

*Sobre la Eutanasia*¹

On Eutanasia

Liliana Vilches S.²

Resumen

En este artículo se analiza y discute en perspectiva psicológica, el controvertido tema de la eutanasia, sin dejar de considerar los variados factores que inciden en él. Se hacen algunas precisiones conceptuales y se consideran las diferentes tendencias contemporáneas en relación a la muerte. Después de enfocar algunos aspectos psicológicos presentes en las decisiones que se adoptan en materia de eutanasia, se propone un papel profesional para el psicólogo que puede colaborar activamente en la tarea de asistencia en el morir. En las conclusiones, la investigadora se manifiesta más inclinada al desempeño de una labor que ponga el énfasis en una ortotanasia más que en la eutanasia.

El tema es parte de una línea de investigación, docencia y extensión, de la autora, en torno a la temática de la muerte como eje central.

Palabras claves: *Eutanasia, Ortotanasia, asistencia en el morir.*

Abstract

The article analyses and discusses the controversial problem of Euthanasia from a psychological perspective. It considers various contemporary conceptual matters and tendencies implicated in the problem of facing death. After taking into account some psychological aspects implied in the decisions taken in relation to Euthanasia, it is suggested that the psychologist can contribute actively in the assistance to the dying. In the conclusions the author is inclined to favor the use of Orthothanasia instead of Euthanasia.

The study is part of a research project involving scientific, teaching and extension aspects of the death problem.

Key words: *Eutanasia, Orthothanasia, The assistance to the dying.*

¹ Trabajo presentado en las Segundas Jornadas de Investigación del Departamento de Psicología de la Universidad de Chile. Enero 2001.

² Psicóloga, Académico del Departamento de Psicología, Univ. de Chile. e-mail: dptopsic@uchile.cl

Introducción

La existencia de variadas concepciones y planteamientos respecto a la eutanasia es antigua. Es conocido el juramento "jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me lo soliciten" establecido por Hipócrates. Platón, por su parte, en el libro III de "La República", afirma: "Tú establecerás, oh Glaucón, una disciplina en el estado y una jurisprudencia tales como nosotros la entendemos, limitándote a dar cuidados a los ciudadanos bien constituidos de alma y cuerpo. En cuanto a los que no son sanos corporalmente, se les dejará morir". La eutanasia por motivos sociales era practicada en Grecia, Esparta, India, Mesopotamia y otras civilizaciones antiguas. En estos casos se trata en realidad más bien de una eugenesia, vinculada con la valoración cultural de la salud, la fuerza y la belleza. La roca Tarpeya supo de la eliminación de millares de criaturas anormales. En Cicerón es la muerte digna, honesta, gloriosa. Tomás Moro en "La Utopía", afirma que "si la enfermedad es incurable y va acompañada de dolores agudos y de continuas angustias, los magistrados y sacerdotes deben ser los primeros en exhortar a los desgraciados a decidirse a morir. Les han de hacer ver cómo, no siendo ya de utilidad en este mundo, no tienen razón para prolongar una vida que corre por su cuenta y les hace insoportables a los demás". Nietzsche también se pronunció a favor de ella, en el caso de los "parásitos de la sociedad".

De modo que la defensa y existencia de la eutanasia no es cosa reciente, pero el concepto ha experimentado una evolución desde su origen griego que etimológicamente significa "buena muerte". Se estima que Bacon introduce en 1605 una acepción referida a la acción del médico sobre el enfermo, incluyendo la posibilidad de apurar la muerte.

Existen algunos hitos históricos en la legislación sobre esta materia (ver Anexo), que

