suicidio asistido no se valora igual, sin embargo, algunos autores establecen el paralelismo:

En el suicidio y la eutanasia consentida, el darse muerte a sí mismo aparece como una opción libre. Pero, en vez de apreciar rectamente su naturaleza perversa, la maldad objetiva de la acción de matarse (a veces atenuada subjetivamente por las circunstancias dramáticas, el aislamiento y la ignorancia), una sutil propaganda ideológica muestra estas acciones como buenas. “Son buenas porque son libres”. La libertad es entendida como creadora del bien. Sólo aparece como malo lo que no es libre. Así, el dolor es el máximo de los males porque contraría la libertad. En esta concepción, atentar contra la vida propia o de otro sería una expresión de libertad individual. Es más: “liberarse” de la propia existencia ante el dolor sería el acto más pleno de una libertad. La libre elección es un acto de autodeterminación motivado por un acto de la inteligencia

En 1897, Emile Durkheim postuló que, más que un mero acto individualista, el suicidio era un fenómeno sociológico, resultado de la falta de integración del individuo a la sociedad. También señaló la estacionalidad y la contagiosidad del suicidio y con su tesis marcó una de las líneas de reflexión más retomadas actualmente por los estudiosos del tema (Sabogal & Rossini, 2006).

En este análisis también se consideró la posibilidad de atentar contra la vida de otros que sufren como un acto de misericordia y libertad. Las diferentes culturas también han modificado las implicaciones del acto suicida y el homicidio por piedad; los esquimales lo consideraban una solución económica; los mayas y aztecas, una ofrenda; los estoicos, algo natural porque la vida para vivirla debe ser con calidad; los hebreos y cristianos lo condenan; y los japoneses lo consideraron un acto de honor.

Lejos de ser una negación de la voluntad, el suicidio es un fenómeno de la más fuerte afirmación de la voluntad. Pues la esencia de la negación es que no se detesta el sufrimiento, sino los goces de la vida. El suicida quiere la vida y sólo se halla descontento de las condiciones en las cuales se encuentra. Por eso, al destruir el fenómeno individual, no renuncia en modo alguno a la voluntad de vivir, sino tan sólo a la vida. Él quiere la vida, quiere una existencia y una afirmación sin trabas del cuerpo, pero el entrelazamiento de las circunstancias no se lo permite y ello le origina un enorme sufrimiento (Baquedano, 2007a).

Esta afirmación de Schopenhauer es retomada por Camus (*El mito de Sísifo*), Thomas Mann (*Mario und der Zauberer.*) y Artaud en su alegato a

favor del suicidio aun cuando no se suicidó; pero, en último caso, es una de las razones razón por las cuales el suicidio no es punitivo. Es importante señalar que el suicida atenta contra la propia vida, dañando a su familia en el proceso, pero es su voluntad y no sobrevive para arrepentirse o sufrir las consecuencias de su acto. No ocurre así con el suicidio asistido que requiere de un colaborador que sobrevive al doliente.

En el estudio del término eutanasia, él autor refleja la intención de realizar una periodización y se basa en el autor (Philippe, 2007), el cual refleja que la muerte ha cambiado en diferentes épocas históricas, como se manifiesta a continuación:

Siglo I Séneca: “Es preferible quitarse la vida, a una vida sin sentido y con sufrimiento”.

Siglo II Cicerón le da significado a la palabra como “muerte digna, honesta y gloriosa”.

Siglo V, Platón, (427-337 a.C.) en La República dice: “Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo”. Epícteto predica la muerte como una afirmación de la libre voluntad.

Siglo VIII En Roma, la práctica es múltiple: Muerte sin dolor por miedo a afrontar conscientemente el sufrimiento y la propia destrucción (Tácito en sus Anales)

Siglo VI al XII la muerte ha estado domesticada: la muerte natural, paulatina era considerada natural y la muerte súbita, la consecuencia de una maldición

En Grecia, Hipócrates en su juramento afirma que no dará medicamento mortal por más que se lo soliciten.

En el juramento Hipocrático, la santidad de la persona y el verdadero bienestar del paciente es central: nadie puede asignar el valor paciente porque él tiene valor inherente.

Reconoció, sin embargo, que se podría violar fácilmente esta ética ya que los médicos, no tienen sólo el poder para curar sino también para matar.

Por esta razón hizo que los médicos juraran que nunca usarían su conocimiento y experimentarían para matar, e incluso a la propia demanda de un paciente.

El juramento permitió a la medicina proteger al paciente vulnerable.