muestran una tendencia en las actitudes contemporáneas hacia ella. Las iniciativas legales, aunque no hayan fructificado inmediatamente, van marcando el rumbo que desemboca en la histórica legislación que se lleva a cabo en Holanda en el año 2000, convirtiéndose así en el primer país que aprueba definitivamente la práctica de la eutanasia en el año 2001. Otros fenómenos relacionados con esta prescripción social legalizada de ella, son la creciente aceptación del aborto y el inicio de la aprobación para clonar embriones humanos de hasta dos semanas de vida con fines de experimentación, materializada por primera vez en la Cámara de los Lores británica (Enero, 2001). Es sabido que la promulgación de leyes, no es sino el reconocimiento oficial de cambios valóricos y en materia de costumbres que se han producido ya en la sociedad. En no escasas ocasiones, esas realidades son usadas justamente como argumentación para promover la legislación. La eutanasia se practicaba desde hace dos décadas en Holanda y había un compromiso del parlamento y de los tribunales de justicia para no sancionar a los médicos que la aplicaban; también las investigaciones experimentales con embriones se han venido realizando desde hace mucho tiempo y las presiones desde los círculos científicos se hacían sentir. Se sabe incluso que hay avances en muchos de los aspectos a los cuales aluden las regulaciones establecidas, pues es difícil que pueda detenerse el afán de conocimiento y de manipulación de la ciencia. Por otra parte, reconocemos en estos hechos las acciones desplegadas desde centros de poder, el cual es usado con quienes precisamente no lo detentan en lo más mínimo y se encuentran en las situaciones de mayor vulnerabilidad. El poder se ejerce principalmente con los más débiles y sólo ellos lo padecen.

El contexto actual en que se sitúa el análisis y el debate sobre la eutanasia, nos mues-

tra la negación y la despersonalización de la muerte, características de la sociedad occidental contemporánea, como ha sido descrito en la literatura sobre el tema (Kubler-Ross, 1975 ; Feifel, 1977 ; Thomas, 1993; Piezzi, 1996 ; Vial, 1997 ; Roa Vial, 2000) y muy ampliamente por Cruz de Amenábar(1998) con referencia a nuestro país. Ante un mayoritario consenso de revertir esta tendencia, lo que se manifiesta también en el incipiente uso de morir en el hogar, contrasta la postura del especialista chileno en bioética Miguel Kottow, quien destaca la imposibilidad económica y física de las familias para asumir la muerte de uno de sus integrantes, pues los cuidados que requiere una persona en los últimos meses de su vida son alrededor de 100 horas semanales.

Marco Conceptual

Hacer algunas precisiones conceptuales ante la ambigüedad lingüística en uso de la eutanasia no es una cuestión meramente semántica, sino que expresa y orienta en la complejidad del problema de modo adecuado. Actualmente, la **eutanasia** se entiende como una acción u omisión que por su naturaleza o en la intención apresura la muerte para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición de él mismo, de sus familiares o por iniciativa de un tercero que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo.

Esta definición la sitúa en el nivel de las intenciones y procedimientos usados en procesos irreversibles de muerte. Independientemente del momento en que se ejecute la decisión, lo importante es que hay una intención de apurar un proceso que es irreversible. Se diferencia de las acciones en los casos de recién nacidos enfermos, enfermedades crónicas y ancianos, en los cuales la cuestión no es la abreviación de su vida, sino la eliminación

de ellos. La **eutanasia positiva** o **activa** se entiende como el acto de privar de vida a una persona por razones de dolor y sufrimiento. Es activa **directa** en los casos en que el efecto inmediato que se busca a través de algún medio es el deceso. En la eutanasia positiva **indirecta** hay una acción que tiene un efecto inmediato aliviador para el enfermo, pero que comporta simultáneamente, como efecto paralelo divergente y no buscado, la muerte o su adelanto. La eutanasia **negativa** o **pasiva** simplemente priva al enfermo de aquellos medios médicos extraordinarios que podrían prolongar su vida, en el contexto de una muerte irreversible (distintos y dramáticos son los casos de eutanasia pasiva involuntaria por carencia de recursos y por negligencia en la atención de los pacientes irrecuperables). En este caso hay implícita una evaluación de costos y resultados esperados. Las denominaciones de eutanasia negativa y activa indirecta son cuestionables, porque ahí en realidad no hay una intención eutanásica, sino que se refieren a una realidad en que se deja que el proceso irreversible de la muerte siga su curso, ya que no existe esperanza de recuperación. Corresponde más bien a un "dejar morir en paz». Esta visión se identifica con la subyacente en la conceptualización de la **distanasia** o "**encarnizamiento terapéutico**", en la cual se desaprueba la prolongación de la vida de un desahuciado usando medios desproporcionados. Peña y Lillo(1998) lo ha expresado diciendo que el fin de la medicina es sanar al enfermo, pero no impedir la muerte. Los principales aspectos que se evalúan en este caso, señalados por Mifsud(1993), son : el estado del paciente y su posibilidad de recuperación, la efectividad del tratamiento y sus efectos secundarios, los costos psicológicos y económicos y la voluntad del propio enfermo y de la familia. En esta línea se ubican los cuidados paliativos y el trabajo en las unidades del dolor. Tanto la ley chilena como el Código Ético del Colegio Médico, concuerdan con esta postura.

No podemos dejar de considerar que a veces se mantiene la vida de manera artificial - lo que puede hacerse por tiempo casi ilimitado - para aprovechar oportunamente los órganos en trasplantes que servirán para prolongar la vida de otras personas. Gayling(1997), especialista en bioética pro-eutanasia, va más lejos al señalar que sería posible tener gente comatosa, a quienes él llama neo-muertos, con el fin de disponer de órganos y sustancias para experimentación. Él propone una redefinición del concepto de muerte para contar con bancos de cuerpos con status de muerte legal, pero con las cualidades de los vivos. Ellos proporcionarían el suministro de médulas, cartílagos, piel, hormonas, antitoxinas, anticuerpos, etc. para estudio científico. Esta propuesta no es muy diferente de la que ya se ha concretado respecto a los seres humanos que están en la primera etapa de su desarrollo, los embriones, de modo que una vez más los extremos se encuentran.

El desplazamiento de la responsabilidad hacia el paciente (eutanasia voluntaria), se expresa en el "suicidio asistido", que reconoce la autonomía del paciente. Esta es la forma que hoy goza de mayor aceptación entre los partidarios de la eutanasia, contemplada para la legalización de ella. La imposibilidad de conocer la voluntad de las personas que se encuentran inconscientes, ha generado la figura legal del "Testamento del vivo", práctica reconocida en otros países, mediante la cual las personas establecen en un documento su voluntad de no recibir tratamientos extraordinarios o desproporcionados en eventuales situaciones de término. Sin duda que la primera duda que surge es si una persona cambiará su sentir respecto a una decisión que adoptó en condiciones de salud, al encontrarse en la situación real y con muchas dificultades objetivas e internas para revocar tal determinación, si modificara su parecer. Clowes(1997) ha alertado en cuanto a que el testamento del

vivo es sólo el primer paso en el camino para la aprobación de la eutanasia involuntaria de aquellos que se cree que son inútiles para la sociedad y que si pueden darlo, los siguientes serán más fáciles de lograr.

Discusión

En las discusión sobre la eutanasia es interesante examinar otros aspectos que merecen ser considerados.

En una buena parte del movimiento pro eutanasia se hacen esfuerzos para llegar a establecer criterios objetivos para decidir sobre la vida. Se procura definir que la vida tiene valor sólo para quienes presenten determinadas características o capacidades, de acuerdo a algún concepto tradicional, convencional o prefijado. Lo más recurrente en esta perspectiva, entre cuyos exponentes se reconoce Peter Singer(1994), es el ser persona. La persona está definida por el tener conciencia de sí mismo, capacidad de llevar a cabo un plan determinado, manejarse racionalmente. Entonces, quienes carecen de estas capacidades, no serían considerados personas aún o han dejado de serlo. Hay diferencias y controversia respecto a **qué categorías** de seres humanos no cumplen con los requisitos. Pero lo sustancial es que para quienes no los satisfacen no tendría valor la vida y en ciertas circunstancias, sino en todas, podrían ser eliminados. El punto de partida de esta perspectiva - en su vertiente mejor intencionada - radica en la valoración y dignidad de la vida humana que se ven amenazadas en ciertas condiciones, lo que a menudo es interpretado por quienes no aprueban la eutanasia, como negarle el derecho a vivir a ciertos seres humanos. Constituye un punto esencial en las diferencias entre las posturas a favor y en contra de la eutanasia. De alguna manera, esa argumentación se sustenta no en un desprecio por la existen-

cia, sino en la idea de que el bien supremo del hombre no es la vida a secas, independientemente de las condiciones de ella. Desde este punto de vista existen valores superiores por los cuales es necesario y vale la pena renunciar a la existencia. Nos recuerda el suicidio por honor y el patriótico, por ejemplo de los kamikaze, que han sido formas de actuación muy reconocidas y prestigiadas en algunas culturas, en ciertas épocas de la historia.