Siglo XII al XVI predomina la idea de la muerte propia por la concientización del fin

Siglo XVII se clericaliza la muerte

XVIII al XIX se medicaliza ya que deja de ser un fenómeno natural e inevitable para convertirse en un fenómeno que puede modulado por la actividad médica y, como parte del proceso, se mercantiliza.

Por ello, no resulta entonces sorprendente que el siglo XVIII David Hume escribiera “si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al todopoderoso, y fuese infringir el derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla” (En Grecia, Hipócrates en su juramento afirma que no dará medicamento mortal por más que se lo soliciten) (Monografias.com, s. f.).

En el juramento Hipocrático, la santidad de la persona y el verdadero bienestar del paciente es central: nadie puede asignar el valor paciente porque él tiene valor inherente.

Reconoció, sin embargo, que se podría violar fácilmente este ética ya que los médicos, no tienen sólo el poder para curar sino también para matar.

Por esta razón hizo que los médicos juraran que nunca usarían su conocimiento y experimentarían para matar, e incluso a la propia demanda de un paciente. El juramento permitió a la medicina proteger al paciente vulnerable (Mendoza-Villa & Herrera-Morales, 2016).

El acto de quitarse la vida cuando esta ofrece más males que agrado es egoísta, según Kant, no pudiendo realizarse como ley natural universal por ser ajeno al imperativo categórico que la razón se da a sí misma (Gómez & Fardales, 2012a). Uno de los precursores del irracionalismo contemporáneo, Arturo Schopenhauer (1788-1860),

sentenciaba que el suicidio niega solo al individuo y no a la especie, por lo cual es un acto insensato. Según él, el individuo persigue eliminar su existencia dolorosa sin percatarse que el dolor es un elemento esencial a la vida como cosa en sí. El suicida, afirma Schopenhauer, ama la vida; lo único que le pasa es que no acepta las condiciones en que se le ofrece (Baquedano, 2007b). Federico Nietzsche (1844-1900), fundador de la Filosofía de la vida, ve en el suicidio una forma de realizar la voluntad y morir a tiempo, evitando la vejez, la decrepitud o una vida vergonzosa. Según él, todos los que buscan la gloria deben despedirse a tiempo de los honores y ejercer el difícil arte de retirarse con oportunidad (Kerkhoff, 1978)

El existencialista Albert Camus (1913-1960) considera que el suicidio es el único problema filosófico serio, siendo una de las formas en que el hombre se revela ante la falta de significado de la vida, su desespero y su cualidad absurda. D. Bonhoeffer, teólogo alemán de la primera mitad de siglo, consideró el suicidio como la última tentativa del hombre de dar un sentido humano a una vida que ha resultado sin sentido, siendo censurable solo ante Dios, creador y señor de su vida, y no ante la moral de los hombres. El teólogo brasileño Enoch de Oliveira sostiene que la causa del suicidio es la angustia ante la vida desesperanzada, compartiendo la sentencia de que lo mismo que es el oxígeno para los pulmones, es la esperanza para dar significado a la vida humana. En este sentido, según de Oliveira, el hombre de fe tiene la ventaja sobre los demás hombres de que sufre las aflicciones de la vida, pero las enfrenta animado por la esperanza de encontrar al fin de la jornada al Padre Celestial que lo recibirá en su hogar (Gómez & Fardales, 2012b).

Siglo XIX la muerte se ha invertido pues el hombre deja los ritos y decisiones con respecto a su muerte en manos ajenas

Por otra parte, otros casos de eutanasia son tratados por Ramón Sampederro (España), Bob Dent (Australia), Craig Ewert (Reino Unido), Brittany Maynard (Estados Unidos), Fabiano Antoniani (Italia) y el intento de la medallista paralímpica Marieke Vervoort; traen el tema a la opinión pública una y otra vez. Por lo que se retoma la historia de la eutanasia desde la civilización helénica.

El doctor Víctor Manuel Pérez Valera refiere que Jean Rostand escribió: “Tengo la debilidad de creer que es una honra para una sociedad desear el costoso lujo de mantener la vida de su miembros

inútiles, incompetentes e incurables. Casi me atrevería a medir el grado de civilización de una sociedad por la cantidad de esfuerzos y vigilancia que se impone a sí misma impulsada por el solo respeto a la vida” (Pérez Valera, 2017).

En la controversia alrededor del “eucidio” abundan los detractores y los que abogan por la libertad implícita en el acto, pero resulta interesante que, entre los defensores predominan los filósofos, juristas y humanistas; así como, entre los detractores predominan los médicos y personal de la salud. La formación de estos últimos está muy matizada de los principios hipocráticos, a partir de los cuales se definieron los principios éticos de la práctica médica:

No maleficencia

Beneficencia

Autonomía

Justicia, entre otros

Algunos estudiosos del tema consideran que las características de la medicina moderna ponen en tela de juicio estos principios y para ello se apoyan en la Declaración de la AMM sobre los Derechos del Paciente, versión 1995, comienza con esta afirmación: “La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda, ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente”.