El mayor problema reside en que desde el instante en que se recurre a la objetividad y se la acepta como un criterio para disponer de la vida de la gente, el asunto esencial, en sí mismo y por las extensiones y repercusiones que puede generar, es la distinción de categorías de seres humanos y la negación imperativa absolutista de una igualdad básica para estar en la vida. Además, con la aceptación, legitimación y legalización de esta aseveración como verdadera y correcta, ya la clasificación de seres humanos es cuestión secundaria y variable según las circunstancias. Hoy y aquí pueden ser algunas categorías, mañana y allá otras, eso dependerá de muchos factores, históricos, culturales, políticos y económicos. Aunque, algunas de las categorías posibles (ancianos deteriorados, discapacitados u otros que han existido) no cae dentro de las que actualmente se consideran en las legalizaciones, en otro momento histórico podrían serlo. Ese es un riesgo captado por quienes se oponen a la eutanasia. Por lo demás, los totalitarismos han dado pruebas y base para la existencia de esas aprensiones.

La aspiración a lograr esa objetividad, con "el otro como objeto", se expresa sobre todo en la localización de la decisión eutanásica fuera del enfermo. Incluye una eutanasia que puede ser involuntaria o coactiva, que en principio y abiertamente no goza de muchos adeptos. Es en el profesional médico y/o los parientes donde radica la determinación, lo

cual puede ser muy refrendado por la existencia de una legalidad que contribuya a aliviar del peso de una responsabilidad como esa. Muy a menudo, las personas calman con un apoyo en "la ley", las ansiedades derivadas del ejercicio de su libertad y de sus consecuencias. No son ellas al final de cuentas, sino las leyes las que lo consagran. De modo que una creación originalmente humana, adquiere poder propio sin que el individuo sienta que tenga que ver en ello ni asuma una responsabilidad. Es en este fenómeno que radica otro temor de abuso de la práctica eutanásica, manifestado por quienes se oponen a ella. Jurídicamente, esto significa eludir una responsabilidad con el prójimo y el principio de imputabilidad del acto propio. Es un factor que también nos hace comprender en parte, psicológicamente, por qué se pretende en un acto casi de fe ciega, dar con la solución simple mediante la promulgación y aplicación de leyes, a muchos problemas complejos de los seres humanos que requieren ser abordados en muchos ámbitos, con el aporte de diversas disciplinas. Sin duda que hay una relación inversa entre libertad y necesidad de sustento en la ley. El conocido "Ama y haz lo que quieras", nos hace ver que entonces no se hace necesario invocar ni derechos ni deberes establecidos formalistamente, pues el comportamiento superior no necesita de la ley para alcanzar el modo correcto, sino que se identifica con el cumplimiento del deber ser, que coincide con el amor en su más genuina acepción. Sin duda que no se trata del amor como una mera emocionalidad o sensiblería ni como sensualidad espontánea y caprichosa.

Muchas personas pueden morir no a petición de ellas, sino porque se parte únicamente de la base de que ellas desean o desearían aquello si tuvieran conciencia (interés del paciente). Es un argumento generoso muy usado, en la defensa de la eutanasia. El interés de la persona es incluso más conside-

rado y recurrido como justificación de la eutanasia que el interés de la sociedad y el económico, como hemos observado en nuestras investigaciones sobre la vivencia de la muerte (Vilches 2000, 2001). También el argumento nazi apelaba al interés de las víctimas, sosteniendo que **para ellas** no valía la pena la vida. En la mayoría de los casos hay un auténtico pensar y sentir que uno en la situación del sujeto posible objeto de eutanasia no desearía seguir viviendo, lo que es particularmente aventurado porque aunque seamos muy empáticos esa experiencia sólo deja de ser completamente ajena cuando se está muriendo uno. La afectiva apelación a la evitación del dolor y del sufrimiento, que serían **intereses de experiencia** según Dworkin(1994), para legitimar una acción eutanásica, es argumento fuerte en una cultura casi fóbica al respecto y que pretende ser sensible, compasiva y solidaria. Recordemos que las dolorosas enfermedades y quejas visibles de los pacientes son frecuentemente aducidas para justificar la experimentación con embriones - cuyas vidas no son tan directamente captadas por los sentidos - , en un afán de encontrar el remedio para dolencias hasta hoy incurables. Hay, desde luego, también implícita una mayor valoración de ciertas clases de personas que de otras. En nuestras investigaciones sobre la vivencia de la muerte en distintas edades, el dolor proyectado hacia el paciente aparece como una de las razones más esgrimidas como legítimas por las personas a favor de la eutanasia. También el sufrimiento y la pérdida de la dignidad atribuidas al otro, incluso en circunstancias de inconsciencia en que el propio paciente no se da cuenta de lo que le sucede. Es de conveniencia que la consideración del dolor, cada vez mejor manejado por la medicina, sea complementada con la evaluación estructural de la vida del paciente y del significado de ella y de la muerte en una consistencia de sentido para cada