En el juramento original reza:

“... No administraré a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Asimismo, no recetaré a una mujer un pesario abortivo; por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura...”(Juramento Hipocrático, s. f.).

A primera vista puede parecer una contradicción, pero si se analiza detenidamente está claro que el juramento no atenta contra la autonomía del paciente, la defiende incluso, desde el principio de la confidencialidad al plantear:

“... Callaré todo cuanto vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto...” (Juramento Hipocrático, s. f.)

Pero, en contraposición tiene afirmaciones como “... dirigiré la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio...” (Juramento Hipocrático, s. f.)

Una aseveración que se repite a lo largo de todo el texto del juramento es que el médico debe actuar por el bien de su paciente de acuerdo con su sapiencia y juicio. Es precisamente en este punto donde se hace más álgida la discusión acerca de la legalización de la eutanasia (eucidio en este texto). Si un tribunal decreta que el paciente tiene derecho a decidir sobre su vida y, por ende, sobre su muerte, siendo este incapaz de cometer suicidio, ¿sobre quién recae la ejecución?

Los Eugenistas buscan el perfeccionamiento de las cualidades de la raza humana mediante el estudio de la herencia. Aunque la idea de eugenesia estaba ya presente en la República de Platón, el actual concepto se fraguó durante la segunda mitad del siglo XIX con el darwinismo social, fundamentado en la perfección de la especie humana y en una confianza cada vez mayor en la ciencia como forma de conocimiento. Cuando sus lemas, “lucha por la supervivencia” y “ley del más fuerte”, se aplicaron a la sociedad, es cuando aparece la eugenesia moderna.

A partir de 1900, con la aparición de la genética moderna, las corrientes interesadas en “mejorar” la raza humana se transformaron en un movimiento institucionalizado, los Eugenistas, en el que cabe destacar dos corrientes: la eugenesia positiva que se centra en aumentar el potencial educativo de los individuos especialmente “adaptados”, y la eugenesia negativa que subraya la necesidad de apartar a aquellos particularmente “inadaptados”. Entre 1910 y 1940 el movimiento, estrechamente asociado con un sentimiento de superioridad blanca anglosajona, fue especialmente intenso en Inglaterra, Estados Unidos y Alemania.

Karl Binding y Alfred Hoche en 1920 utilizan el término eutanasia, para proponer la muerte de personas social y económicamente inadaptadas como los enfermos mentales o minusválidos.

A finales de 1939, Hitler autorizó, por primera vez, la aplicación de la eutanasia, a un niño ciego, deficiente mental, y con sólo dos extremidades, que se encontraba ingresado en una clínica de Leipzig. En 1939 la Alemania Nazi aprobó una norma por la que se obligaba a informar a las autoridades, del nacimiento de niños con defectos físicos, y tres peritos decidían si el niño debía o no seguir viviendo. Poco después, Hitler dictó las normas legales que legitimaron la eutanasia en Alemania. Por primera vez en la historia, una autoridad política, emanada de unas elecciones de las referencias en la literatura médica y paramédica acerca del suicidio se remontan a Hipócrates (siglo IV a.c.), que lo define como síntoma autodestructivo¹⁸, pero no es hasta el siglo XX que los médicos pasan de la descripción fenomenológica del acto o conducta suicida a la investigación de su esencia y causas (Gómez & Fardales, 2012a)

Esta búsqueda comenzó por las teorías sociológicas, las cuales se basan en los estudios realizados por el sociólogo francés Emil Durkheim a partir de los años 90 del siglo XIX. La filosofía francesa desde Rousseau, al subrayar el estado natural del hombre, había transformado el pecado del hombre en un pecado de la sociedad, afirmando que es la sociedad la responsable de la conducta de aquel y no este (el hombre). Este fue el principio que siguió el sociólogo francés al investigar el suicidio, considerando que este “depende principalmente de causas externas que rigen a la gente y no de las cualidades internas del individuo”(Gómez & Fardales, 2012a).

Para Durkheim, el suicidio es el resultado de las influencias y el control de la sociedad sobre el individuo (Durkheim, 1985), por lo cual el número de suicidios varió inversamente al grado de integración de los grupos sociales de los que el individuo forma parte. Él realizó una clasificación etiológica que corresponde a las distintas causas de suicidio, destacando cuatro tipos fundamentales: egoísta, altruista, anómico y fatalista. El suicidio egoísta se debe, según él, a las causas que condicionan el alejamiento del individuo de la sociedad, la cual deja de ejercer una influencia reguladora sobre él. La causa de los suicidios de este tipo está en la desorganización social y la pérdida de los objetivos sociales, lo cual debilita los lazos sociales que atan al individuo a la sociedad y por tanto, a la vida.

Este estado general se refleja en la desintegración de los grupos sociales-religiosos, familiares, políticos, que influyen directamente sobre el individuo. Conforme a esto se suicidan más las personas que viven solas que las que forman parte de una institución, grupo o comunidad. El segundo tipo de suicidio (el altruista) se produce cuando los intereses personales son absorbidos por completo por los sociales, siendo la integración del grupo tan grande que el individuo deja de existir como persona independiente. Durkheim incluyó en este tipo las antiguas costumbres que exigían al individuo el suicidio ante determinadas circunstancias (en el caso de los esclavos por la pérdida del amo, entre los esquimales por la vejez, entre otras). En estos casos el suicidio es pedido por la sociedad y la persona no tiene otra posibilidad que suicidarse. Quitarse la vida en estos términos es honroso, y no hacerlo es ignominioso. El suicidio anómico, según Durkheim, se produce cuando la relación habitual del individuo y la sociedad se rompen repentinamente. Esto ocurre generalmente durante las conmociones sociales, las crisis económicas, en fin, cuando el individuo pierde la capacidad de adaptarse al medio, a las nuevas exigencias que resultan de las transformaciones sociales, perdiendo el nexo que lo une a la sociedad. Sirve de ilustración el caso de la persona que se suicida por la pérdida del empleo, de un familiar querido, de la fortuna, entre otras. Por último, el suicidio fatalista es aquel que se produce como resultado de un exceso de reglamentación que hace insostenible la vida. Este tipo de suicidio lo cometen las personas cuyo futuro está despiadadamente tapizado y cuyas pasiones son violentamente comprimidos por una disciplina opresiva.

Para Durkheim, el suicidio es un acto consciente y planeado que refleja en forma ideal (con frecuencia tergiversada) las fuerzas sociales que empujan al hombre a suicidarse. El otro núcleo de concepciones lo conforman las llamadas teorías psicológicas, que se basan fundamentalmente en las ideas de Freud. A diferencia de Durkheim, Freud parte en el análisis del suicidio del individuo y de su mundo interno (intra psíquico). Según él, las causas del suicidio radican en la mente del individuo, en su psiquis y no en el medio social donde vive.

Los hombres según Freud, se identifican de forma ambivalente con los objetos que aman. Por eso, cuando son frustrados, el lado agresivo de la ambivalencia se dirige contra la persona internalizada. De esta forma, según él, el suicidio representa un homicidio de grado 18021, provocado por la hostilidad inconsciente contra el objeto amado e identificado de forma ambivalente. Así, una persona puede suicidarse

para asesinar la imagen existente en su pecho del padre amado temido. La concepción freudiana del suicidio, conocida como psicodinámica, fue desarrollada por muchos de sus seguidores.

Según Karl Menninger (1938), la hostilidad en el suicidio esta matizada por tres deseos: el de matar, el de ser matado y el de morir; observándose una conducta destructiva en todas estas instancias. Para este, el suicidio puede ser crónico, orgánico o focal. Es crónico cuando se realiza la autodestrucción por medio del ascetismo, invalidez neurótica, adicción alcohólica, conducta antisocial y psicosis; focal cuando aquella se centra en una parte del cuerpo, pudiendo ser a través de las automutilaciones, las enfermedades fingidas, los accidentes, la impotencia sexual, entre otras; y orgánico cuando se centra en los factores psicológicos de las enfermedades orgánicas, especialmente los componentes eróticos y agresivos. Zilboorg (1937) reconsideró esta concepción psicoanalítica, afirmando que en cada caso de suicidio se observa tanto una hostilidad inconsciente como una incapacidad poco común de amar a otros, haciendo así extensiva la dinámica intrapsíquica al mundo externo, con lo cual reconocía que el suicidio tenía causas tanto intrapsíquicas como extrapsíquicas, es decir externas a la conciencia. Desde este punto de vista, la ruptura de un hogar -por ejemplo- desempeña un papel importante en el desencadenamiento de un suicidio.