involucrado, lo que Dworkin denomina **intereses críticos**. Cada ser humano tiene derecho a morir, pero no de acuerdo a lo que otros desean y disponen, tampoco según la ley impersonal vigente lo mande, sino conforme a como él ha decidido su sentido de vida. Develar y construir esa muerte propia es una tarea en la que el psicólogo puede contribuir inestimablemente a los moribundos y a sus familiares.

Aún cuando se establezca sólo la eutanasia voluntaria, puede convertirse en una especie de «obligación moral» para mucha gente la manifestación de este deseo. La presión del medio ambiente social, aunque no se ejerza tácitamente, puede intensificarse para algunos. Sabemos muy bien de las **diferencias psicológicas individuales en la susceptibilidad a la presión social y en el sometimiento al poder (aún entre los especialistas en el tema)**, así como de las condiciones en que se pueden producir los mayores efectos. Las personas de mucha edad o severamente enfermas acaso sentirán que molestan, que son una carga y estarán impulsadas a aceptarla. Ahora bien, ¿quieren realmente la muerte los enfermos terminales ? Un homosexual enfermo de SIDA muy asertivo y animoso nos expresaba con elocuencia : “no me vengas con que tengo derecho a morir con dignidad, para cualquier persona sana es fácil decirlo, lo que yo quiero es disponer de mis medicamentos que son caros y vivir todo lo que pueda”. Tal vez, no siempre se tiene la lucidez y el valor para manifestar ese auténtico sentir. Por otra parte, la etapa de la enfermedad o el estado del paciente hacen diferencias. Procurar comprender lo que le ocurre al paciente, descifrando la comunicación oculta es lo más adecuado; además, la circunstancia de una grave situación de salud puede ser una oportunidad - tal vez la más propicia y la última - de preocuparse por ese otro. Uno puede preguntarse: ¿es la petición del enfermo consistente con su estilo de

vida ? ¿de los deseos y sentimientos de quien estamos hablando, del paciente o de los familiares ? ¿qué es lo que desea verdaderamente un enfermo terminal ? ¿qué expresa y nos quiere decir cuando se queja y pide que termine su sufrimiento ? Cuando pide su muerte, ¿es eso lo que literalmente solicita? ¿está en condiciones de decidir plena y cabalmente? ¿de qué experiencia de vida se privará si muere anticipadamente? Muchos sabemos de personas que estuvieron muy gravemente enfermas, a punto de morir y que una vez recuperadas reportan que jamás sus imploraciones y lamentos significaron que lo desearan o que esperaran que ejecutaran sus deseos del momento. Muy frecuentemente tales manifestaciones no son sino una petición de apoyo y cariño para encarar con mayor entereza las circunstancias. La experiencia profesional de colegas que trabajan en el campo de la asistencia en el morir (Santa Cruz, Vargas, 2001 ; Galle, 2000) y la propia, nos indica que la compañía versus la soledad en el morir, es un elemento importante para la tranquilidad del paciente. Y no es requisito indispensable que se trate de un familiar, pero es óptimo si el acompañamiento es de alguien con quien se ha compartido una prolongada relación afectiva. Algunos de nuestros entrevistados nos han expresado que desean la eutanasia para sí mismos, en condiciones de postración y dependencia extrema, por tener la certeza de que morirán solos o abandonados sintiendo que no tienen quien los ame lo suficiente como para cuidarlos hasta el fin. Otros no se sienten con la confianza o merecedores de que sus familiares “se sacrifiquen” atendiéndolos hasta su muerte.