Litman (1967) alega que existen otros factores, además de la hostilidad, en la psicodinámica del suicidio. Entre estos factores sitúa la cólera, la culpa, la ansiedad, la dependencia, entre otras. También considera importantes los sentimientos de desesperanza, desamparo, abandono, a lo que se puede añadir la consideración común a muchos de que el estado psicológico de emoción intolerable, desespero insoportable o angustia insufrible también está asociada al suicidio. Otro tanto acontece con los estados depresivos. Los estudios psicoanalíticos del suicidio en la actualidad señalan que para caracterizar el estado de posible suicidio se deben tener presentes tres elementos: la breve duración de las crisis suicidas agudas, las cuales nunca llegan a prolongarse meses o años pues duran solo horas o días; la ambivalencia, dada por la dualidad de sentimientos y actitudes hacia la persona y su imagen introyectada (es la del que quiere y no quiere); y, por último, el ser un núcleo diádico, o sea un hecho que por lo general implica a dos personas.

Así se sostiene que, aunque el drama suicida se proyecta en el interior de una cabeza, las tensiones suicidas se desarrollan entre dos personas que se conocen bien una a la otra. Además de las teorías sociológicas y psicológicas del suicidio, existen también las teorías biologizadoras. Dentro de estas se destacan las neurofisiológicas, que hacen énfasis en un supuesto debilitamiento de las funciones cerebro-corticales elevadas y otros trastornos análogos, y las teorías genéticas, que resaltan la predisposición hereditaria hacia el mismo.

Lo más novedoso en el estudio del suicidio es la llamada teoría multifactorial, de general aceptación en la OMS y Cuba. Esta teoría considera al suicidio como un hecho en el que intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales. El enfoque multifactorial considera que en un suceso X cualquiera puede intervenir tanto uno como dos como los tres factores, atribuyéndole a cada uno distinto peso específico en el suceso en cuestión. Los estudios del suicidio realizados conforme a esta teoría se basan, fundamentalmente, en la aplicación del método epidemiológico para determinar los factores de riesgo presentes en los distintos grupos sociales.

Los resultados obtenidos permiten realizar un trabajo profiláctico, el cual es un logro pragmático de esta teoría. Sin embargo, en el fundamento metodológico de la misma está el reconocimiento implícito o tácito de la renuncia a la búsqueda de la causalidad del suicidio. Algunos seguidores de esta teoría afirman que “no existen causas específicas de suicidio, aunque si factores que le predisponen (Gómez & Fardales, 2012b).

Está claro para ellos que no se puede tomar por causas las razones que alega todo aquel que intenta suicidarse, por eso el hecho de que las causas asignadas a cada caso difieren de las razones que comunican los sujetos que sobreviven al intento suicida. Los seguidores de esta teoría no se proyectan más allá del llamado factor de riesgo, el cual es identificado en muchos casos con la causa. La teoría multifactorial, por otra parte, aparece como resumen teórico de todas las interpretaciones anteriores del suicidio. La renuncia por esta teoría a la causalidad evidencia al carácter fallido de los intentos de sus procedimientos en este campo.

Para indagar en la causa del suicidio hay que ir primeramente a la causa de toda conducta humana, es decir al hecho de que el hombre antes de actuar concibe en su cabeza en forma de plan o proyectos los fines de su actuación, al hecho de que este plan o proyecto -que no es más que la idea rige como ley las modalidades de su actuación. Todo lo

que el hombre hace, en tanto que hombre y no animal, tiene necesariamente que pasar por su cabeza, por eso el producto de la actividad humana antes de existir como realidad objetiva debió existir primeramente idealmente. En fin, lo que el hombre hace no es más que la realización de sus ideas.

El suicidio es un acto humano y por tanto no escapa a esta regularidad. La causa inmediata del mismo es la idea suicida, en tanto que idea que el hombre realiza o ejecuta. La idea suicida es muy vieja, es tan antigua como la conciencia del hombre. Ella existe en la conciencia social de forma abstracta y genérica (como concepto), y los hombres al venir al mundo lo que hacen es tomarla, incorporarla a su conciencia individual. Por tanto, de lo que se trata no es de la creación del concepto del suicidio, sino de la elaboración de la idea del suicidio en cuanto al cómo, donde, cuando, entre otras.

La elaboración de la idea suicida pasa por varias etapas y debe estar acompañada o precedida del convencimiento del sujeto de la necesidad de suicidarse y la toma de decisión al respecto. Aún en los casos en que el suicidio aparece asociado a una forma de conducta aparentemente irreflexiva (bajo un trastorno situacional transitorio, reacción aguda, entre otras), siempre está mediatizado por el acto consciente, aunque este último no obedezca a una meditación prolongada. Normalmente, la fundamentación racional del suicidio está precedida o acompañada de una serie de sucesos (desfavorables, negativos) que van convenciendo al hombre y cristalizan en la toma de la idea en cuestión como una solución (real o aparente) de sus problemas vitales. Lo que el paciente que intentó suicidarse refiere al psiquiatra no es más que el motivo (el último suceso en aquella cadena de sucesos negativos o desfavorables) que llevó al hombre a tomar la decisión (rompimiento de la medida) de intentar suicidarse.