Permítasenos recordar aquí que una de las más importantes habilidades psicosociales que inciden en el ajuste personal y en la buena vida de relación con otras personas, es la de ser sensible y adecuadamente responsivo a las necesidades permanentes y transitorias

de los demás. Se requiere de un aprendizaje, el cual no excluye una atención y esfuerzo permanente, para detectar señales que las personas entregan, pues no siempre los otros son capaces de verbalizarlo o hacerlo del modo más claro y adecuado. Esa habilidad expresiva se encuentra más disminuída en el enfermo grave de modo que se vuelve indispensable decodificar las formas de comunicación que encierran sus verdaderos sentimientos y pensamientos. Tal vez, la alternativa más aconsejable no sea esperar que la legalización resolverá el asunto, ni ejecutar mecánicamente los deseos manifestados por el moribundo, sino alentar la adopción de decisiones junto a alguna figura de apego que estará ahí y en conjunto con el médico que aportará el conocimiento técnico, para saber hacer lo debido. La existencia de vínculos afectivos sanos, profundos y duraderos es un privilegio tanto para la vida como para la muerte. La concurrencia profesional del psicólogo, como siempre, será más necesaria y oportuna en los casos en que ello no ocurra.

En síntesis, podemos decir que el énfasis en la creencia casi religiosa y mágica en la ley como inagotable fuente de solución a los problemas humanos, los más serios especialmente, sumado a la sensibilidad y al individualismo extremo que asumen algunas formas de depositar la responsabilidad de una decisión ya resuelta por la sociedad, en la autonomía de los pacientes, configuran la tendencia contemporánea en relación a la eutanasia. La Real Asociación Médica de Holanda, que aprobó el proyecto de ley, alegó que este sólo legalizaba los procedimientos de homicidio por compasión que los médicos han usado durante 20 años, lo que es efectivo, como ya señaláramos. Sin embargo la legalización legitima oficialmente una acción que anteriormente el médico evaluaba en conciencia y por la cual asumía su responsabilidad y podía ser encausado por

asesinato. Aún las regulaciones estrictas, no garantizan que no puedan cometerse abusos y aquí es la propia ley la que ensancha la puerta. Una solicitud voluntaria, el pronóstico negativo, los sufrimientos continuos e insoportables, la opinión de dos facultativos, certificado por una comisión examinadora que garantice que se cumplieron las normas, todos esos requisitos pueden ser artificialmente creados para dar cumplimiento a la ley. Aquí radica otra fuente de reticencia para quienes son contrarios a la aprobación de ella: los abusos a los que se puede dar lugar.

La eutanasia es un problema cada día más serio en los países donde hay una tasa de nacimientos insignificante y una edad promedio cada vez más alta, porque los costos de atender a los ancianos y enfermos se elevan inexorablemente. Existen criterios **económicos** simplistas para la inversión en personas. Dejando en evidencia la perversidad de la argumentación, Singer(1994) ha señalado que cuando una pareja tiene un niño severamente discapacitado y por ello no puede tener otro, podría ser mejor eliminarlo para procrear y criar a uno sano, que extrae más provecho de la vida y de la inversión que se haga en él que el discapacitado. Este es un criterio utilitarista según el cual se decide arbitraria y estrechamente, pero de manera aparentemente lógica y conveniente, cuáles personas tienen más valor y por lo tanto más derecho a la vida. La preocupación de quienes no aceptan la eutanasia es que si aquellos que manejan el poder usan estos criterios, pueden llegar a decidir con la certeza del cíclope. A los incapacitados y a los ancianos se les podría considerar como que no lo tienen y hacérselo sentir. En el caso de los primeros, el mensaje sería "no te suprimieron a tiempo» y a los padres se les hará sentir culpables por no haber eliminado oportunamente esos "errores», como ha hecho ver

Spaemann(1995). Entonces, en una lógica incuestionable, en algún momento alguien puede preguntar por qué no enmendarlos posteriormente. Al anciano se le considerará viviendo de sobra, con un sentimiento de estar en falta y estorbando, excepto para sus familiares, en el mejor de los casos, como se describe magistralmente en el relato de anticipación "El examen". Spaemann ha señalado que existe una paradoja en la sociedad; nunca antes se había hecho tanto por los improductivos, pero al mismo tiempo se siente el peso de los costos tan altos para mantenerlos. Se gasta tal vez demasiado y luego, al sacar cuentas, surge la interrogante ¿por qué no desaparecen a tiempo, mejor, ya que son tan caros? Esto muestra la gran sensibilidad, que puede despertarse muy fácilmente, característica de nuestra cultura. Pero después, cuando esa iniciativa debe prolongarse en un esfuerzo y trabajo permanentes, constantes, viene la reacción: sentir que existen demasiadas personas así, que constituyen una carga y que están saliendo muy caras. Butiglione ha indicado que hay una relación entre el alargamiento de la vida improductiva, la crisis de las pensiones y la favorable consideración de la eutanasia para los ancianos deteriorados. En un sentido menos destructivo, ciertos sectores consideran la posibilidad de retrasar las edades de jubilación, de modo de hacer trabajar a las personas hasta más avanzada edad. La principal cúpula empresarial francesa, por ejemplo, recientemente ha hecho una propuesta pública de retrasar la edad de jubilación, advirtiendo que el sistema se derrumbará a medida que nuevas generaciones lleguen a la jubilación. Sin embargo, la sensibilidad imperante en la cultura es un compadecerse más que nada ante las realidades que se ven de modo que no es sorprendente que se las quiera eliminar para no verlas o sufrirlas. Esa sensibilidad también se expresa en que prácticamente nadie

considere aceptable la aplicación de la eutanasia pasiva directa por cruel e inhumana, en que la eutanasia directa activa se asemeje cada vez más a la indirecta activa, en que continúe la abolición de la pena de muerte aunque las condiciones carcelarias no cambien y en que los países que la mantienen utilicen medios que aminoran la conciencia y el dolor de los condenados.

Entre las formas de asistencia en el proceso del morir, hay coincidencia respecto a algunos principios. Kubler-Ross(1974) pone el acento en la información al paciente de su estado, otorgando más importancia al cómo que al contenido de lo que se entrega, a la elección de la persona cercana más idónea para hacerlo, a la comunicación con la familia evitando el juego de mentiras, al compartir miedos y angustias. Vidal(1977) señala la atención con todos los medios disponibles, terminar con el ocultamiento y crear condiciones para asumirla comunitariamente. Elizari(1980), promueve el respeto por el modelo de muerte de la persona, la defensa de la verdad, el rechazo al encarnizamiento terapéutico y el acompañamiento. Gafo(1984) sustenta principios de respeto por la dignidad y autonomía de la persona en un trato afectuoso y de compromiso. Sporken (1978) plantea la evaluación de la vivencia del dolor y la consideración de la carga emocional que deben soportar los familiares como otro problema en la ayuda. Nolan(1970) destaca el morir con el menor dolor y en el ambiente familiar o lo más parecido a su hogar, expresando deseos y emociones, sin descuidar los sentimientos de los que quedan. Es indiscutible el aporte del psicólogo en este campo de trabajo. Se nos hace imprescindible ahondar en el conocimiento de la manera como las personas desean realmente morir, descubrir qué variables se relacionan con las diferentes formas, de modo de poder brindar una

mejor asistencia a ellas y a sus familiares para una ortotanasia, más que para la eutanasia.

Conclusión

A modo de conclusión podemos decir que la consideración de la mejor forma de finalizar la vida es un asunto de convicciones personales que depende de muchos factores que deben ser atendidos y ponderados. Entre ellos el estilo y el carácter de la propia existencia, el personal sentido de integridad y los intereses críticos. No podemos pretender que alguna disposición legal impositiva uniforme y oficial deba aplicarse a todos. No es en las legalizaciones donde se encontrará la mejor manera de terminar la vida. De igual modo, obligar o ejercer presión, aunque sea sutilmente - la más perversa de las presiones - para morir de una determinada forma, en un cierto momento, es un atropello a las personas. El papel profesional de un psicólogo desideologizado y de criterio amplio es imprescindible para comprender los significados personales de la vida y de la muerte, de modo de ayudar al bien morir. El aumento de las enfermedades terminales y de las muertes lentas hace surgir necesidades que están cubriendo también otras personas. Desde nuestra disciplina, se puede alentar mejor a los individuos para que adopten decisiones con respecto a su futuro por sí mismos y de la mejor manera que puedan. Así también, asistir al moribundo y facilitar la participación de la familia y los especialistas en ese trance, especialmente en los casos en que no habiendo previsiones, ellos deben ser asesorados para captar los motivos y sentimientos del enfermo. Esta labor personalizada es la real, más adecuada que los reglamentos fabricados en los círculos del poder, donde se enseñorean grupos de intereses cuestionables, o que las meritorias pero equivocadas conductas meramente compasivas.