Lo que se ventila en el dilema de suicidarse o no, no es más que el problema del sentido de la vida, cuestión ya resuelta como se vió por el pensamiento filosófico. La pérdida del sentido de la vida (pérdida real o aparente) es la causa inmediata de la elaboración y ejecución de la idea suicida. La causa de la pérdida del sentido de la vida, a su vez, debe buscarla en la incidencia de los factores biológicos, psicológicos, culturales, espirituales, entre otras. Hasta ahora, las distintas teorías médicas y paramédicas que han intentado explicar la causalidad del suicidio no han hecho más que tomar estos factores de forma aislada, independientemente unos de los otros. No han tenido en cuenta que

estos están sintetizados orgánicamente en el concepto “sentido de la vida”, el cual aparece como suma, compendio, resumen de lo vivido.

El sentido de la vida no es algo abstracto, sino concreto. Y en esto hay que reprocharle al pensamiento filosófico precedente el haber propuesto solo soluciones abstractas a este problema. En su expresión subjetiva, el sentido de la vida humana está formado por un conjunto bastante amplio de metas, aspiraciones, deseos, entre otras, propio de cada individuo y su sistema de valores. El sentido de la vida es irrepetible entre los distintos sujetos y esto se debe a que cada uno de ellos ocupa un lugar único y específico en la sociedad. La conciencia no puede ser otra cosa que el ser consciente y el ser de cada individuo es irrepetible, coincidiendo con su proceso de vida real (*Tesi_Luis_G_Concepcion.pdf*, s. f.).

El proceso de vida real es el sustrato objetivo a partir del cual el hombre elabora su concepto de sentido de la vida. Los hombres debieran proponerse siempre metas alcanzables, con ello la sociedad se ahorraría gran cantidad de suicidios. Pero por desgracia, la mayoría de las personas no siempre tienen claro lo que quieren y menos aún se preguntan por la realidad o terrenalidad de sus aspiraciones. De aquí que no todo sujeto que declara sin sentido su vida, lo hace partiendo de una valoración objetiva de la misma.

En muchos casos la vida sigue teniendo objetivamente su sentido, lo que el individuo lo ha perdido de vista por errores lógicos, epistemológicos, axiológicos, entre otros. Claro que puede darse la situación en que la vida pierda objetivamente su sentido. Es el caso de las costumbres y tradiciones que en determinadas circunstancias obligan al hombre a suicidarse. Aquí el sujeto no tiene la posibilidad de elección, al menos con respecto al morir o no. El individuo ha constatado que ha muerto socialmente, solo le resta añadir a la muerte social la biológica.

La muerte social del hombre es equivalente a la pérdida total y objetiva del sentido de su vida. Pero para la psiquiatría y la medicina en general el interés debe recaer fundamentalmente en aquellos casos en que el suicidio se debe a una pérdida ilusoria del sentido de la vida, pues es aquí donde se encuentran ante un fenómeno típicamente morboso o enfermizo con los que se suicidan, ya nada queda por hacer.

En el orden pragmático la tarea es evitar que lo hagan. La mayoría de las personas que se suicidan lo han intentado con anterioridad. Es

necesario hacer distinción entre el intento suicida y el suicida frustrado³, este último no es más que el acto suicida que no cumple su cometido dado la intervención de factores externos o a la aplicación de medios médicos eficientes y oportunos.

El intento suicida es cualquier acción mediante la cual el individuo se causa una lesión, independientemente de la letalidad del método empleado y del conocimiento real de su intención. El intento suicida es una figura distinta del suicidio. La mayoría de los autores de investigaciones al respecto concuerdan en afirmar que la finalidad del que intenta suicidarse no es hacerlo, sino llamar la atención sobre él, pedir ayuda, pero sin duda, entre el intento suicida y el suicidio existe una estrecha relación. El intento suicida es un grito de auxilio, siendo la respuesta del medio por su importancia crucial la que decidirá si el suicidio será o no finalmente consumado. La relación estriba en que el intento suicida evoluciona generalmente hasta el suicidio.

El intento suicida puede tener antecedentes. Las formas más simples de autoquiritia (auto mutilación o amputación de partes del cuerpo) pueden presentarse con antelación al intento suicida, e incluso ciertos actos de temeridad (imprudencia, arrojo con demasía, entre otros), son en muchos casos conductas autodestructivas. Detrás del accidente del tránsito se esconde muchas veces un suicida potencial. La vida de Vicent Van Gogh (1853-1890) es ilustrativa en este sentido. El pintor, después de quemarse una mano y amputarse una oreja, intento dos veces suicidarse hasta que finalmente lo logró. Sin duda la elaboración y ejecución de la idea suicida pasa por varias etapas, partiendo desde la temeridad y las simples formas de autoquiritia hasta el intento suicida y la consumación del hecho. Por eso, en lugar de hablar de conducta suicida, es más apropiado referirse a todo un síndrome: el síndrome de autodestrucción, donde el intento y el suicidio son solo sus formas más acusadas. La clínica psiquiátrica y la medicina preventiva deberían proponerse detectar los síntomas y signos de este síndrome desde sus estadios más tempranos, y con ello tendrían mayores posibilidades de éxito en su labor curativa y preventiva.

2. ALGUNAS REFLEXIONES DESDE EL DERECHO

Desde los años sesenta, con la creación de la asociación para la muerte digna en Estados Unidos, la cuestión de la eutanasia cambió en cuanto a su consideración. Desde la clásica defensa de la muerte

humanitaria, de las personas que sufrían condiciones de vida supuestamente indignas, se pasó a la exaltación de un supuesto derecho a que se mate a quien lo solicite, si se encuentra en condiciones subjetivas y objetivas de indignidad. Se defiende así un supuesto control sobre la propia vida mediante el homicidio eutanásico en nombre de la autonomía, precisamente de las personas que se encuentran en condiciones menos autónomas.

Mucho se ha insistido reiteradamente en que el derecho a la vida, y el derecho a no sufrir tratos inhumanos o degradantes, no conllevan un derecho a ser matado a petición propia. En este debate sobre la eutanasia, como en las ocasiones en las que se han rechazado proposiciones de ley sobre su legalización, el argumento mayoritario ha sido que en la eutanasia se produce un proceso de que, una persona mata a otra, lo que explica la intervención del Estado en proteger la vida humana en su momento más frágil. Por otra parte, en Estados Unidos, uno de los elementos considerados para superar la autonomía de quien se niega a un determinado tratamiento médico es, la intención suicida, que no es amparada, aunque no se sancione, por el ordenamiento.

El supuesto derecho a la muerte el cual posee una máscara, en nombre de una autonomía del paciente es la realidad jurídica de la eutanasia. Por lo tanto, se puede decir que no es lo mismo morir, o dejar morir, que matar o ayudar a otro a matarse. Mientras que morir es un hecho, dejar morir implica una conducta éticamente relevante, ya que unas veces procederá abstenerse de intervenir, o suspender el tratamiento iniciado, en los casos de enfermedades incurables.

Por otra parte, dejar morir, pidiéndolo o no el paciente, puede ser un acto inmoral y hasta criminal de dejación de los deberes de asistencia hacia el enfermo. Podría haber una omisión de la conducta éticamente debida hacia la persona enferma, cuando existiendo una mínima expectativa terapéutica, el facultativo dejase de aplicar el tratamiento o suspendiese las medidas de soporte vital indicadas por causar la muerte de alguien, ya sea de forma activa o pasiva, implica una acción transitiva que busca matar, lo que siempre es inmoral por ser contrario a la ley natural y a los más elementales principios de la ética.

De esta forma, se puede señalar que sin perjuicio en la eutanasia como el suicidio asistido la finalidad pueda ser compasiva, esta intención buena no hace bueno el medio empleado, y sólo puede modular o rebajar la responsabilidad, moral y jurídica, derivada de una acción

que significa “matar”, es decir, terminar con la vida de una persona *lex artis* (*Conjunto de prácticas médicas aceptadas generalmente como adecuadas para tratar a los enfermos en la actualidad. Por definición, es cambiante con el progreso técnico de la medicina (ver comités médicos, mala práctica)*), así como con las peculiaridades personales de cada paciente (ver salud), apelando al respeto a la libertad o a la autonomía del paciente.

Desde un punto de vista jurídico, la eutanasia legalizada otorga el poder, al personal médico o de salud, de poner fin directamente a la vida de personas en condiciones especialmente dependientes. En este sentido, es una clara manipulación ideológica el que este poder se amplíe, precisamente en nombre de los derechos subjetivos de aquel de quien se considera, con parámetros de calidad, que está en una condición indigna.