Anexos

Hitos Importantes en Legalización de la Eutanasia

Presentación de moción en favor de Eutanasia voluntaria. Cámara de los lores. 1950

Carta de los derechos del enfermo, en la que figura morir con dignidad. 1973

Manifiesto en favor de la eutanasia suscrito por 3 premios Nobel y otras personalidades. 1975

Derechos de enfermos a que se evite sufrimiento. Comisión de asuntos sociales y de la salud de Europa. 1976

Votación de proyecto de ley en Washington. 1991

Absolución de Dr. Quill por haber indicado dosis de medicamento para morir a paciente con leucemia. N. York 1991

Votación de proyecto en California. 1992

Médico inglés acusado y condenado por intento de homicidio de paciente con que agonizaba y pedía que le mataran. 1992

Juez dictaminó que enfermos tienen derecho a que se les suspendan soportes vitales si consideran vida intolerable. Quebec 1992.

Aprobación en el estado de Oregon del suicidio asistido por un médico. 1994.

Aprobación de suicidio asistido en Territorios del norte de Australia 1996 (revocada al año siguiente)

Aprobación en la Cámara baja del Parlamento en Holanda, con regulaciones estrictas. 2000

En Colombia, Suiza y Bélgica hay tolerancia a la práctica de ella. Francia está considerando legalizar la voluntaria.

Bibliografía

CLOWES, B. Facts of Life. Pág.112-114. Human Life International. Front Royal. Virginia. 1997

CRUZ DE AMENÁBAR, I. Muerte : transfiguración de la vida. Ediciones Universidad Católica de Chile. Santiago. 1998.

DWORKIN, R. El dominio de la vida. Pág.262-263. Edit. Ariel. Barcelona. 1994.

ELIZARI, F.J. Praxis Cristiana (II). Edic. Paulinas. Madrid. 1980.

FEIFEL, H. New meanings of death. Mc Graw-Hill. Inc. N. York. 1977.

GAFO. La eutanasia y el derecho a morir. Edic. Paulinas. Madrid. 1984.

GAYLING, W. Citado por Clowes. Pág.141-145. Op. cit.

GALLE, M. Observaciones clínicas. Talca. 1999.

KUBLER-ROSS, E. Los niños y la muerte. Edit. Luciérnaga. Barcelona 1998.

MIFSUD, F. El respeto por la vida humana. Pág.326-357. Edic. San Pablo. Santiago. 1993.

NOLAN, K. Citado por Mifsud. Op. cit.

PEÑA Y LILLO, S. Puntos de Vista. Pág. 26. Edit. Universitaria. Santiago. 1999.

PIEZZI, R. Sentido y valor de la vida. En Fernández, R. Neuropsicofarmacología 1. E. Cangrejal. B. Aires. 1996.

ROA VIAL, A. Presentación de su libro "Zarabanda de la muerte oscura". Santiago. 2000.

SANTA CRUZ, A. Grupo de Estudios sobre la Muerte. Reuniones Semestrales. Santiago. 2000.

SINGER, P. Etica Práctica. Edit. Paidós. B.Aires. 1995.

SPORKEN. Citado por Gafo. Pág. 67-74.
Op. cit.

THOMAS, L-V. Antropología de la muerte.
Fondo de Cultura Económico. México. 1993.

VARGAS, L. Grupo de Estudios sobre la
muerte. Reuniones Semestrales. Santiago.
2000.

VIAL, M. El "Memento Mori" en el arte.
Pág. 89. V Jornadas Interdisciplinarias.
Facultad de Filosofía y Humanidades.
Universidad de Chile. Santiago. 1998.

VIDAL, M. Citado por Mifsud. Pág. 357.
Op. cit.

VILCHES, L. Concepciones, creencias y sen-
timientos respecto a la muerte en adultos
mayores de nivel educacional superior. U. de
Chile. 2000.

VILCHES, L. Concepciones, creencias y sen-
timientos en adolescentes medios. Informe de
Investigación. Santiago. 2001.