3. CONCLUSIONES

El auxilio al suicidio y la eutanasia representan atentados contra la vida humana reprobables ética y jurídicamente, asegurar el respeto a la autonomía de la persona, está regulado jurídicamente, y debe de conciliar la atención a las previsiones y preferencias del otorgante, con la garantía de la legalidad, así como con las exigencias de la *lex artis* y los derechos y deberes de los profesionales de la salud

También es rechazable la obstinación terapéutica, o el privar a cualquier persona del derecho a asumir lo más serenamente posible su proceso de muerte, por ello, ante un enfermo terminal, con dolor físico y/o sufrimiento moral, lo más justo y humano es acompañarle, administrarle tratamientos proporcionados y paliar sus dolores, respetando siempre tanto la vida como la muerte.

Cabe preguntarse qué es la muerte y el morir para el hombre (plano filosófico) o analizar qué criterios clínicos son necesarios para el diagnóstico de muerte (plano científico-médico). Igualmente, es preciso valorar si es lícito adelantar por compasión la muerte de alguien (plano ético), al tiempo que establecer las consecuencias que esa reflexión debe tener en el derecho positivo (plano jurídico).

Finalmente, una mirada desde el derecho ni remotamente se agota, esta es una temática que como dijimos al inicio es de mucha actualidad y que se mira de diferentes puntos de vista de interés para la humanidad.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abt, A. C. (2006). El hombre ante la Muerte: Una mirada antropológica. *Segundas Jornadas de Psicooncología XII Congreso Argentino de Cancerología*, 11-12.

Baquadano, S. (2007a). ¿Voluntad de vivir O voluntad de morir?: El suicidio en Schopenhauer Y mainländer. *Revista de filosofía*, 63, 117-126.

Baquadano, S. (2007b). ¿Voluntad de vivir o voluntad de morir?: El suicidio en Schopenhauer y Mainländer. *Revista de filosofía*, 63, 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0718-43602007000100009>

Caamal, E. G. D., Peraza, E. M. C., Onel, I., Vela, C., Vera, A. P. M., & Chávez, J. G. V. (2013). Estudio de caso: Joven yucateco con intento de suicidio fallido. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16(3), 972.

Durkheim, E. (1985). *Las reglas del método sociológico* (Vol. 86). Ediciones Akal.

Figari, L. F. (1995). La Biblia en castellano. *Biblioteca de la Congregación para el clero*, 2004-2006.

Gómez, J. A. M., & Fardales, E. A. P. (2012a). El por qué del suicidio: Enfoque médico y filosófico. *Gaceta Médica Espirituana*, 1(1), 7.

Gómez, J. A. M., & Fardales, E. A. P. (2012b). El por qué del suicidio: Enfoque médico y filosófico. *Gaceta Médica Espirituana*, 1(1), 7.

Juramento Hipocrático. (s. f.). Juramento hipocrático, 27.

Kerkhoff, M. (1978). El Suicidio Estetico (Kaffiot Anasia). *Diálogos*, 31, 39-58.

Mendoza-Villa, J. M., & Herrera-Morales, L. A. (2016). Reflections on euthanasia in Colombia. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 44(4), 324-329.

Monografias.com, yuliyami. (s. f.). Análisis Filosófico del término valor—Monografias.com. Recuperado 23 de septiembre de 2019, de <https://www.monografias.com/trabajos14/nuevmicro/nuevmicro.shtml>

Pérez Valera, V. M. (2017, enero 27). #REFLEXIÓNIBERO: El reto de la eutanasia. Recuperado 23 de septiembre de 2019, de IBERO website: [href](#)

Philippe, A. (2007). *Morir en Occidente: Desde la Edad Media hasta nuestros días*. Adriana Hidalgo, Buenos Aires.

Rivera-Sotelo, A.-S. (2011). El utilitarismo de Jeremy Bentham¿ fundamento de la teoría de Leon Walras? *Cuadernos de economía*, 30(55), 55-76.

Sabogal, G., & Rossini, Y. (2006). Educación en riesgo suicida, una necesidad bioética. *Persona y bioética*, 10(2), 82-98.

Tesi_Luis_G_Concepcion.pdf. (s. f.). Recuperado de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/360586/Tesi_Luis_G_Concepcion.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Recibido: 29/05/2019

Aprobado: 04/11/2019

Ab. Brenner Fabian Diaz Rodriguez Esp. Mg.: Docente de la Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo.

Correo electrónico: bfdiaz@sangregorio.edu.ec

Ab Karen Lorena Briones Cedeño: Analista II- Investigación de la UNESUM

Correo electrónico: karen.briones@unesum.edu.ec